



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE MEDICINA TROPICAL
PROGRAMA PÓS-GRADUAÇÃO EM DOENÇAS TROPICAIS**

NAHIMA CASTELO DE ALBUQUERQUE

**ATENÇÃO EM SAÚDE AOS CASOS DE COINFEÇÃO HIV/HANSENÍASE EM
UMA ÁREA HIPERENDÊMICA PARA HANSENÍASE NA AMAZÔNIA**

BELÉM

2016

NAHIMA CASTELO DE ALBUQUERQUE

**ATENÇÃO EM SAÚDE AOS CASOS DE COINFEÇÃO HIV/HANSENÍASE EM
UMA ÁREA HIPERENDÊMICA PARA HANSENÍASE NA AMAZÔNIA**

Dissertação de Mestrado apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-graduação em Doenças Tropicais do Núcleo de Medicina Tropical, da Universidade Federal do Pará, para obtenção do título de Mestre em Doenças Tropicais.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marília Brasil Xavier.

BELÉM

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFPA

Albuquerque, Nahima Castelo de, 1991-
Atenção em saúde aos casos de coinfeção
HIV/Hanseníase em uma área hiperendêmica para hanseníase
na amazônia / Nahima Castelo de Albuquerque. - 2016.

Orientadora: Marília Brasil Xavier.
Dissertação (Mestrado) - Universidade
Federal do Pará, Núcleo de Medicina Tropical,
Programa de Pós-Graduação em Doenças Tropicais,
Belém, 2016.

1. Hanseníase - Amazônia. 2. Cuidados
primários de saúde. 3. Saúde pública. I. Título.
CDD 22. ed. 616.998



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE MEDICINA TROPICAL
PROGRAMA PÓS-GRADUAÇÃO EM DOENÇAS TROPICAIS**

NAHIMA CASTELO DE ALBUQUERQUE

**ATENÇÃO EM SAÚDE AOS CASOS DE COINFEÇÃO HIV/HANSENÍASE EM
UMA ÁREA HIPERENDÊMICA PARA HANSENÍASE NA AMAZÔNIA**

Dissertação de Mestrado apresentada para obtenção do título de Mestre em Doenças Tropicais.

Aprovado em: 01 de Julho de 2016

Banca Examinadora

Prof. Dra. Marília Brasil Xavier (UFPA)
Orientadora- NMT/UFPA

Prof. Dra. Carla Andrea Avelar Pires
Membro – UFPA

Prof. Dra. Angela Maria Rodrigues Ferreira
Membro - UEPA

Prof. Dra. Laura Maria Vidal Nogueira
Membro - UEPA

Prof. Dra. Silvia Ferreira Rodrigues Muller
Membro Suplente – UFPA

A minha mãe, *Angela (in memorian)*, com todo amor e gratidão pelo que fez e tem feito por mim, onde quer que esteja.

AGRADECIMENTOS

A *Deus*, primeiramente, pela vida, pela conquista e oportunidade de alcançar este título, nunca deixando de acreditar que seria possível.

A minha mãe, *Angela (in memorian)*, que sempre com muito amor, paciência e fé sonhou esse sonho junto comigo e, mesmo partindo para o outro lado do caminho durante esta trajetória, não me deixou desistir quando eu não encontrava motivos para seguir em frente. E como está gravado na pele... “Eu sou parte da sua vida e você é toda a minha história, mãe”.

Ao meu pai, *Agamenon*, que nunca mediu esforços para incentivar meus estudos, mesmo convivendo com a distância e as visitas rápidas de final de semana. Pai, obrigada pelo seu trabalho incansável para sempre nos proporcionar o melhor, és meu maior orgulho de superação e resiliência. Amo você!

Aos meus irmãos “lerdinhos”, *Diego e Annanda*, minha maior saudade, que mesmo de longe sempre me acompanharam e incentivaram essa caminhada. Amo vocês!

A minha orientadora, *Profa Marília Brasil*, pelo apoio e compreensão durante esta trajetória. Obrigada pela confiança, aprendizado e pela oportunidade de tornar esse sonho realidade.

As minhas amigas-irmãs *Juliana Garcez, Adriana Leticia e Arianne Souza*, pela amizade, amor, confiança, companheirismo e por estarem ao meu lado durante os momentos mais difíceis e dolorosos durante essa caminhada. Amo vocês!

A equipe do Núcleo de Medicina Tropical, em especial ao *Alison Ramos, Carla Pires, Michele Tupinambá, Rosiane Luz, Carla Gonçalves, Geovanna Lopes, Mariana Borges, Geraldo Macedo, Adélia Oliveira, Hilma Souza, Danusa Somensi, João Sergio, Fernando Jucá e Thiago Freitas* pela amizade, dedicação e pelo trabalho em equipe para concretização desta pesquisa.

Ao Programa de Pós-Graduação em Doenças Tropicais da UFPA, pela oportunidade e formação acadêmica recebida.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pela concessão de bolsa de mestrado.

Aos meus amigos de profissão, em especial *Átila, Everson, João, Emile, Kassio, Tamlis, Lourdes, Lorena, Larissa e Jaqueline* pela amizade e companheirismo.

Aos meus colegas de trabalho da SESMA, em especial *Silvia Gatti, Roberto Paes e Jacileia Costa* pelo incentivo diário.

Aos pacientes que aceitaram contribuir com o desenvolvimento da pesquisa, obrigada!

RESUMO

Este estudo objetivou avaliar a atenção em saúde ao paciente coinfectado com HIV/Hanseníase em área hiperendêmica para hanseníase na Amazônia. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de avaliação de serviços de saúde, com abordagens quanti-qualitativas. Foram entrevistadas vinte pessoas diagnosticadas com HIV e Hanseníase que estavam em acompanhamento no ambulatório do Núcleo de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará. Foi utilizada uma adaptação do instrumento de avaliação do desempenho da Atenção Primária em Saúde, contendo informações sociodemográficas, clínicas, porta de entrada, serviços de saúde utilizados, integração das ações de saúde, Teste de Associação Livre de Palavras e relatos dos sentimentos relacionados ao diagnóstico da coinfeção. A avaliação quantitativa foi realizada pela descrição de frequências. A avaliação qualitativa categorizou os dados da associação livre de palavras de acordo com os estímulos ao HIV, hanseníase e qualidade do cuidado em saúde. Os resultados das questões subjetivas das entrevistas foram analisados com base na análise de conteúdo temático. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Medicina Tropical da Universidade do Estado do Pará, sob o CAEE nº 49477115.1.0000.5172. Identificou-se predominância do sexo masculino, com faixa etária de 40 a 59 anos, raça parda, baixo nível socioeconômicos e procedentes do município de Belém-Pará. Houve predomínio de pacientes diagnosticados com Aids e em uso de terapia antirretroviral. Em relação à hanseníase houve paridade entre as formas clínicas e, conseqüentemente, de casos paucibacilares e multibacilares. Em relação aos serviços de saúde utilizados, os pacientes de coinfeção frequentam, essencialmente, os serviços especializados e não possuem vínculo com a APS. Foi observado desconhecimento quanto aos serviços de saúde disponíveis na rede. Na interpretação das evocações e dos discursos, prevalecem discursos relacionados a sentimentos de morte, medo, tristeza, preocupação e dúvidas relacionados aos diagnósticos do HIV e da hanseníase. Quanto às mudanças no cotidiano, destaca-se a incapacidade para o trabalho e os maiores cuidados com a saúde. Os resultados apontam para a necessidade de fortalecimento da APS no âmbito das políticas públicas de HIV/Aids e de controle da hanseníase, no sentido de torna-la a principal porta de entrada para os doentes, independente dos casos de coinfeção, garantindo o acesso numa perspectiva ampliada de saúde. Conclui-se que apesar da satisfação dos usuários quanto aos serviços prestados na atenção secundária, o modelo de atenção a saúde atual não considera as singularidades dos usuários de coinfeção HIV/Hanseníase.

Palavras-chave: Hanseníase; HIV; Coinfeção; Acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the primary health care to patients co-infected patients with HIV/leprosy in hyperendemic area for leprosy in the Amazon. This is a descriptive, exploratory study, evaluation of health services, with quantitative and qualitative approaches. They were interviewed twenty people diagnosed with HIV and leprosy who were followed up at the clinic of Center Tropical Medicine. It was used an adaptation of the assessment instrument of primary health care performance, containing sociodemographic and clinical informations, gateway, health services used, integration of care actions, Free Association of Words Test and stories of feelings related to the diagnosis of co-infection. The quantitative evaluation was conducted by the description of frequencies. Qualitative evaluation was categorized by the free association of data words according to the stimuli to HIV, leprosy and quality of health care. The results of the subjective questions of the interviews were analyzed based on thematic content. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Center Tropical Medicine of Pará State University, under the CAEE N° 49477115.1.0000.5172. It was identified a predominance of males, aged 40 to 59 years old, brown race, low socioeconomic level and derived from the city of Belem-Para. There was a predominance of patients diagnosed with Aids and antiretroviral therapy. In relation to leprosy there was parity between the clinical forms and, consequently, of paucibacillary and multibacillary cases. Regarding the health services used, coinfecting patients were attend essentially by specialized services and have no link with the PHC. Unfamiliarity has been observed about the health services available in the network. In interpreting evocations and discourses prevail speeches related to feelings of death, fear, sadness, concern and questions related to diagnosis of HIV and leprosy. About the changes in daily life, stand out the inability to work and the largest health care. The results shows the need for strengthening PHC in the context of public policies for HIV/Aids and leprosy control, to make it the main gateway for patients, regardless of cases of co-infection, ensuring access on a expanded health perspective. We conclude that despite the satisfaction of users and the services provided in secondary care, the current health care model does not consider the singularities co-infection users of HIV/leprosy.

Keywords: Leprosy; HIV; co-infection; Access to health services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Hanseníase Indeterminada, Hanseníase Tuberculóide, Hanseníase Dimorfa, Hanseníase Virchowiana.....	17
Figura 2	Coeficiente de detecção de hanseníase por município no Brasil 2014.....	22
Quadro 1	Descrição das ações de controle de Hanseníase nos serviços de atenção integral.....	25
Figura 3	Estimativa de adultos e crianças vivendo com HIV, 2014.....	30
Figura 4	Taxa de detecção de Aids (por 100 mil habitantes) segundo região de residência por ano de diagnóstico no Brasil, 2005 a 2014.....	32
Figura 5	Distribuição dos serviços de saúde procurados pelos usuários entrevistados ao sentir os primeiros sintomas do HIV/Aids e tempo do diagnóstico do HIV.....	46
Quadro 2	Descrição dos serviços de saúde procurados pelos usuários ao sentir os primeiros sintomas da Hanseníase, o tempo e local do diagnóstico de MH.....	47
Figura 6	Fluxograma preconizado pelo Ministério da Saúde e Fluxograma da assistência ao usuário coinfectedo com HIV/Hanseníase identificado no estudo.....	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Tendências na detecção de casos novos de hanseníase por país, 2005 – 2014.....	21
Tabela 2	Distribuição dos participantes, segundo sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, situação conjugal, renda, ocupação e procedência.....	42
Tabela 3	Distribuição dos participantes, segundo variáveis clínicas no diagnóstico de HIV, Belém-PA, 2016.....	43
Tabela 4	Distribuição dos participantes, segundo variáveis clínicas no diagnóstico de Hanseníase, Belém-PA, 2016.....	44
Tabela 5	Distribuição dos participantes, segundo os serviços de saúde utilizados, Belém-PA, 2016.....	47
Tabela 6	Distribuição dos participantes, segundo o atendimento continuado nos serviços de saúde utilizados, Belém-PA, 2016.....	48
Tabela 7	Distribuição das respostas ao TALP diante dos estímulos HIV e Hanseníase, Belém-PA, 2016.....	51
Tabela 8	Distribuição das respostas ao TALP diante do estímulo qualidade do cuidado prestado, Belém-PA, 2016.....	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
PQT	Poliquimioterapia
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
UFPA	Universidade Federal do Pará
APS	Atenção Primária em Saúde
MB	Multibacilar
PB	Paucibacilar
V	Virchowiano
D	Dimorfo
T	Tuberculóide
I	Indeterminado
MH	Mal de Hansen
BT	Boderline-Tuberculóide
BB	Boderline-Boderline
BV	Boderline-Virchowiano
OMS	Organização Mundial de Saúde
RR	Reação Reversa
ENH	Eritema Nodoso Hansênico
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
MS	Ministério da Saúde
PNCH	Programa Nacional de Controle de Hanseníase
ESF	Estratégia Saúde da Família
SRA	Síndrome Retroviral Aguda
PHVA	Pessoas Vivendo com HIV/Aids
HAART	Terapia Antirretroviral de Alta Potência
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
TALP	Teste de Associação Livre de Palavras
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
UEPA	Universidade do Estado do Pará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	14
2.1	OBJETIVO GERAL.....	14
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3	SUPORTE TEÓRICO	15
3.1	HANSENÍASE.....	15
3.1.1	Aspectos gerais	15
3.1.2	Epidemiologia	20
3.1.3	Atenção à saúde em Hanseníase	23
3.2	HIV/Aids.....	26
3.2.1	Considerações gerais	26
3.2.2	Aspectos epidemiológicos	30
3.2.3	Atenção à saúde em HIV/Aids	33
3.3	COINFEÇÃO HIV/HANSENÍASE.....	34
4	MÉTODOS	37
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	37
4.2	LOCAL DA PESQUISA.....	37
4.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	38
4.5	COLETA DE DADOS.....	39
4.6	ANÁLISE DE RESULTADOS.....	40
4.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	41
5	RESULTADOS	42
5.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	42
5.2	PORTA DE ENTRADA, SERVIÇOS DE SAÚDE UTILIZADOS E INTEGRALIDADE DAS AÇÕES DE SAÚDE.....	45
5.3	TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS.....	51
5.3	SENTIMENTOS RELACIONADOS AO DIAGNÓSTICO DA COINFEÇÃO HIV/HANSENÍASE.....	52
6	DISCUSSÃO	55
7	CONCLUSÕES	69
	REFERÊNCIAS	71
	APÊNDICES	84
	ANEXOS	88

1. INTRODUÇÃO

O Brasil é um dos poucos países onde a Hanseníase e a Aids (Síndrome da Imunodeficiência Humana) são doenças endêmicas (WHO, 2015; UNAIDS, 2013). Em 2013, a prevalência de hanseníase no país foi de 1,42 casos por 10 mil habitantes, com 31.044 casos registrados (BRASIL, 2014a). Desde o início da epidemia de Aids no Brasil até junho de 2014, foram registrados 757.042 casos da Aids, com uma taxa de detecção média de 20,5 casos para cada 100 mil habitantes, nos últimos 10 anos (BRASIL, 2014b).

A hanseníase é uma doença infecciosa, crônica e de evolução lenta causada pelo *Mycobacterium leprae*, que acomete preferencialmente pele e nervos periféricos, com um grande potencial para desenvolver incapacidades físicas. A doença representa um grave problema de saúde pública no Brasil, tanto na perspectiva do manejo clínico do paciente, como para as ações de vigilância, controle e pesquisa (BRITTON; LOCKWOOD, 2004; BECHLER, 2012).

Apesar de todos os esforços governamentais, incluindo a implantação da Poliquimioterapia (PQT) em todo o território nacional, o Brasil ainda é considerado o país com maior prioridade para o controle da doença nas Américas, haja vista que no ano de 2014 concentrou 91% dos casos do continente americano, com detecção de 15,32 casos por 100 mil habitantes (WHO, 2015; BRASIL, 2015d).

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é caracterizada por uma redução gradual e progressiva de linfócitos T CD4+, que, por sua vez, leva a um aumento de infecções oportunistas; estas, invariavelmente, conduzem à morte do paciente. Com o advento da Terapia Antirretroviral (TARV), introduzida em 1995, houve uma redução na mortalidade, devido às melhorias nos níveis de saúde em pacientes que aderiram ao referido tratamento. Porém, vale ressaltar que mais de 95% das novas infecções pelo HIV vêm surgindo nas populações de média e baixa renda, o que representa grande dificuldade no acesso a essa terapia (FREED *et al*, 2005; WAINBERG; JEANG, 2008).

As estimativas são de que aproximadamente 718 mil indivíduos vivam com o HIV/Aids no Brasil, porém apenas 80% conhecem seu diagnóstico. Nos últimos 10 anos a taxa de detecção da doença no país sofreu uma elevação de cerca de 2%, com diminuição nas Regiões Sudeste e Sul e elevação nas demais regiões. Todas as pessoas que vivem com HIV têm direito ao tratamento antirretroviral, porém o acesso é quase

sempre desigual, particularmente com maiores dificuldades para populações-chave em situação de risco (UNAIDS, 2013; MARTINS *et al*, 2014).

A importância epidemiológica da hanseníase e da doença causada pelo HIV, à dificuldade do diagnóstico precoce de ambas, a possibilidade de incapacidades na hanseníase e óbito na infecção pelo HIV tornam a coinfeção dessas morbidades de grande interesse em saúde pública, além do fato de que o advento da terapêutica antirretroviral e o consequente aumento da sobrevivência das pessoas convivendo com o HIV, certamente trará aumento da prevalência de indivíduos com essas comorbidades (XAVIER, 2009).

Alguns estudos demonstram que alguns municípios brasileiros ainda enfrentam dificuldades na integração das ações de controle da hanseníase na Atenção Primária em Saúde (APS), devido à ausência de profissionais capacitados para realizarem o diagnóstico e tratamento, bem como na realização de ações de educação em saúde para a comunidade, busca dos contatos e vigilância epidemiológica (FUZIKAWA *et al*, 2010; ARANTES *et al*, 2010; LANZA; LANA, 2011).

Em relação ao HIV/Aids, as políticas públicas brasileiras voltadas à prevenção e controle da infecção pelo vírus aliadas ao engajamento do movimento social, bem como a intensa militância de profissionais de saúde e instituições de pesquisa, contribuíram para fortalecer o acesso à assistência (PEREIRA; NICHATA, 2011; SCHAURICH; COELHO; MOTTA, 2006). Reconhece-se assim que, apesar da evolução das políticas de saúde para as pessoas que vivem com HIV/Aids e avanços à terapêutica do agravo, a atenção se organiza em modelo assistencial caracterizado pela prática individualista, especializada e com baixa cobertura e resolutividade (MENDES, 2012).

Os pacientes coinfectados com HIV/Hanseníase encontram uma série de dificuldades na busca da assistência à saúde, principalmente em razão dos sistemas de atenção à saúde se organizarem de forma fragmentada, ofertando o cuidado segmentado e individual em cada serviço. Diante da importância destas doenças no Estado e poucos achados na literatura que abordem o acesso e fluxo aos serviços por pacientes coinfectados com esta co-morbidade, assim como seus sentimentos sobre a oferta do cuidado, observou-se a importância de estudar de que forma tem se dado a integralidade das ações nas redes de atenção à saúde para esta população.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a atenção em saúde ao paciente coinfestado com HIV/Hanseníase em uma área hiperendêmica para hanseníase na Amazônia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características sócio-demográficas e clínicas da população estudada;
- Descrever o tempo entre o primeiro atendimento e diagnóstico da hanseníase e do HIV;
- Identificar os serviços de saúde utilizados pelos pacientes da co-morbidade;
- Descrever a integração das ações de saúde entre os serviços de saúde utilizados pela população do estudo;
- Conhecer os sentimentos e dificuldades vivenciadas pelos participantes a partir do diagnóstico da coinfeção HIV/Hanseníase.

3. SUPORTE TEÓRICO

3.1 HANSENÍASE

3.1.1 Aspectos gerais

A hanseníase é uma doença infecciosa, transmitida de pessoa para pessoa, principalmente no convívio com doentes de formas multibacilares (MB) sem tratamento. Também conhecida como Mal de Hansen (MH), a hanseníase ainda se configura como grave problema de saúde pública em muitos países, inclusive no Brasil (BECHLER, 2012).

A moléstia, amplamente conhecida pela designação de "lepra", é uma doença muito antiga, mencionada por Hipócrates, mas que encontra na *Bíblia* a sua conotação repugnante e terrível (QUEIROZ; PUNTEL, 1997). A evolução da doença revela a história do sofrimento, do pecado, da mutilação, da rejeição, do isolamento, do estigma, do horror aos sinais e sintomas e do pavor da culpabilidade individual e coletiva (JUNQUEIRA; OLIVEIRA, 2002).

Conhecida há séculos como uma moléstia que caminha lentamente, com alterações morfológicas e fisiológicas, até hoje a hanseníase desafia conceitos e convicções sobre tratamento e propagação (SANTOS; FARIA; MENEZES, 2008).

É difícil afirmar, com certeza, a época do aparecimento de uma doença baseada em textos antigos, a não ser que haja uma descrição razoável da mesma com citações dos aspectos que lhe são mais característicos. Se não for assim, e se nos basearmos apenas em dados fragmentários e em suposições dos tradutores daqueles textos, o assunto se torna confuso e gera uma série de falsas interpretações (OPROMOLLA, 1981, p.1).

Essa consideração é empregada na hanseníase, pois nem sempre encontramos uma descrição clara e precisa de sua origem nas diferentes regiões do mundo ao longo dos tempos. A falta de conhecimentos clínico-imunológicos ensejou, antes da descoberta, hipóteses que apontavam o caráter hereditário da doença. No início do século XX, começou a ser vista como uma “enfermidade” merecedora de atenção médico-social, de acumulação de conhecimentos científicos e de medidas de contenção (SANTOS; FARIA; MENEZES, 2008).

Os primeiros registros oficiais e comprovados de hanseníase no mundo vêm da Índia e são datadas de aproximadamente 600 anos antes de Cristo (BROWNE, 2003).

No decorrer dos tempos, muitas ideias e conceitos a respeito da doença foram fixados pelos homens, no qual atravessaram séculos e foram praticamente aceitos universalmente sem discussão por inúmeras gerações, além de ter sido confundida durante muito tempo com outras doenças de pele, por falta de um diagnóstico mais preciso (JUNQUEIRA; OLIVEIRA, 2002).

No Brasil, é provável que a hanseníase tenha sido introduzida com a chegada dos primeiros europeus, ainda no período colonial. A falta de documentos torna difícil, senão impossível, precisar-se a época da introdução da lepra nas regiões onde, primitivamente, foram observados os primeiros focos (MAURANO, 1950). As primeiras medidas sanitárias incluíram: realização de censos em todos os estados; registro dos doentes; estabelecimento de um regime de vigilância sanitária para os leprosos que permanecessem em domicílio; aplicação do óleo de chalmugra (na época a planta era conhecida como chaulmoogra); e construção de colônias agrícolas (ARAÚJO, 1927).

Na década de 40, do século XX, a introdução da monoterapia com dapsona propiciou o tratamento em regime ambulatorial, apontando para a possibilidade do fim da política de isolamento de pacientes. No entanto, a monoterapia requeria duração prolongada do tratamento. Na década de 60, evidenciou-se a resistência à dapsona em escala mundial e na década de 70 a rifampicina mostrou alta atividade bactericida em relação ao *M. leprae*, permitindo grande avanço no tratamento da doença e início da poliquimioterapia (MARTELLI; PENNA; PENNA, 2015).

A hanseníase é causada pelo *Mycobacterium leprae*, também conhecido como bacilo de Hansen. Esta bactéria foi descoberta em 1874 pelo médico norueguês, bacteriologista e dermatologista, Armauer Hansen (BRITTON; LOCKWOOD, 2004). O bacilo apresenta-se sob a forma de bastonete, álcool-ácido-resistente, que se coram em vermelho pelos métodos de Ziehl-Neelsen em esfregaços de lesões habitadas e tem afinidade por células do tecido cutâneo e de nervos periféricos (FOSS, 1999).

O *M. leprae* é um bacilo com alto poder infectante e baixo poder patogênico. Depois da sua entrada no organismo, não ocorrendo a sua destruição, este poderá se localizar nas células de Schwann e/ou na pele. Sua disseminação para outros tecidos pode ocorrer nas formas mais graves da resistência contra a sua multiplicação. Nesse caso, os linfonodos, olhos, testículos e fígado podem abrigar grande quantidade do bacilo (TALHARI; NEVES, 1997).

A doença é transmitida, principalmente, pelo convívio com os doentes multibacilares sem tratamento e as vias aéreas superiores e as mucosas são as principais fontes de transmissão do *M. leprae*. O maior risco de infecção está relacionado com a convivência domiciliar. Quanto mais íntimo e prolongado for o contato, maior será a possibilidade de adquirir à infecção, entretanto, a maioria da população tem imunidade celular e resistência específica contra o bacilo (SAMPAIO; RIVITTI, 2007).

Ao longo da história, a hanseníase tem recebido diversas classificações. De acordo com o Congresso de Leprologia de Madrid realizado em 1953, há duas formas clínicas e imunologicamente distintas da doença: o tipo Virchowiano (V) e o tipo Tuberculóide (T). O primeiro caracteriza os indivíduos que apresentam pouca ou nenhuma resistência à proliferação do *Mycobacterium leprae*, e o segundo os indivíduos que apresentam resistência a essa proliferação. Além desses tipos extremos ou polares há dois grupos considerados instáveis: o Indeterminado (I) e o Dimorfo (D). O grupo indeterminado, tido como forma inicial da doença, pode evoluir para qualquer das formas acima descritas, na dependência da resistência imunológica e, principalmente, na ausência de terapêutica específica. O grupo dimorfo se caracteriza por apresentar resistência intermediária entre a forma virchowiana e a tuberculóide (CONGRESSO INTERNACIONAL DE LEPROLOGIA, 1953).

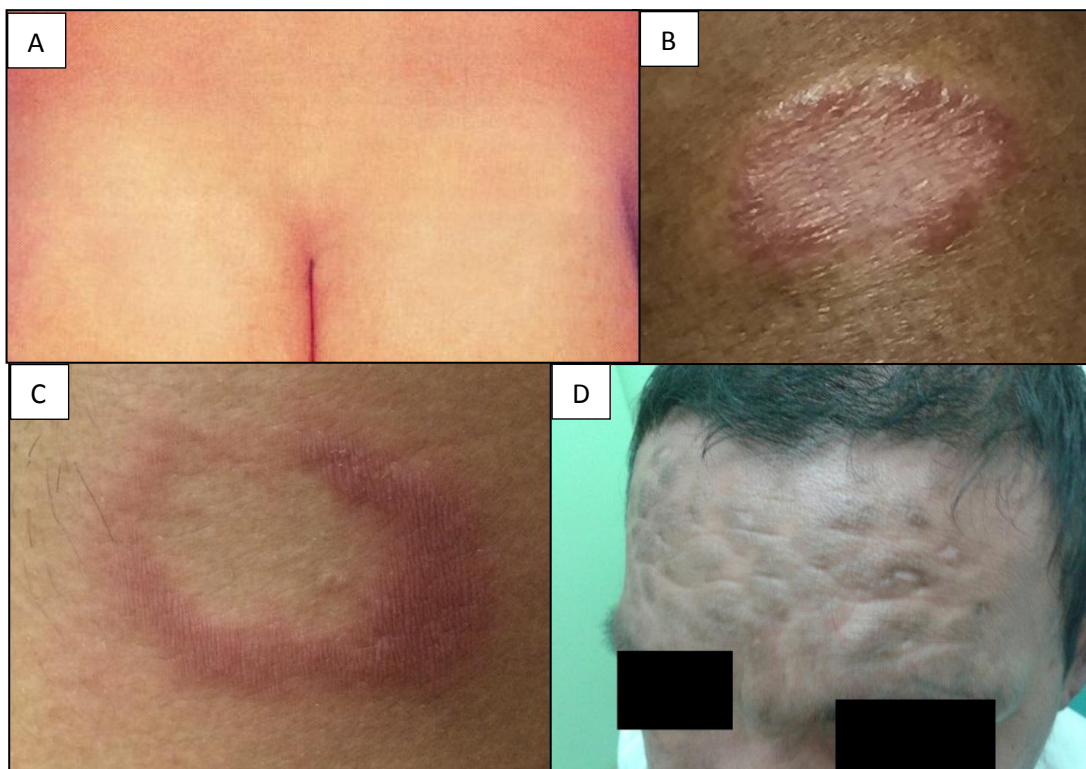


FIGURA 1: Hanseníase indeterminada (A); Hanseníase Tuberculóide (B); Hanseníase Dimorfa (C); Hanseníase Virchowiana (D).

Fonte: Ambulatório do NMT/UFPA; Opromolla, 2002.

Na década de 60, Ridley e Jopling propuseram uma modificação na classificação de Madri, introduzindo o conceito da classificação espectral do MH, subdividindo os *boderline* ou “dimorfos” em *boderline-tuberculoides* (BT), *boderline-boderline* (BB) e *boderline-virchowianos* (BV). Foi mantido o conceito de polaridade da doença e essa classificação é fundamentada em parâmetros clínicos e histopatológicos (RIDLEY; JOPLING, 1966).

Para fins de tratamento, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe uma classificação operacional dos casos de hanseníase, visando definir o esquema de tratamento e simplificar a atuação dos profissionais de saúde para o controle da endemia. Segundo essa classificação, os casos são definidos seguindo os seguintes critérios em paucibacilares (PB): pacientes com até cinco lesões de pele; e, em casos de multibacilares (MB): pacientes com mais de cinco lesões de pele e/ou baciloscopia positiva (BRASIL, 2016).

A hanseníase no decorrer da sua evolução clínica, pode apresentar episódios reacionais caracterizados com manifestações clínicas, principalmente cutâneas e neurais, decorrentes de alterações inflamatórias, agudas, consequentes a mecanismos imunológicos. Podem ocorrer antes, durante ou após o tratamento da doença. São classificadas em reação tipo 1, também denominada de reação reversa (RR) e a reação tipo 2, em que a manifestação mais conhecida é o Eritema Nodoso Hansênico (ENH) (GUERRA *et al*, 2002; PENNA *et al*, 2015).

Na rede de serviços de saúde, o diagnóstico da hanseníase é essencialmente clínico por meio do exame dermatoneurológico para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (sensitivo, motor e/ou autonômico). O exame neurológico compreende a inspeção, palpação/percussão, avaliação funcional (sensibilidade, força muscular) dos nervos; a partir dele, pode-se classificar o grau de incapacidade física, que deve ser realizado no momento do diagnóstico e na alta, e também a cada seis meses no tratamento MB a fim de evitar complicações (BRASIL, 2008).

A pesquisa de bacilos em esfregaço dérmico, com a finalidade diagnóstica ou para acompanhar o tratamento, faz-se mediante a coleta de material nos lóbulos auriculares, nos cotovelos e/ou áreas infiltradas. Por nem sempre evidenciar bacilo nas lesões hansênicas ou em outros locais de coleta, a baciloscopia negativa não afasta o diagnóstico da hanseníase e quando positiva, classifica o caso como MB, independente do número de lesões. Entretanto, mesmo sendo a baciloscopia um dos parâmetros

integrantes da definição de caso, ratifica-se que o diagnóstico da hanseníase é clínico (BRASIL, 2008).

Em 2003 foi descrito por Bühner Sékula *et al* um método alternativo ao ELISA (sorologia) para detecção de anticorpos IgM anti PGL-1 denominado ML-Flow. Não é um método diagnóstico e sim um exame para classificar pacientes em PB e MB e auxiliar na decisão terapêutica. O exame é um teste rápido e de simples execução. Não necessita de equipamentos especiais ou de refrigeração e o resultado pode ser visto em 5 a 10 minutos (BÜHRER-SÉKULA *et al*, 2003).

O exame histopatológico é um importante exame complementar no diagnóstico da hanseníase, principalmente nos casos em que a baciloscopia é negativa ou não está disponível. É indispensável para a correta classificação em investigação. A correlação clínico-histopatológica é fundamental para o diagnóstico final (STEFANI, 2008).

O tratamento da hanseníase é ambulatorial, utilizando-se os esquemas terapêuticos padronizados pela OMS, de acordo com classificação operacional. A PQT mata o bacilo e evita a evolução da doença, prevenindo as incapacidades e deformidades por ela causadas, levando à cura. O bacilo morto é incapaz de infectar outras pessoas, rompendo a cadeia epidemiológica da doença. Assim sendo, logo no início do tratamento a transmissão da doença é interrompida e, se realizado de forma completa e correta, garante a cura (BRASIL, 2009).

Na indicação do esquema terapêutico deve-se levar em conta toda a história clínica do paciente, com especial atenção para alergias a medicamentos, interação de drogas e doenças associadas (ARAÚJO, 2003). A PQT/OMS é constituída pelo conjunto dos seguintes medicamentos: rifampicina, dapsona e clofazimina, com administração associada. Essa associação evita a resistência medicamentosa do bacilo que ocorre, com frequência, quando se utiliza apenas um medicamento, impossibilitando a cura da doença. É administrada através de esquema padrão, de acordo com a classificação operacional de cada caso: PB Adulto, PB Infantil, MB Adulto e MB Infantil (BRASIL, 2016).

O encerramento da PQT deve ser estabelecido segundo os critérios de regularidade ao tratamento: número de doses e tempo de tratamento, de acordo com cada esquema. Os casos PB terão concluído o tratamento com 06 (seis) doses supervisionadas (seis cartelas PQT/OMS – PB), em até 09 (nove) meses. Os casos MB terão concluído o tratamento com 12 (doze) doses supervisionadas (12 cartelas PQT/OMS – MB), em até 18 (dezoito) meses. Ao final da última cartela, os pacientes

deverão retornar para exame dermatoneurológico, avaliação do grau de incapacidade e alta por cura, quando serão retirados do registro de casos em curso de tratamento (BRASIL, 2009; BRASIL, 2016).

3.1.2 Epidemiologia

A hanseníase representa um grave problema de saúde pública no Brasil, além de ocasionar inúmeros agravantes à qualidade de vida das pessoas acometidas pela doença. Os fatores socioeconômicos, culturais e demográficos têm grande influência tanto no adoecimento, quando na oportunidade de acesso aos serviços de saúde, demonstrando a grande vulnerabilidade da população carente.

Em 1991, a 44ª Assembleia Mundial de Saúde adotou a resolução para a obtenção da Meta de Eliminação da Hanseníase para o ano 2000. Esta meta foi definida em redução da prevalência da doença abaixo de 1 caso de hanseníase para 10 mil habitantes, mas, apesar dos esforços, a prevalência global permanece superior à meta estabelecida, inclusive no Brasil (OMS, 2000).

De acordo com estatísticas da OMS, 213.899 mil casos novos de hanseníase foram detectados em 121 países no ano de 2014. A doença é ainda hoje importante na África, América do Sul e sudeste da Ásia e vem acompanhada de problemas econômicos, sociais e políticos. No continente americano, dos 33.789 mil casos novos diagnosticados em 2014, 31.064 mil foram notificados no Brasil, o que corresponde a aproximadamente 92% dos casos, de acordo com a tabela 1. Segundo a OMS, o país ocupa o segundo lugar mundial em número de casos absolutos da doença, ficando atrás apenas da Índia (WHO, 2015).

TABELA 1 – Tendências na detecção de casos novos de hanseníase por país, 2005 – 2014.

Country – Pays	Number of new cases detected – Nombre de nouveaux cas dépistés									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Bangladesh	7 882	6 280	5 357	5 249	5 239	3 848	3 970	3 688	3 141	3 622
Brazil – Brésil	38 410	44 436	39 125	38 914	37 610	34 894	33 955	33 303	31 044	31 064
Democratic Republic of the Congo – République démocratique du Congo	10 369	8 257	8 820	6 114	5 062	5 049	3 949	3 607	3 744	3 272
Ethiopia – Éthiopie	4 698	4 092	4 187	4 170	4 417	4 430	NR	3 776	4 374	3 758
India – Inde	169 709	139 252	137 685	134 184	133 717	126 800	127 295	134 752	126 913	125 785
Indonesia – Indonésie	19 695	17 682	17 723	17 441	17 260	17 012	20 023	18 994	16 856	17 025
Madagascar	2 709	1 536	1 644	1 763	1 572	1 520	1 577	1 474	1 569	1 617
Myanmar	3 571	3 721	3 637	3 365	3 147	2 936	3 082	3 013	2 950	2 877
Nepal – Népal	6 150	4 235	4 436	4 708	4 394	3 118	3 184	3 492	3 225	3 046
Nigeria – Nigéria	5 024	3 544	4 665	4 899	4 219	3 913	3 623	3 805	3 385	2 983
Philippines	3 130	2 517	2 514	2 373	1 795	2 041	1 818	2 150	1 729	1 655
Sri Lanka	1 924	1 993	2 024	1 979	1 875	2 027	2 178	2 191	1 990	2 157
United Republic of Tanzania – République-Union de Tanzanie	4 237	3 450	3 105	3 276	2 654	2 349	2 288	2 528	2 005	1 947
Total (%)	277 508	240 995	234 922	228 435	222 961	209 937	206 942	216 773	202 925	200 808
	93%	91%	91%	92%	91%	92%	91%	93%	94%	94%
Global Total – Total mondial	299 036	265 661	258 133	249 007	244 796	228 474	226 626	232 857	215 656	213 899

Fonte: World Health Organization, 2015.

Apesar do sucesso obtido com o tratamento recomendado pela OMS, a situação da hanseníase na maioria dos estados brasileiros, ainda é preocupante: várias unidades federadas apresentam taxas de prevalência superiores a 1 caso a cada 10 mil habitantes e, do mesmo modo que na maioria dos países endêmicos, as taxas de incidência, isto é, os casos novos detectados por ano, não têm evidenciado declínio (LOCKWOOD; SHETTY; PENNA, 2014). Atualmente, o coeficiente de detecção vem sendo utilizado pelos epidemiologistas como marcador de transmissão da hanseníase e para estabelecer a tendência temporal da endemia no Brasil e no mundo (PENNA; PENNA, 2012).

O Brasil, no ano de 2014, apresentou coeficiente de detecção de 15,32 casos a cada 100 mil habitantes. Casos de hanseníase foram detectados em todos os estados do país, os maiores coeficientes de detecção foram registrados nas regiões Norte e Centro-Oeste e as menores taxas, na região Sul, de acordo com a Fig. 2 (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2015d).

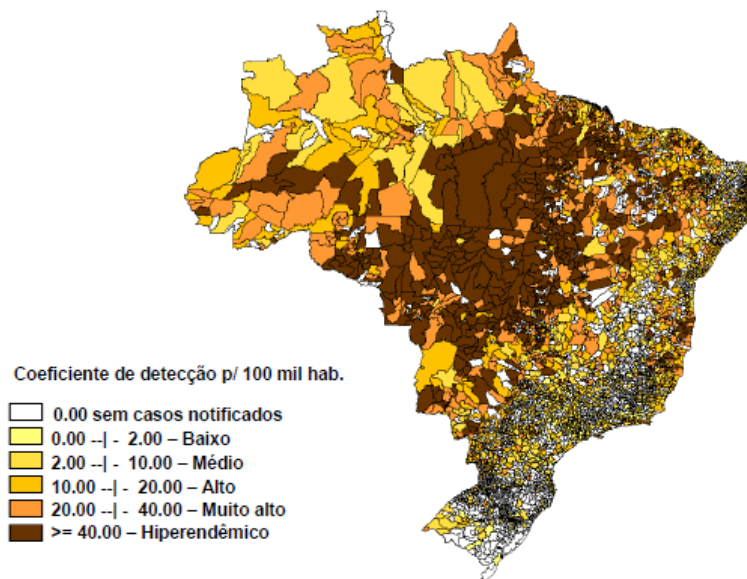


FIGURA 2 – Coeficiente de detecção de hanseníase por município no Brasil – 2014. Fonte: SINAN/SVS-MS, 2015.

A maior carga da hanseníase representada tanto pelo número de doentes em tratamento, quanto pelo número de casos diagnosticados com lesões incapacitantes, se restringe a espaços geográficos bem delimitados, que incluem os estados do entorno do ecossistema amazônico, em áreas da Amazônia. E, apesar de o país ter apresentado coeficiente de detecção de 15,32 por 100 mil habitantes em 2014, os estados de Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Tocantins, Rondônia, Maranhão e Pará foram classificados, segundo parâmetros do Ministério da Saúde (MS), como hiperendêmicos, ou seja, com mais de 40 casos novos por 100 mil habitantes no mesmo ano (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2015d).

A distribuição da hanseníase no Pará é heterogênea, porém existem municípios mais atingidos, localizados nas regiões nordeste e sudoeste do Pará, além da área metropolitana de Belém. Isso se dá, não apenas pelo elevado e constante afluxo populacional provocado pelo desenvolvimento econômico da região, mas também pela grande demanda que busca atendimento médico especializado na região (PALÁCIOS; DIAS; NEVES, 2010).

O coeficiente de detecção, em 2014, no estado do Pará foi de 42,34 casos por 100 mil habitantes e para os menores de 15 anos foi de 17,54 casos por 100 mil habitantes. Os indicadores exteriorizam situação epidemiológica preocupante da endemia hanseníase no estado que, em termos nacionais, representa o quinto lugar entre as Unidades da Federação no que concerne ao número absoluto de casos novos (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2015d).

Apesar dos avanços científicos relacionados à hanseníase, muitas lacunas ainda persistem nos aspectos referentes ao mecanismo de transmissão, à imunologia, à biologia molecular, aos testes diagnósticos e aos prognósticos para detecção precoce e aos estados reacionais. Questões referentes à variabilidade da efetividade da vacina BCG em diferentes populações e, mais recentemente, as consequências da interação entre hanseníase e infecção pelo HIV ainda precisam ser mais bem elucidadas (RODRIGUES; LOCKWOOD, 2011).

3.1.3 Atenção à saúde em Hanseníase

Nos últimos dez anos, a descentralização das ações de controle da hanseníase avançou no país. Essa política de reorganização da atenção aos casos de MH através da descentralização das atividades de prevenção e controle da doença foi fortalecida em maio de 1991, durante a 44ª Conferência Mundial de Saúde, que tornou a estratégia principal para alcançar a meta de eliminação da doença como problema de saúde pública até o ano de 2000. Isto significava alcançar uma prevalência de menos de um caso por cada 10 mil habitantes. (ANDRADE, 2000; BYAMUNGU; OGBEIWI, 2003).

Apesar dos esforços, até o ano 2000 o Brasil não conseguiu honrar o compromisso e a OMS prorrogou até 2005 a meta de eliminar a doença (BRASIL, 2000). Houve alguns avanços significativos no país após o compromisso, como a redução do coeficiente de prevalência, principalmente nas regiões Sul e Sudeste onde a meta foi alcançada. Entretanto, algumas regiões, entre elas a região Norte, ainda demandava intensificação das ações para eliminação da doença (BRASIL, 2010a).

Com isso, um novo compromisso foi traçado com previsão de alcance até o ano de 2010. A *Estratégia Global para Maior Redução da Carga da Hanseníase e a Sustentação das Atividades de Controle da Hanseníase: 2006-2010* foi criada com o intuito principal de garantir a sustentabilidade do programa, reduzindo a dependência com relação à infraestrutura vertical e promovendo sua integração ao sistema geral de saúde. Isto introduziu um enfoque renovado sobre questões associadas à qualidade dos serviços, ao alcance de comunidades pouco assistidas e à construção de parcerias eficazes que reduziriam ainda mais a carga da doença (OMS, 2005).

Não obtendo sucesso, uma nova meta mundial para a redução da carga da doença foi proposta – *Estratégia Global Aprimorada 2011-2015* – formulada como uma extensão natural das estratégias anteriores da OMS. Além disso, a estratégia requer que

as atividades essenciais sejam realizadas de forma integrada, em colaboração com todos os parceiros, de modo a evitar duplicações e elevar a relação custo-efetividade. Esperava-se que o aumento do compromisso e da colaboração entre os programas nacionais, os parceiros e a OMS produzissem os seguintes resultados (OMS, 2010):

1. Redução do número de casos novos com grau 2 de incapacidade.
2. Aprimoramento da qualidade do diagnóstico e da abordagem dos casos, incluindo o fornecimento contínuo de PQT gratuita para todos os eles.
3. Acesso a serviços de qualidade através do sistema geral de saúde, apoiado por uma rede de referência eficiente e integrada.
4. Elevação do nível de consciência na comunidade, a fim de promover a demanda espontânea.
5. Aumento progressivo das atividades de prevenção de incapacidades e da reabilitação baseada na comunidade.

As duas estratégias globais consecutivas – de 2006-2010 e de 2011-2015 - mantiveram a ênfase na redução da carga da doença substituindo as metas de “eliminação” em termos de prevalência da hanseníase por metas que enfatizam a diminuição do número de novos casos com grau 2 de incapacidade, para promover a detecção precoce e a redução da transmissão. Considerando essa justificativa de melhorar a detecção precoce da hanseníase para reduzir a transmissão da infecção e conter o número de novo casos com grau 2 de incapacidade, o propósito da *Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020* é alcançar o seguinte resultado até 2020: nenhum caso de incapacidade entre as crianças recém-diagnosticadas (OMS, 2016).

Nesse contexto, o Programa Nacional de Controle de Hanseníase (PNCH) está estruturado com base em cinco componentes, ou eixos estruturadores, que orientam a planejamento, o monitoramento e a avaliação, são eles: vigilância epidemiológica, gestão, atenção integral, comunicação e educação e pesquisa (BRASIL, 2011).

O componente *Vigilância Epidemiológica* compreende as ações de monitoramento da hanseníase no país, a análise das informações e assessorias técnicas; *Gestão* contempla ações de planejamento, monitoramento e avaliação e descentralização das ações de controle da doença; *Atenção Integral*, contempla ações voltadas ao diagnóstico, tratamento e vigilância de contatos; prevenção de incapacidades, reabilitação, autocuidado e resgate social; *Comunicação e Educação* compreende ações de comunicação, educação e mobilização social. Estas ações apoiam a implementação da política de atenção integral e estimulam a população a buscar o diagnóstico precoce e

a praticar o autocuidado e o componente *Pesquisa* inclui ações de apoio aos centros de referência e ao desenvolvimento da pesquisa operacional (BRASIL, 2011).

As diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase no Brasil foram atualizadas com a publicação Portaria nº. 149 (BRASIL, 2016) e a fim de reforçar a responsabilidade da APS, em especial das Equipes de Saúde da Família (ESF), na identificação e tratamento dos casos de Hanseníase, bem como definir a atuação da rede de Atenção Integral em Hanseníase, publicou a Portaria nº. 594 (BRASIL, 2010b), que estabelece as ações mínimas que devem ser realizadas nos três níveis de atenção do Sistema Único de Saúde, conforme apresentado no Quadro 1.

QUADRO 1 – Descrição das ações de controle de Hanseníase nos serviços de atenção integral

Atividades de Controle da Hanseníase	Serviços de Atenção Integral em Hanseníase		
	Atenção Primária	Atenção Secundária	Atenção Terciária
Ações educativas de promoção da saúde	X	X	X
Vigilância epidemiológica: identificação, acompanhamento dos casos, exame de contato e notificação ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN	X	X	X
Diagnóstico de casos de hanseníase	X	X	
Diagnóstico de casos de hanseníase na forma neural pura; das reações hansênicas e adversas aos medicamentos; das recidivas; e de outras intercorrências e sequelas		X	X
Coleta de raspado dérmico para baciloscopia		X	X
Avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade	X	X	X
Exame dos contatos, orientação e apoio, mesmo que o paciente esteja sendo atendido em serviço da atenção secundária e terciária	X		
Tratamento com poliquimioterapia (PQT) padrão	X	X	X
Tratamento com esquemas substitutivos		X	X

Acompanhamento do paciente durante o tratamento da hanseníase e após a alta	X	X	
Prevenção de incapacidades, com técnicas simples e autocuidado apoiado pela equipe	X	X	X
Tratamento de incapacidades físicas		X	X
Internação, Atendimento pré e pós-operatório, Procedimentos cirúrgicos, Exames complementares laboratoriais e de imagem			X
Encaminhamento para outros profissionais ou serviços	X	X	X

Fonte: BRASIL, 2010b

Assim, através da descentralização da atenção à hanseníase, a OMS partiu do pressuposto que a eliminação seria alcançada a partir do avanço do acesso dos pacientes ao tratamento poliquimioterápico e do aumento da cobertura geográfica da poliquimioterapia (FEENSTRA; VISSCHEDIJK, 2002; RICHARDUS; HABBEMA, 2007). Desde então, a mudança da atenção da hanseníase dos serviços verticais para os serviços descentralizados tornou-se estratégia de diversos governos (OMS, 2005).

3.2 HIV/AIDS

3.2.1 Considerações gerais

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida é causada por uma infecção crônica com o Vírus da Imunodeficiência Humana e é atualmente a quarta maior causa de morte no mundo (PAKFETRAT *et al*, 2015). Era o início dos anos 80 do século XX e o mundo deparava-se com uma doença misteriosa e desconhecida. A história da Aids começava a ser conhecida após o surgimento de uma infecção pulmonar rara em pessoas jovens e saudáveis (pneumonia por *Pneumocystis carinii*) e, por dois tipos de câncer igualmente incomuns, para o grupo acometido (o Sarcoma de Kaposi e, o Linfoma) (LEÃO *et al*, 2013).

No Brasil, a Aids foi identificada pela primeira vez, em 1980. Na primeira metade da década de 80, a epidemia manteve-se restrita a São Paulo e ao Rio de Janeiro, as maiores regiões metropolitanas do País. A partir do final daquela década, observou-se

a disseminação da doença para suas diversas regiões. Apesar do registro de casos em todos os estados, a epidemia da Aids não se distribuiu de forma homogênea, observando-se a maior concentração de casos nas regiões Sudeste e Sul, as mais desenvolvidas do Brasil. (BRASIL, 2000).

O HIV é um retrovírus que infecta principalmente linfócitos T CD4+, podendo também infectar outras células, incluindo monócitos. Durante as primeiras semanas de infecção os indivíduos podem apresentar sintomas semelhantes ao da gripe, com a presença de erupções cutâneas. É observada uma deterioração gradual das funções imunológicas dos indivíduos infectados ao longo do curso da infecção, a medida que os linfócitos T CD4+ são destruídos (KLIMAS; KONERU; FLETCHER, 2008).

O agravo, inicialmente, teve seu diagnóstico firmado a partir de dados epidemiológicos. Posteriormente, com o isolamento do vírus, várias pesquisas passaram a ser desenvolvidas, a exemplo das relacionadas com fatores antigênicos, bioquímicos e moleculares, que culminou, entre outras coisas, na identificação de dois tipos de vírus (HIV - 1 e HIV - 2), no isolamento de diversos sub-tipos virais e na identificação da alta capacidade de mutação viral (BERTONI *et al*, 2010).

A história natural da infecção humana pelo HIV se inicia pela transmissão do vírus por via sexual, vertical de mãe para filho ou pelo contato direto com sangue infectado, como por exemplo, transfusões de sangue, acidentes, compartilhamento de agulhas e seringas entre usuários de drogas intravenosas. Após o contágio, ocorre a transposição das barreiras formadas pelas mucosas do hospedeiro e de seus mecanismos de defesa, que combatem a propagação viral após breve período de tempo (STUERMER, 2008).

A evolução da doença se caracteriza por uma elevada taxa de replicação viral, que resulta na emergência de variantes virais mais virulentas. A infecção pelo HIV é, atualmente, delineada pela contagem do número de células CD4+ pela quantidade de partículas virais no sangue (carga viral) e pelos sintomas clínicos. Nem todas as pessoas apresentam todos os estágios da doença, e o tempo entre a infecção e a manifestação dos diferentes quadros clínicos pode variar muito, dependendo do indivíduo (WIGG, 2008).

A infecção humana pelo vírus HIV pode apresentar-se em 3 fases: Síndrome Retroviral Aguda (SRA), latência clínica e doença sintomática. A infecção aguda é definida como as primeiras semanas da infecção pelo HIV, até o aparecimento dos anticorpos anti-HIV (soroconversão). Esse período é caracterizado por uma intensa replicação viral, elevada viremia e queda transitória de contagem de linfócitos LT-

CD4+, geralmente entre a primeira e terceira semana após a infecção. Os sintomas desta fase são inespecíficos e incluem febre alta, mialgia, artralgia, exantema e linfadenomegalia transitória. A SRA é autolimitada e a maior parte dos sinais e sintomas desaparece em três a quatro semanas (FANALES-BELASIO *et al*, 2010; BRASIL, 2013b; BARTLETT; GALLANT, 2004).

Após o aparecimento dos anticorpos anti-HIV (soroconversão), durante a fase de SRA, que costuma ocorrer em torno da quarta semana após a infecção, o diagnóstico torna-se possível por meio de isolamento do vírus ou de ensaios biológicos como ELISA, testes rápidos ou pela técnica de *Western-Blot*. (STUERMER, 2008; BARTLETT, 2002).

A infecção primária é seguida por um período de latência clínica que pode durar vários anos ocorrendo, no entanto, replicação viral persistente com consequente destruição de células TCD4⁺ e avanço da desregulação imunitária (COHEN; FAUCI, 2001). Nesta fase, o indivíduo não apresenta sintomas, mas há uma queda lenta e gradual no número de linfócitos T-CD4+ (LEVY, 2009).

À medida que a infecção progride, na fase sintomática, os sintomas constitucionais (febre baixa, perda ponderal, sudorese noturna, fadiga), diarreia crônica, cefaleia, alterações neurológicas, infecções bacterianas (pneumonia, sinusite, bronquite) e lesões orais, como a leucoplasia oral pilosa, tornam-se mais frequentes, além de herpes-zoster. Nesse período, já é possível encontrar diminuição na contagem de LT-CD4+, situada entre 200 e 300 células/mm³ (LEWTHWAITE, WILKINS, 2009; BRASIL, 2013b).

O surgimento da Aids é estágio final da infecção pelo HIV, caracterizado pelo aparecimento de infecções oportunistas e neoplasias. Dentro as infecções oportunistas, destacam-se a neurotoxoplasmose, pneumocistose, meningite criptocócica, retinite por citomegalovírus, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, sarcoma de Kaposi e linfoma não Hodgkin. Nesses casos, a contagem de células TCD4+ está abaixo de 200/mm³, na maioria das vezes (BRASIL, 2013b; LEWTHWAITE, WILKINS, 2009; BARTLETT; GALLANT, 2004).

Desde o surgimento dos primeiros esquemas antirretrovirais, buscou-se definir critérios para início do tratamento com base nas estimativas de risco de infecções oportunistas, evolução para Aids e óbito. A primeira publicação neste sentido foi feita pelos *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) sendo revisada em 1987 e 1993. O critério CDC (1993) define como caso de Aids indivíduo com sorologia

positiva para o HIV que apresente contagem de linfócitos T CD4+ abaixo de 200 células por mm³ ou doença definidora, incluindo tuberculose pulmonar, pneumonias recorrentes e câncer cervical invasivo. Os estudos, na sua maioria, adotam para a definição de caso, este critério estabelecido pelos CDC.

O Brasil inicialmente utilizou a definição de caso estabelecida CDC, mas, a partir de 1987, passou a fazer revisões técnicas periódicas com o objetivo de adequar a definição às condições clínicas e laboratoriais prevalentes no país. Desde 2004, o Ministério da Saúde estabelece no país uma classificação própria, que combina uma avaliação do quadro clínico, presença ou não de doenças definidoras de Aids, e status imunológico. O critério brasileiro considera, além da evidência da infecção pelo vírus da Aids, três condições para estabelecer caso de Aids em indivíduos HIV positivos: pontuação igual ou superior a dez, com pontos atribuídos aos sinais/sintomas e a algumas doenças, ou contagem de linfócitos T CD4+ abaixo de 350/mm³ ou ainda a presença de doença definidora, incluindo reativação da doença de Chagas, excluindo, porém, os casos de tuberculose pulmonar e as pneumonias recorrentes (BRASIL, 2004).

De acordo com Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (2013) do Ministério da Saúde, a TARV deve ser iniciada em todas as Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PHVA), na perspectiva da redução da transmissibilidade do HIV e considerando a motivação da PHVA, independente da contagem de T CD4+; em todos os sintomáticos (incluindo TB ativa), independente da forma clínica e contagem de T CD4+; nos indivíduos assintomáticos, com contagem T CD4+ com contagem T CD4+ \leq 500/mm³; nos indivíduos assintomáticos com T CD4+ $>$ 500/mm³, iniciar TARV na coinfeção HIV-HBV, neoplasias não definidoras da Aids, doença vascular estabelecida, coinfeção HIV-HCV e carga viral acima de 100.000/ml; em todos os indivíduos sem contagem de T CD4+ disponível e em gestantes.

O tratamento antirretroviral repercute na vida dos portadores como uma ferramenta aliada na busca por melhor qualidade de vida e maior sobrevida. A introdução da terapia antirretroviral de alta potência (HAART) reduziu aproximadamente 33% o número de óbitos pós-infecção por HIV. Por ser uma doença incurável, requer um tratamento contínuo que será avaliado de acordo com a adesão às drogas utilizadas, a sua potencialidade, e as condições fisiopatológicas da doença no portador (MARTINS; MARTINS, 2011).

3.2.2 Aspectos epidemiológicos

Nos últimos 30 anos, a epidemia de Aids já custou mais de 35 milhões de vidas – com efeitos devastadores em famílias, comunidades e países. Ao mesmo tempo, a resposta à epidemia gerou um movimento global, que transformou a forma de se abordar questões de saúde e de desenvolvimento. Globalmente, o HIV continua a ser a quinta principal causa de morte entre adultos e a principal causa de morte de mulheres entre 15 e 49 anos (UNAIDS, 2012).

Os primeiros casos de Aids foram descritos nos Estados Unidos em 1981 (SANTOS *et al.*, 2002). Nessa época, o grupo de risco era composto pelos homossexuais, hemofílicos, haitianos e usuários de heroína, no qual foi alvo das estratégias de prevenção (GUERRIERO, 2001). Como a doença era vinculada aos homens que faziam sexo com outros homens, nos países industrializados e na América Latina, o HIV se disseminou rapidamente entre os diversos segmentos da sociedade, alcançando aos poucos mulheres, crianças e homens com práticas heterossexuais (SANTOS *et al.*, 2002).

Em todo o mundo, estima-se que 36.900 milhões de pessoas viviam com o HIV em 2014. O aumento comparado anos anteriores está relacionado ao número maior de pessoas em tratamento com a terapia antirretroviral. Em 2013, 2,1 milhões de novas infecções pelo HIV foram registradas em todo o mundo, entretanto houve um declínio de 39% em relação aos 3,4 milhões diagnosticados em 2001. Ao mesmo tempo, o número de mortes por Aids também está em declínio, com 1,6 milhão de mortes em 2012, abaixo dos 2,3 milhões em 2005 (UNAIDS, 2014; WHO, 2015).

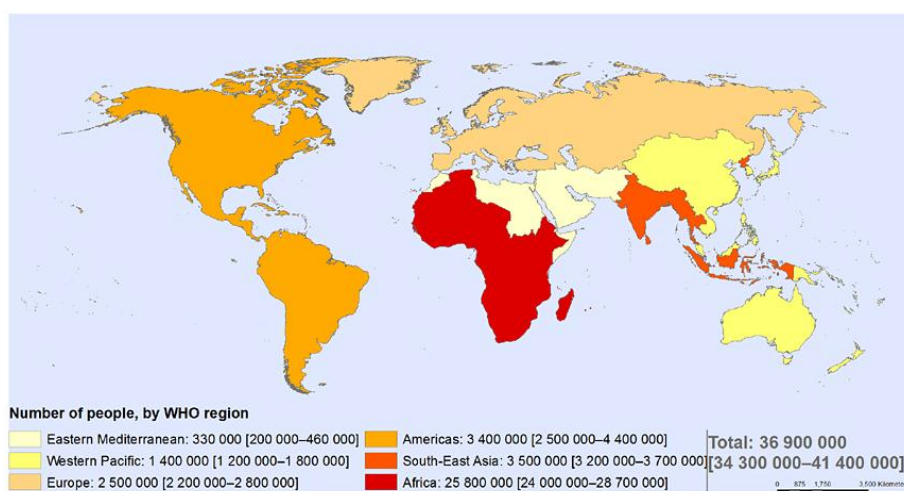


FIGURA 3 – Estimativa de adultos e crianças vivendo com HIV, 2014. Fonte: WHO, 2015.

A África Subsaariana continua sendo a região mais afetada, onde cerca de 1 em cada 20 adultos (4,9%) vivem com HIV, além de ser responsável por 69% das pessoas que vivem com HIV em todo o mundo. Embora a prevalência da infecção pelo HIV seja quase 25 vezes superior na África subsaariana do que na Ásia, quase 5 milhões de pessoas vivem com o HIV no Sul, Sudeste e Leste da Ásia. Depois de subsaariana, as regiões mais afetadas são o Caribe, Europa Central e Ásia Oriental, onde 1,0% dos adultos viviam com o HIV em 2011 (UNAIDS, 2012).

Apesar dos altos índices, o crescimento global da epidemia da Aids parece ter estabilizado. O número de pessoas infectadas pelo HIV em 2011 foi 20% menor do que em 2001, e as maiores quedas ocorreram no Caribe (42%) e África Subsaariana (25%). Além disso, há menos mortes relacionadas à Aids, devido a escala significativa da terapia antirretroviral nos últimos anos. Embora o número de novas infecções tenha diminuído os níveis de novas infecções ainda estão em alta, mas com reduções significativas de mortalidade, portanto, o número de pessoas vivendo com HIV no mundo tem aumentado (UNAIDS, 2012).

No Brasil, a epidemia que inicialmente era restrita as metrópoles nacionais — São Paulo e Rio de Janeiro - e marcadamente masculina, que atingia prioritariamente homens com prática sexual homossexual e indivíduos hemofílicos, deparava-se com quadro marcado pelos processos da heterossexualização (aumento de contágio em pessoas que se relacionam com sexo oposto), da feminização (aumento relativo do contágio entre as mulheres), interiorização e pauperização (ampliação do contágio entre as populações mais carentes em termos econômicos) (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWAD, 2000; RODRIGUES-JÚNIOR; CASTILHO, 2004).

Desde o início da epidemia da Aids até junho de 2015, foram registrados no país 798.366 casos de Aids. A distribuição proporcional dos casos segundo região mostra uma concentração dos casos nas regiões Sudeste e Sul, correspondendo a 53,8% e 20% do total de casos identificados de 1980 até junho de 2015; as regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte correspondem a 14,6%, 5,9% e 5,7% do total de casos, respectivamente (BRASIL, 2015b).

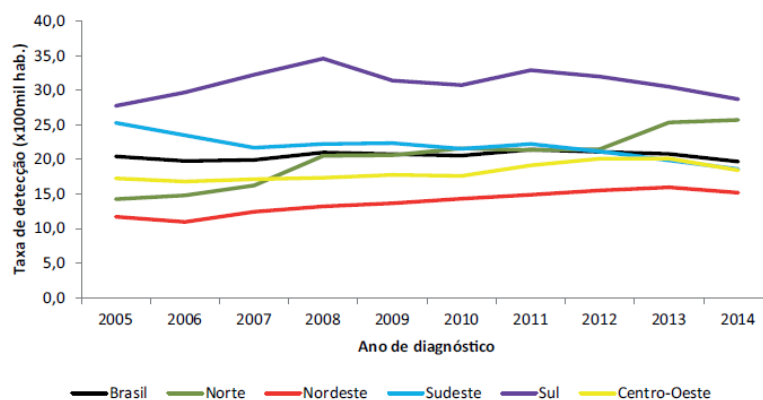


FIGURA 4 – Taxa de detecção de AIDS (por 100 mil habitantes) segundo região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 2005 a 2014. Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, 2015b.

De acordo com a OMS (2012), a epidemia de Aids no Brasil é concentrada, uma vez que apresenta prevalências superiores a 5% em grupos específicos e inferior a 1% na população de 15 a 49 anos. Dentre as populações mais vulneráveis, entre 2009 e 2010, as prevalências eram: usuários de drogas (prevalência de 5,91%), homens que fazem sexo com outros homens (10,5%) e profissionais do sexo feminino (4,9%) (UNAIDS, 2012).

Apesar da diminuição de casos na região Sudeste, a região Norte do País apresenta tendência de crescimento das taxas de detecção dessa doença. O crescimento na região ocorre em municípios com mais de 500.000 habitantes, como Belém (PA), cuja incidência da doença aumentou de 23,2 para 43 casos/100 mil habitantes entre 2001 e 2013. A dispersão da infecção pelo HIV/Aids na região Norte é problema de saúde público recentemente identificado. Essa dispersão é preocupante e desafiadora devido aos fatores socioambientais, culturais e econômicos característicos dessa região, que conferem à população peculiar vulnerabilidade de base individual, social e programática (BRASIL, 2014b; MARQUES JUNIOR; GOMES, NASCIMENTO, 2012).

A epidemia do HIV/VIH se encontra em uma encruzilhada. Faz-se urgente a continuidade da rápida ampliação rumo ao acesso universal. Por outro lado, também é necessária uma abordagem mais equilibrada e integrada que maximize a eficiência e alcance resultados positivos para a saúde além do HIV dentro do sistema de saúde como um todo (UNAIDS, 2011).

3.2.3 Atenção à saúde em HIV/Aids

A qualidade da assistência prestada aos portadores de HIV/Aids nos serviços de saúde é a principal estratégia para a redução da mortalidade e morbidade relacionada à epidemia, ao lado do diagnóstico precoce (PETERSEN, 2006). Diante da difusão dos casos de HIV/Aids em populações cada vez mais heterogêneas, houve o crescente incentivo aos avanços tecnológicos relativos ao tratamento desta doença, bem como a políticas de atenção aos infectados pelo HIV, como forma de concretização dos princípios do SUS em nível nacional. Garantiu-se, assim, a distribuição gratuita da terapia antirretroviral em 1996 e ao mesmo tempo se procedeu à expansão exponencial dos serviços de assistência aos infectados pelo HIV (NEMES *et al.*, 2004).

Nesse contexto, são criados Serviços de Atendimento Especializados (SAE) em HIV/Aids na modalidade ambulatorial, com o objetivo de prestar aos usuários atendimento integral e de qualidade, por meio da atuação da equipe multiprofissional de saúde. Nesses serviços devem ser desenvolvidas ações de assistência, prevenção e tratamento aos infectados pelo HIV como: incentivo ao autocuidado; atividades educativas de adesão ao tratamento e prevenção de comorbidades; orientação e apoio psicológico; realização de exames de monitoramento; atendimento médico especializado; controle e distribuição de antirretrovirais, entre outras (BRASIL, 2015).

Nestes serviços, há uma equipe multidisciplinar para atendimento, evidenciando a possibilidade de ação integral e intersetorial, de modo a contemplar o conceito ampliado de saúde. Para tanto, a equipe multiprofissional deve agregar à sua atuação tanto conhecimentos específicos da doença, do tratamento e dos serviços de atenção de apoio aos infectados pelo HIV quanto à visão ampliada de saúde, de forma a identificar integralmente os modos de viver e de enfrentar os problemas da clientela assistida (VARGENS; SANTOS, RANGEL, 2010). Além disso, configuram-se como uma importante fonte de atenção longitudinal e habitual, facilitando o reconhecimento de necessidades ao longo do tempo e possibilitando oferta de ações específicas e sistemáticas de modo a assegurar a coordenação da assistência (STARFIELD, 2002; MENDES, 2002).

O Programa Nacional de DST/Aids está estruturado em serviços de diagnóstico e tratamento para HIV/Aids em todos os estados brasileiros, e, apesar das conquistas nos últimos anos, a complexidade do tratamento do HIV em relação ao seu manejo clínico e da abordagem de suas particularidades sociais e psicológicas tem trazido

grandes desafios aos profissionais de saúde que prestam assistência a estes indivíduos (CARVALHO *et al.*, 2008).

Diante da mudança no panorama do manejo da infecção pelo HIV, um novo modelo de atenção vem-se estabelecendo em municípios brasileiros. Esse novo modelo apresenta uma evolução dos modelos de atenção centrados em serviços especializados para modelos matriciados, dinâmicos, em que diferentes pontos de atenção participam da linha de cuidado ao HIV/Aids, formando uma rede integrada e articulada. Nesse novo modelo, os serviços especializados continuam sendo fundamentais. Contudo, o desenho da linha de cuidado passa a contar com novos serviços, tendo a atenção básica como porta de entrada e ordenadora do cuidado. Estratégias como o suporte dos serviços especializados para atenção básica e o atendimento compartilhado entre esses serviços garantem maior acesso dos usuários ao sistema de saúde (BRASIL, 2015c).

Contudo, apesar das estratégias de descentralização das ações de controle e tratamento do HIV para atenção primária em saúde, o sistema de saúde no Brasil ainda está organizado em torno de um modelo fragmentado e caracterizado pela prestação de assistência descontínua e ausência de integração entre os diferentes pontos de atenção, privilegiando o atendimento aos eventos agudos e episódios das doenças, com dificuldade de considerar as reais necessidades de saúde da população. Ainda que atenção especializada seja importante, o sucesso da atenção aos casos de doenças crônicas, como a Aids, depende da ação coordenada de uma equipe multiprofissional, atuando em conjunto com outros pontos de atenção secundários e terciários, incluindo a Atenção Primária em Saúde (MENDES, 2009; MENDES, 2012).

3.3 COINFEÇÃO HIV/HANSENÍASE

A Aids representa um dos mais importantes problemas de Saúde Pública no mundo. Na medida em que o HIV expandiu-se, aumentou a expectativa de que, em países onde a hanseníase é endêmica, a associação entre essas duas infecções poderia ocasionar aumento do número de casos de hanseníase, diferentes manifestações clínicas, alteração do curso clínico da hanseníase e aumento de recidivas entre pacientes já tratados, semelhante ao que aconteceu com a tuberculose e outras doenças infecciosas (TALHARI; BRAGA; TALHARI, 2015; USTIANOWSKI; LAWN; LOKWOOD, 2006).

Ao contrário do que acontece com o *M. tuberculosis*, o bacilo da hanseníase prolifera muito lentamente. O *M. leprae* não ocasiona resposta óbvia quando inoculado em indivíduos previamente não expostos. O *M. tuberculosis*, ao contrário, mobiliza células polimorfonucleares, causando inflamação, infiltração e, às vezes, ulceração. Isso pode justificar a tese de que os sinais clínicos da hanseníase apareceriam tardiamente, curso da imunossupressão ocasionada pelo HIV, e que muitos indivíduos morreriam de outras enfermidades antes da hanseníase desenvolver-se clinicamente (TALHARI; BRAGA; TALHARI, 2015; DEPS; LOCKWOOD, 2008; NAAFS, 2000).

De acordo com Gormus (1994) e Baskin *et al.* (1990), a previsão era de que hanseníase virchowiana seria a forma clínica mais comum da doença em pacientes coinfectados, já que a infecção pelo HIV destrói lentamente a resposta imune mediada por células e o *M. leprae* pode, por isso, pelo menos teoricamente, multiplicar-se sem resistência.

Os linfócitos T CD4+ são o principal alvo do vírus HIV, portanto esperava-se que pacientes coinfectados por HIV e *M. leprae* apresentassem a forma virchowiana da hanseníase, ou que passassem rapidamente da forma tuberculóide para a virchowiana, com a evolução da infecção pelo HIV. Entretanto, estudos relataram que esses pacientes não apresentaram alterações em sua evolução clínica, nem nas prevalências das duas doenças (BASKIN *et al.*, 1990; PONNIGHAUS *et al.*, 1991; SEKAR *et al.*, 1994; GORMUS, 1994; ANDRADE *et al.*, 1996; LIENHARDT *et al.*, 1996; MACHADO *et al.*, 1998; NAAFS, 2004; USTIANOWSKI; LAWN; LOKWOOD, 2006; DEPS *et al.*, 2008).

Embora a infecção pelo HIV tenha sido relatada por ter pouco impacto sobre a evolução da hanseníase, após a introdução da terapia antirretroviral, esse achado vem se modificando. Vários estudos sobre coinfeção descrevem a hanseníase manifestando-se como síndrome de reconstituição imune (LANDAY *et al.*, 2002; LAWN; WOOD; LOCKWOOD, 2003; VISCO-COMANDINI *et al.*, 2004; COUPPIE *et al.*, 2004; KHARKAR *et al.*, 2007; MARTINIUK *et al.*, 2007; TRINDADE *et al.*, 2006; BATISTA *et al.*, 2008; DEPS *et al.*, 2008; MENEZES *et al.*, 2009; TALHARI *et al.*, 2010; DEPS *et al.*, 2013), com relatos de aumento da prevalência de hanseníase nos pacientes infectados pelo HIV (COUPPIE *et al.*, 2009; VINAY *et al.*, 2009).

Alguns estudos também demonstraram que a introdução da TARV provocou um aumento significativo das células T CD4 e diminuição da carga viral do HIV, mas induziu o aparecimento de sinais e sintomas da hanseníase no início da terapia.

Acredita-se que as manifestações clínicas em pacientes coinfectados pelo HIV sejam desencadeadas por uma resposta imune inespecífica modulada pela terapia antirretroviral. Com isso, alguns dos pacientes que apresentavam um quadro assintomático da hanseníase descobriram que eram coinfectados pelo *M. leprae* ao iniciar o tratamento antirretroviral. Portanto, a introdução da TARV tem alterado a história natural da hanseníase na coinfecção pelo HIV e a reação Tipo I poderia ser considerada um marcador de reconstituição imune em pacientes coinfectados sob tratamento (BATISTA *et al.*, 2008; USTIANOWSKI; LAWN; LOKWOOD, 2006).

De acordo com Vinay *et al.* (2009), com a disponibilidade da terapia antirretroviral nos países em desenvolvimento, mais e mais casos de hanseníase são suscetíveis de serem encontrados em áreas onde a doença é endêmica e o HIV também é altamente prevalente. Não obstante, em países onde a hanseníase é endêmica, os indivíduos com HIV devem ser regularmente examinados para lesões cutâneas e espessura do nervo, especialmente durante os dois anos de TARV, apesar de que os casos podem ocorrer mesmo depois de 1 a 2 anos de terapia.

A infecção pelo *M. leprae* e HIV tem aspecto crônico, e a interação entre essas doenças ainda não é inteiramente compreendida. Sabe-se que a incidência de hanseníase não é aumentada em pacientes infectados pelo HIV. Todas as formas clínicas da hanseníase têm sido descritas em pacientes com Aids, sugerindo que a imunodepressão generalizada da Aids não interfere na sua forma clínica. (ANDRADE *et al.*, 1996; OPROMOLLA; TOLLEDO; FLEURY, 2000).

No que se refere à atenção à saúde aos casos de coinfecção HIV/Hanseníase, não foram encontrados estudos que abordassem a avaliação de serviços de saúde aos usuários com essas comorbidades, prevalecendo apenas pesquisas de caráter clínico-epidemiológico.

4. MÉTODOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de avaliação de serviços de saúde, com abordagens quantitativas e qualitativas. Os estudos exploratórios têm o objetivo de prover o pesquisador de maior conhecimento sobre o tema ou problema de pesquisa, constituindo-se, dessa forma, na fase preliminar de pesquisas com delineamentos mais rigorosos, como os estudos descritivos. Estes, por sua vez, visam descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis, envolvendo o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados, como entrevista estruturada e semi-estruturada, e assumindo, em geral, a forma de levantamento (GIL, 2008).

De acordo com Huff (2008), as vantagens dos métodos mistos em relação às abordagens tradicionais. Para a autora, os métodos mistos seriam mais pragmáticos em combinar materiais com o objetivo de alcançar um equilíbrio ótimo entre abordagens quanti e quali. Estudos quanti completados por estudos quali podem fornecer maior potencial de interpretação dos fenômenos, principalmente ao agregar a percepção dos indivíduos no desenho de pesquisa. O inverso garante uma generalização para além do contexto específico de análise, o que implica uma maior amplitude do estudo. Idealmente, ao combinar abordagens quali e quanti, os pesquisadores evitariam as fragilidades próprias de cada método.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

Esleu-se como local desta investigação o município de Belém, que integra a Região Metropolitana de Belém, possuindo 505 km² de área, sendo 34,6% do território formado pela região continental e 65,4% correspondendo ao conjunto de 39 ilhas. Segundo dados do Censo 2010 (IBGE), o município apresenta um contingente populacional de 1.393.399 habitantes distribuídos em 71 bairros compondo 08 Distritos Administrativos que funcionam como unidade de planejamento territorial, sendo eles: Belém (DABEL), Bengui (DABEN), Entroncamento (DAENT), Guamá (DAGUA), Icoaraci (DAICO), Mosqueiro (DAMOS), Outeiro (DAOUT) e Sacramenta (DASAC).

A atenção à saúde em Belém, PA, está organizada a partir das equipes de saúde da família distribuídas em 81 Unidades de Saúde. Conta com 11 Núcleos de Apoio à

Saúde da Família (NASF); 683 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 109 equipes Estratégia Saúde da Família; duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e 3 Hospitais. Em relação aos serviços especializados, possui o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), CASA DIA (serviço especializado no tratamento do HIV), CEMO (Centro Especializado Médico Odontológico), 4 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Casa da Mulher, Casa do Idoso e Casa Recriar I (serviço à portadores de necessidades especiais).

No tocante ao atendimento à hanseníase, atualmente todas as 29 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 52 Unidades de Saúde da Família (USF) do município realizam acompanhamento e tratamento da doença. Em relação ao HIV, os pacientes diagnosticados com o vírus, no município, são encaminhados à CASA DIA, onde realizam acompanhamento e tratamento com a TARV, para a URE DIPE (Unidade de Referência Especializada em Doenças Infecciosas e Parasitárias), sob gestão estadual, ou ainda do SAE localizado no município de Ananindeua.

Os pacientes em tratamento para o HIV nos serviços de referências da capital, e região metropolitana, e que apresentam qualquer suspeita de hanseníase, são encaminhados para outros serviços de saúde para confirmação diagnóstica e tratamento, pois não há assistência aos casos de MH nestes serviços de referência.

A pesquisa foi desenvolvida no Ambulatório de Doenças Tropicais e Infecciosas do Núcleo de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará, que realiza atendimento de rotina em dermatologia tropical para pessoas que vivem com o HIV, encaminhados pelos serviços de atendimento especializado.

O ambulatório do Núcleo de Medicina Tropical é referência para o tratamento de casos de hanseníase, sobretudo com estado reacional, e referência estadual para os casos de coinfeção HIV/Hanseníase. Os usuários referenciados ao NMT de todo o Estado são atendimentos por equipe multiprofissional, composta por médicos infectologista, dermatologista, neurologista, ortopedista, reumatologista, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional e biólogos. Ademais, o tratamento aos casos de hanseníase e estados reacionais é garantido no ambulatório semanalmente.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Os participantes do estudo constituíram-se de vinte pacientes coinfectados com HIV/Hanseníase atendimentos no Ambulatório do Núcleo de Medicina Tropical,

oriundos dos serviços de referência especializada. Tratou-se de uma amostra de conveniência, visto que os usuários foram convidados a participar da pesquisa no momento da consulta mensal no ambulatório.

No período de 1993 a 2015 já foram registrados 98 casos de coinfeção HIV/Hanseníase no ambulatório do NMT/UFPA, incluindo usuários da capital e do interior do Estado. O total de 20 pacientes entrevistados no estudo correspondeu aos usuários que compareceram as consultas agendadas no ambulatório no período de novembro de 2015 a abril de 2016, pois a amostra utilizada foi de conveniência.

Como critério de inclusão no estudo, definiram-se pacientes considerados casos de coinfeção HIV/Hanseníase, diagnosticados com HIV positivo por meio de testes sorológicos de triagem (ELISA) e confirmatórios (Western Blott) em tratamento com TARV. E que também apresentaram sinais e sintomas para diagnóstico de hanseníase, de acordo com os critérios do Ministério da Saúde (2016). E exclusão de crianças e/ou adolescentes menores de 18 anos e portadores de doença mental.

4.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no período de novembro de 2015 a abril de 2016 por meio de entrevistas com apoio de um formulário semiestruturado (APENDICE B), contendo informações sócio-demográficas, dados clínicos da Hanseníase e HIV, porta de entrada, serviços de saúde utilizados e integração das ações de saúde.

O instrumento de coleta de dados utilizado neste estudo foi adaptado aos casos de coinfeção HIV/Hanseníase com base no Instrumento de Avaliação do desempenho da Atenção Primária em Saúde nas ações de controle da hanseníase-versão usuários (ANEXO 1), que avalia o desempenho da APS no desenvolvimento das Ações de Controle de Hanseníase (ACH) na perspectiva dos usuários – porta de entrada, acesso, atendimento continuado, integralidade dos serviços disponíveis e prestados, coordenação, orientação familiar e orientação comunitária (LANZA *et al*, 2014).

Escolheu-se o instrumento em decorrência de seus construtos possibilitarem a avaliação do desempenho dos sistemas de saúde na atenção às condições crônicas, além de guardar muitas singularidades no contexto da hanseníase e principalmente por ser um instrumento validado.

Além disso, foi integrada neste instrumento a aplicação do Teste de Associação Livre de Palavras (TALP), utilizando-se os termos indutores: *HIV, Hanseníase e*

Qualidade do cuidado em saúde. Este é um tipo de investigação aberta que se estrutura através da evocação de respostas dadas a partir de um ou mais estímulos indutores. Esses estímulos indutores devem ser previamente definidos em função do objeto a ser pesquisado ou do objeto da representação, levando-se também em consideração as características da amostra ou os participantes da pesquisa (VIEIRA; COUTINHO, 2008). Optou-se por iniciar a entrevista com o TALP para evitar que perguntas posteriores pudessem influenciar na evocação das respostas.

A coleta de dados foi realizada no Ambulatório de Doenças Tropicais do NMT, onde foi garantido local adequado e com a privacidade necessária para a realização da entrevista no momento em que os participantes aguardavam para consulta de acompanhamento no serviço.

4.5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os dados coletados foram analisados em diferentes etapas, levando em consideração as abordagens quantitativa e qualitativa da investigação. Nesse sentido, foram armazenados em banco de dados eletrônico, usando o *Microsoft Excel 2010* que foram apresentados em forma de tabelas, figuras e quadros.

A análise e interpretação dos dados obtidos no Teste de Associação Livre de Palavras foram realizadas, inicialmente, utilizando-se critérios de frequência e similaridade semântica, no qual se preparou um dicionário de palavras constituído a partir das palavras evocadas pelos participantes em relação a cada estímulo. Em seguida, as palavras evocadas foram categorizadas de acordo com cada estímulo: HIV (atitudes e sentimentos sobre a doença), Hanseníase (atitudes e sentimentos sobre o diagnóstico da doença e aspectos relacionados ao enfrentamento da doença) e Qualidade do cuidado em saúde (Dificuldades vivenciadas nos serviços e sentimento sobre as ações de saúde). Posteriormente, foi realizada análise descritiva, considerando o número amostral.

Em relação aos relatos dos participantes sobre aos sentimentos relacionados ao diagnóstico da coinfeção HIV/Hanseníase, os dados foram analisados com base na técnica de análise de conteúdo de Bardin (2004), por meio de três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e a interpretação.

Para a autora, a pré-análise consiste na fase de organização propriamente dita, na qual se sistematiza as ideias iniciais do plano de análise no sentido de estabelecer

critérios precisos através de técnicas idênticas e sujeitos com características semelhantes. A segunda fase, exploração do material, realiza-se a classificação de elementos por diferenciação – categorias – com posterior agregação dos dados comuns. A última fase etapa, tratamento dos dados e interpretação, consistiu na análise dos discursos dos participantes.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Em consonância com os princípios básicos da bioética, foram obedecidas às normas da Resolução nº 466/12 do CNS/MS, que normaliza a pesquisa com seres humanos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Núcleo de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará, sob CAEE nº 49477115.1.0000.5172 (ANEXO II).

Os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE I) e a confidencialidade das informações foi assegurada por meio da codificação dos sujeitos da pesquisa, a fim de preservar sua identidade e garantir seu anonimato, em respeito às normas éticas de pesquisa. A pesquisa envolveu baixo risco aos participantes, visto que todos os seus dados estão sob a responsabilidade dos pesquisadores, assegurando o anonimato dos pacientes. Assim, os participantes do estudo foram codificados com a letra E, caracterizando “entrevistado”, seguido da numeração correspondente à sequência das entrevistas, portanto foram identificados de E1 a E20.

Entende-se como benefício da pesquisa para o usuário a contribuição para o melhor entendimento sobre as dificuldades vivenciadas pelos pacientes coinfectados com HIV/Hanseníase no acesso aos serviços de saúde. E para comunidade científica, pois fornece dados sobre a realidade local, podendo ser traduzido em benefícios para os pacientes.

5. RESULTADOS

A partir dos resultados obtidos, a primeira parte desta seção apresenta os resultados do estudo epidemiológico, por meio de tabelas e gráficos que caracterizam os participantes de acordo com variáveis sociodemográficas e clínicas. A segunda parte da apresentação dos resultados foi composta pela descrição dos serviços de saúde utilizados, bem como a integralidade das ações de saúde na população do estudo. E por último, apresentaram-se os dados referentes à etapa qualitativa.

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

TABELA 2: Distribuição dos participantes, segundo sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, situação conjugal, renda, ocupação e procedência, Belém-PA, 2016.

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA (n=20)	
	n	%
SEXO		
Feminino	5	25
Masculino	15	75
FAIXA ETÁRIA		
20 a 39 anos	5	25
40 a 59 anos	13	65
≥ 60 anos	2	10
RAÇA/COR		
Branca	1	5
Preta	6	30
Amarela	1	5
Parda	12	60
ESCOLARIDADE		
Sem escolaridade	2	10
Ensino fundamental	8	40
Ensino médio	8	40
Ensino superior	2	10
RENDA (salário mínimo)*		
Até 1	11	55
2 a 3	9	45
OCUPAÇÃO		
Autônomo	4	20
Aposentado/Pensionista	3	15
Desempregado	2	10
Informal	11	55

PROCEDÊNCIA		
Belém (capital)	14	70
Interior do Estado	6	30

*O salário mínimo vigente no período da coleta de dados foi de R\$ 788,00.
Fonte: Protocolo de Pesquisa, 2016.

Nas características sociodemográficas apresentadas na tabela 2, dos 20 pacientes incluídos no estudo 15 (75%) eram do sexo masculino, com predomínio da faixa etária de 40 a 59 anos (65%). Em relação à raça, a maioria dos participantes se considera da cor parda (60%). Quanto à escolaridade, 8 (40%) cursaram o ensino fundamental e 8 (40%) também cursaram até o ensino médio.

A renda mensal dos participantes não superou o teto de três salários mínimos vigentes, sendo a maioria na faixa de até 1 salário, cuja fonte é diversificada. No que diz respeito à ocupação, os participantes foram classificados em: autônomo, aposentado/pensionista, desempregado e informal. A ocupação denominada informal predominou (55%) entre o grupo, seguida dos autônomos (20%). Em relação a procedência, a maioria dos pacientes (70%) são procedentes do município de Belém.

TABELA 3: Distribuição dos participantes, segundo variáveis clínicas no diagnóstico de HIV

VARIÁVEIS SOBRE O DIAGNÓSTICO DE HIV	FREQUÊNCIA (n=20)	
	n	%
TEMPO DE INÍCIO DA TARV		
6 meses a 1 ano	1	5
2 a 3 anos	8	40
4 a 5 anos	2	10
> 5 anos	9	45
SITUAÇÃO NO DIAGNÓSTICO		
HIV	8	40
Aids	12	60
LINFÓCITOS T CD4+		
< 350	15	75
350 a 499	2	10
>500	1	5
Sem informação	2	10
CARGA VIRAL		
Indetectável	1	5
Detectável	17	85
Sem informação	2	10
DOENÇAS ASSOCIADAS		
Tuberculose	4	20
Toxoplasmose	2	10
Outras	5	25
Nenhuma	11	55

Fonte: Protocolo de Pesquisa, 2016.

Na tabela 3 são apresentados os dados referentes às características clínicas da população de estudo no momento do diagnóstico de HIV. Observou-se que 9 (45%) pacientes estavam em uso terapia antirretroviral há mais de 5 anos, seguido de 8 (40%) pacientes que estavam em uso de TARV entre 2 e 3 anos, de forma regular. Em relação à situação de imunodeficiência, a maioria (60%) apresentou critérios clínicos e/ou laboratoriais para Aids.

Nesse sentido, no que se refere à contagem de CD4+ e carga viral no momento do diagnóstico do HIV, 15 dos participantes apresentaram níveis de CD4 inferior a 350 células/mL e 17 estavam com carga viral detectável. Quanto à ocorrência de doenças associadas apresentadas pelos pacientes no diagnóstico de HIV, 11 usuários não apresentou nenhuma doença no momento do diagnóstico, porém entre as principais doenças identificadas em alguns participantes estão a tuberculose (20%) e toxoplasmose (10%).

TABELA 4: Distribuição dos participantes, segundo variáveis clínicas no diagnóstico de Hanseníase, Belém-PA, 2016.

VARIÁVEIS SOBRE O DIAGNÓSTICO DE MH	FREQUÊNCIA (n=20)	
	n	%
FORMA CLÍNICA*		
Indeterminada	1	5
Tuberculóide	9	45
Dimorfa	10	50
CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL		
Paucibacilar	10	50
Multibacilar	10	50
NÚMERO DE LESÕES		
Uma Até 5 lesões	12	60
Mais de 5 lesões	8	40
GRAU DE INCAPACIDADE		
Zero	12	60
Grau 1	7	35
Grau 2	1	5
REAÇÃO HANSÊNICA		
Sim	6	30
Não	14	70
TIPO DE REAÇÃO		
Tipo 1	5	25
Tipo 1 e 2	1	5
Sem reação	14	70

*Foi considerada na coleta de dados a Classificação de Madri (1953).

Fonte: Protocolo de Pesquisa, 2016.

A tabela 4 demonstra os dados referentes às características clínicas da hanseníase, apresentadas no momento do diagnóstico da doença nos participantes que vivem com HIV. Em relação à forma clínica, observou-se que nos pacientes coinfectados a forma clínica predominante foi a Dimorfa com 50% dos casos, seguida da forma Tuberculóide em 45% da população. Nesse sentido, quanto à classificação operacional dos casos, 10 (50%) foram classificados como Paucibacilares e 10 (50%) como Multibacilares. (número absoluto)

No que se refere ao número de lesões e grau de incapacidade no diagnóstico, 60% dos participantes apresentaram de uma até cinco lesões da hanseníase, assim como 60% também foram diagnosticados com grau zero de incapacidade. Sobre os casos de reação hansênica, foi observado que a maioria (70%) não apresentou episódios reacionais durante o tratamento de MH. Quando ao tipo de reação dos 6 pacientes que apresentaram episódios reacionais, predominou a reação tipo 1, com 5 casos.

5.2 PORTA DE ENTRADA, SERVIÇOS DE SAÚDE UTILIZADOS E INTEGRALIDADE DAS AÇÕES DE SAÚDE

A figura 5 mostra os primeiros serviços de saúde procurados pelos usuários ao sentir os sinais e sintomas do HIV/Aids e o tempo em que foi diagnosticado com o vírus. Sendo assim, foi observado que os primeiros serviços procurados foram os hospitais, UBS, UPA, CTA, HEMOPA e Instituto Evandro Chagas (IEC). O tempo decorrido a partir do primeiro atendimento e o diagnóstico variou entre os serviços, porém observou-se que nos hospitais houve uma espera maior para a conclusão do diagnóstico, com uma média de 4,6 meses de espera, seguida das UBS com 3,2 meses.

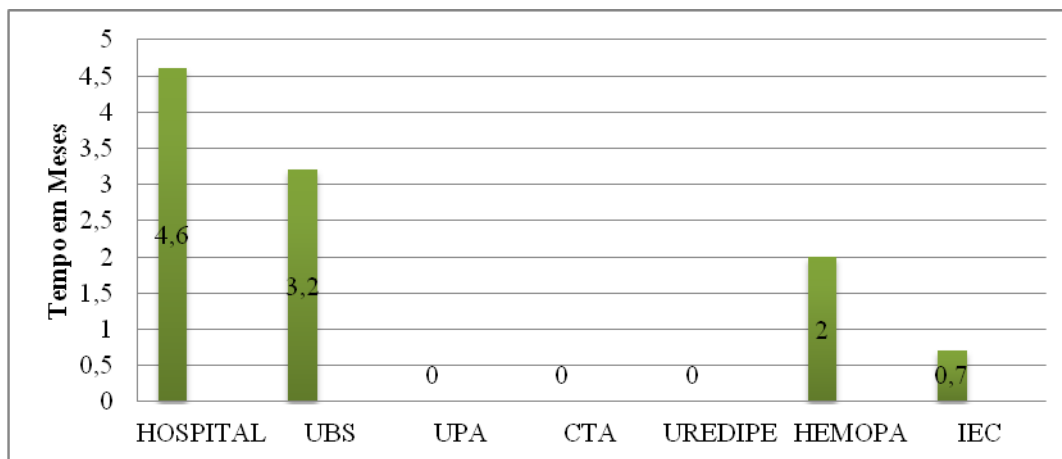


FIGURA 5: Distribuição dos serviços de saúde procurados pelos usuários entrevistados ao sentir os primeiros sintomas do HIV/Aids e tempo do diagnóstico do HIV.

**Os serviços da UPA, CTA e UREDIPE realizaram o diagnóstico do HIV dos entrevistados no momento da primeira procura ao serviço, por esta razão não demandaram tempo de espera para o diagnóstico.*

Em relação aos primeiros serviços de saúde procurados pelos usuários ao sentir os sinais e sintomas da hanseníase, o tempo e o local do diagnóstico da doença, o quadro 2 demonstra que os primeiros serviços procurados foram: CASA DIA, UREDIPE, UBS, ambulatório de dermatologia da Universidade do Estado do Pará (UEPA), SAE Ananindeua e IEC.

É importante ressaltar que todos os pacientes coinfetados que participaram do estudo já haviam sido diagnosticados com HIV/Aids e estavam em uso de TARV no momento do diagnóstico da hanseníase. Além disso, todos os participantes deste estudo foram diagnosticados com MH no ambulatório do Núcleo de Medicina Tropical, após terem sido referenciados pelos serviços descritos no quadro 2. Portanto, ao apresentarem os primeiros sinais e sintomas de hanseníase, a maioria dos usuários buscou primeiramente o serviço de atenção especializada onde realizam tratamento para o HIV (CASA DIA ou UREDIPE), e estes serviços encaminharam para o ambulatório do NMT/UFPA para diagnóstico de tratamento de MH.

Quanto ao tempo decorrido entre o primeiro atendimento no serviço especializado e o diagnóstico de hanseníase no NMT, foi observado que os usuários procedentes das UBS esperaram, em média, 6 meses para serem diagnosticados com MH, seguido dos pacientes encaminhados pela UREDIPE, com 5,6 meses de espera em média.

QUADRO 2: Descrição dos serviços de saúde procurados pelos usuários ao sentir os primeiros sintomas da Hanseníase, o tempo e local do diagnóstico de MH.

PRIMEIRO SERVIÇO PROCURADO AO SENTIR OS PRIMEIROS SINAIS E SINTOMAS DE MH			TEMPO DE DIAGNÓSTICO DE MH NO NMT (média do tempo em meses)
<i>Serviço</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
CASA DIA	9	45	1,6
UREDIPE	5	25	5,6
UBS	2	10	6
AMBULATÓRIO UEPA	1	5	1
SAE ANANINDEUA	2	10	2
IEC	1	5	3

Fonte: Protocolo de Pesquisa, 2016.

No que se refere aos *serviços de saúde utilizados* pelos pacientes coinfectados com HIV/Hanseníase, a tabela 5 mostra que a maioria da população (75%) não utiliza e/ou tem qualquer vínculo com as UBS do seu território, ficando restrita aos serviços de média e alta complexidade.

Questionados sobre o acompanhamento e a articulação entre os serviços de saúde utilizados, a maioria (85%) dos usuários respondeu que o serviço de atendimento especializado, onde realizam a TARV, acompanha e se articula com os demais serviços que frequenta. Em relação ao acompanhamento e articulação do NMT com os demais serviços que utiliza, a maioria (95%) também respondeu que há integralidade das ações de saúde entre os estabelecimentos.

Quanto aos serviços de saúde utilizados pelos participantes, foi identificado que a maioria dos usuários frequenta, predominantemente, os serviços de atendimento especializado, como CASA DIA, UREDIPE, SAE Ananindeua e Núcleo de Medicina Tropical, e apenas 5 (25%) utilizam algum serviço da atenção básica. De acordo com relato dos participantes que utilizam os serviços das unidades básicas de saúde, a utilização se deve apenas aos casos de doenças crônicas não transmissíveis, a exemplo da hipertensão e diabetes, no qual o tratamento não é garantido no serviço especializado que frequenta.

TABELA 5: Distribuição dos participantes, segundo os serviços de saúde utilizados, Belém-PA, 2016.

SERVIÇOS DE SAÚDE UTILIZADOS	FREQUÊNCIA (n=20)	
	n	%
UTILIZA A UBS/USF DA SUA ÁREA DE ABRANGÊNCIA		
Sim	5	25
Não	15	75

(continua)

A EQUIPE DO SAE/CASADIA/UREDIPE ACOMPANHA OU ATÉ MESMO SE ARTICULA COM OUTROS SERVIÇOS EM QUE O USUÁRIO FAZ ACOMPANHAMENTO		
Sim	17	85
Não acompanha	3	15
A EQUIPE DO NMT ACOMPANHA OU ATÉ MESMO SE ARTICULA COM OS OUTROS SERVIÇOS EM QUE O USUÁRIO FAZ TRATAMENTO		
Sim	19	95
Não acompanha	1	5
SERVIÇOS DE SAÚDE UTILIZADOS ATUALMENTE		
UBS/USF	5	25
CASA DIA	11	50
UREDIPE	6	30
SAE ANANINDEUA	2	10
NÚCLEO DE MEDICINA TROPICAL	20	100

Fonte: Protocolo de Pesquisa, 2016.

No que diz respeito à *integralidade das ações de saúde* nos serviços de saúde utilizados pela população do estudo, 85% (17) responderam que ao serem encaminhados para outro serviço por alguma necessidade de assistência, este encaminhamento é realizado de forma orientada pelos profissionais de saúde, que na maioria das vezes indicam os locais de atendimento e o como se dá o acesso ao serviço. Quanto à realização da reconciliação medicamentosa, a maior parte (70%) dos participantes respondeu que é realizada a reconciliação, tanto no NMT quanto no serviço de atendimento especializado que realiza o tratamento para o HIV (tabela 6).

Em relação ao conhecimento sobre serviços de saúde existentes no município que deveriam procurar a partir do aparecimento dos sinais e sintomas, tanto do HIV quando da hanseníase, a maioria (65%) respondeu que não tinha ideia de qual serviço procurar. Sobre as possíveis dificuldades em realizar exames, consultas e receber medicação, a maioria (80%) relatou não apresentar dificuldades em nenhum serviço, porém 20% identificam dificuldades no serviço de atendimento especializado onde realizam tratamento para o HIV, conforme a tabela 6.

TABELA 6: Distribuição dos participantes, segundo o atendimento continuado nos serviços de saúde utilizados, Belém-PA, 2016.

	ATENDIMENTO CONTINUADO	
	FREQUÊNCIA (n=20)	
	n	%
FOI REFERENCIADO DE FORMA RESPONSÁVEL AOS SERVIÇOS DE SAÚDE QUE NECESSITA NA REDE		
Sim	17	85
As vezes	3	15

(continua)

É FEITA A RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA		
Sim	14	70
As vezes	6	30
TINHA IDEIA DE QUAL SERVIÇO DE SAÚDE PROCURAR AO SENTIR OS SINAIS/SINTOMAS, TANTO DE MH QUANTO DO HIV		
Não tinha ideia	13	65
Pronto-Atendimento	5	25
UBS/USF	2	10
TEM DIFICULDADES EM REALIZAR EXAMES E/OU RECEBER MEDICAÇÕES		
Sim, durante o tratamento do HIV	4	20
Não, em nenhum serviço	16	80

Fonte: Protocolo de Pesquisa, 2016.

A avaliação dos dados referentes à porta de entrada e aos serviços de saúde utilizados pelos participantes permitiu a construção de um fluxograma de assistência aos usuários coinfectados com HIV/Hanseníase no município, a partir da população estudada. Dessa forma, foi possível identificar o fluxograma de assistência ao usuário de coinfeção e ainda comparar com o fluxo preconizado pelo Ministério da Saúde, conforme a Portaria 149/2016 que aprova as diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase, como ilustra a figura 6 (BRASIL, 2016).

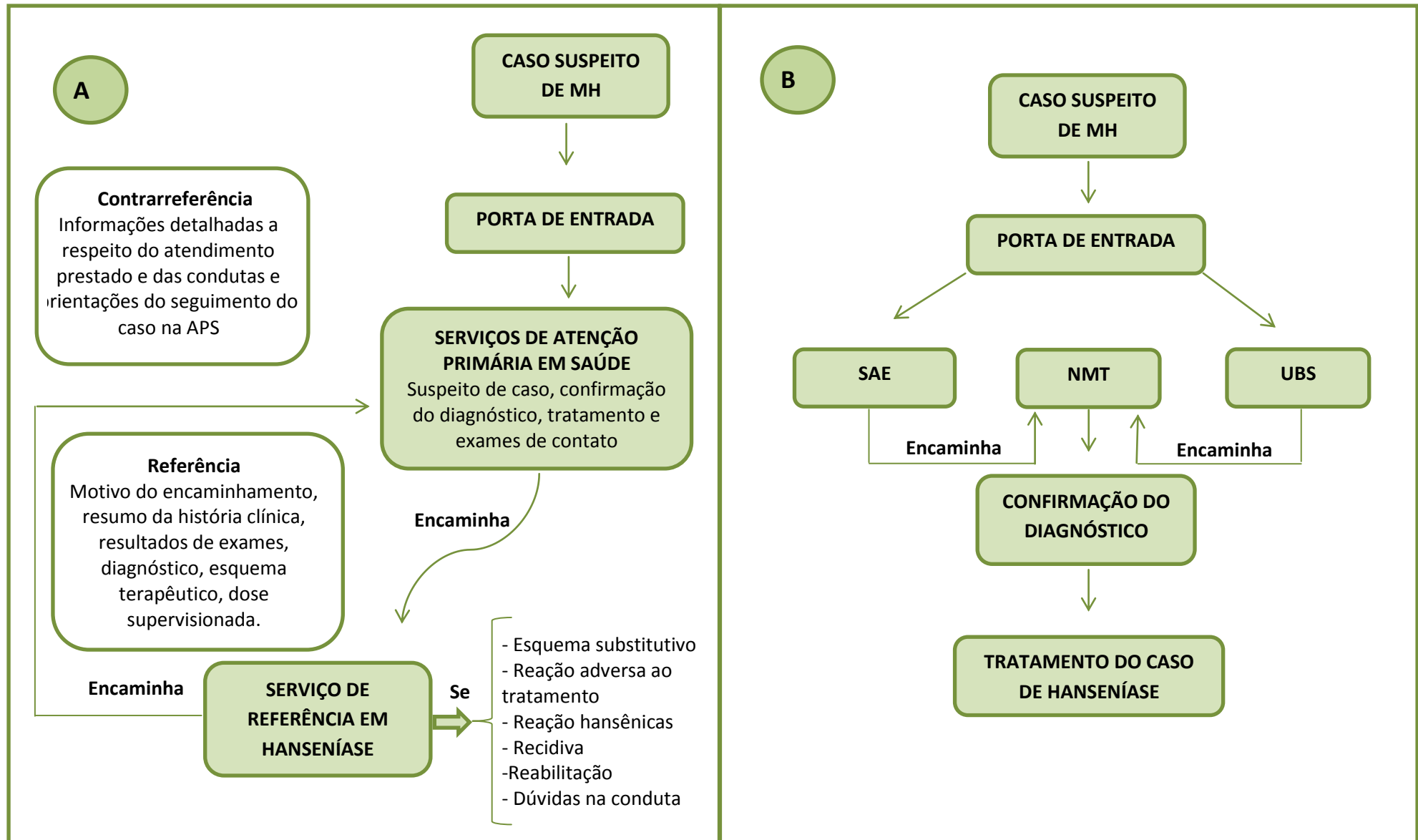


FIGURA 6: A - Fluxograma preconizado pelo Ministério da Saúde, segundo portaria 149 que aprova as diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase. B – Fluxograma da assistência ao usuário coinfetado com HIV/Hanseníase identificado no estudo.

De acordo com os relatos dos usuários e o registro das referências nos prontuários, os pacientes que vivem com vírus do HIV e que apresentam suspeita de hanseníase escolhem, preferencialmente, a porta de entrada dos serviços de atenção especializada no qual realiza a TARV. Após o atendimento no SAE, os usuários foram encaminhados para o ambulatório do NMT para confirmação do diagnóstico e início do tratamento de MH.

5.3 TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS

Os resultados obtidos com TALP possibilitaram a identificação de 39 termos, numa frequência total de 65. A partir do estímulo, quando os participantes foram solicitados a responder o que vinha em sua mente em relação ao HIV, hanseníase e qualidade do cuidado prestado, observou-se a evocação de algumas palavras das quais, após interpretação e análise, emergiram as categorias mencionadas nas tabelas 7 e 8. As palavras evocadas foram transcritas na íntegra e agrupadas de acordo com as categorias estabelecidas.

No que se refere ao estímulo *HIV*, à categoria criada foi *atitudes e sentimentos sobre a doença*. Em relação à *Hanseníase*, foram criadas duas categorias: *atitudes e sentimentos sobre o diagnóstico da doença* e *aspectos relacionados ao enfrentamento da doença*. Quanto ao estímulo da *Qualidade do cuidado em saúde*, as palavras foram categorizadas em: *Dificuldades vivenciadas nos serviços* e *Sentimento sobre as ações de saúde*.

Tabela 7: Distribuição das respostas ao TALP diante dos estímulos HIV e Hanseníase, Belém-PA, 2016.

Estímulo	Categoria	Evocações	F
HIV	Atitudes e sentimentos sobre a doença	Sofrimento (2)	2
		Depressão (2)	2
		Indignação (3)	3
		Medo (6)	6
		Tristeza (8)	8
		Morte (9)	9
		Dúvida	1
		Preocupação	1
		Raiva	1
		Suicídio	1
		Surpresa	1
		Esperança	1
		Fé	1
		Tratamento	1

(continua)

HANSENÍASE	Atitudes e sentimentos sobre o diagnóstico doença	Fraqueza	1
		Gravidade	1
		Desespero	1
		Medo	1
		Dúvidas	1
		Surpresa	1
		Pele Manchada	1
		Preocupação (4)	4
HANSENÍASE	Aspectos relacionados ao enfrentamento da doença	Tristeza (6)	6
		Coragem	1
		Luta	1
		Viver	1
		Provação	1
		Esperança	1
		Batalha (2)	2
		Medicação (2)	2
		Tratamento (7)	7
		Cura (9)	9

Fonte: Protocolo de Pesquisa, 2016.

Tabela 8: Distribuição das respostas ao TALP diante do estímulo qualidade do cuidado prestado, Belém-PA, 2016.

Estímulo	Categorias	Evocações	F
QUALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE	Dificuldades vivenciadas nos serviços	Pouca Integração	1
		Falta De Médico	1
	Sentimento sobre as ações de saúde	Acolhimento	1
		Resolutividade	1
		Clareza	1
		Prestativo	1
		Completo	1
		Satisfeito	1
		Atenciosos	1
		Felicidade	1
		Satisfação (2)	2
		Gratidão (4)	4
		Excelente (5)	5
		Bom (13)	13

Fonte: Protocolo de Pesquisa, 2016.

5.4 SENTIMENTOS RELACIONADOS AO DIAGNÓSTICO DA COINFECÇÃO HIV/HANSENÍASE

Além das palavras evocadas no TALP, foram utilizados para esta análise os relatos dos participantes sobre as mudanças que a coinfeção HIV/Hanseníase causou no seu dia-a-dia, tais relatos complementaram as evocações dos pacientes sobre as doenças e a qualidade do cuidado prestado.

Uma das principais mudanças no cotidiano dos participantes observadas no estudo, está relacionada à incapacidade para o trabalho após o diagnóstico das doenças, conforme relato abaixo:

"Parei de trabalhar e tive que começar a me cuidar mais, para não adoecer. Tive que mudar comportamentos, como usar preservativo nas relações sexuais" (E2).

"Tive que parar de trabalhar por conta das incapacidades físicas e fiquei dependente dos outros" (E7).

"Tive que deixar de trabalhar para cuidar da saúde, além disso aprender a me cuidar" (E20).

"Deixei de fazer o que eu mais gostava (cozinhar), hoje vivo com benefício (...)" (E14).

Nos relatos, também foi possível identificar que muitos usuários não são contemplados com benefícios do governo, têm dificuldade em conseguir emprego e por esta razão desenvolvem atividades autônomas para garantir a renda.

"Deixei de pescar, que era meu sustento e da minha família. Recebi o apoio de todos da minha família, não tiveram preconceito (...)" (E12)

"Não posso mais trabalhar de carteira assinada, ainda preciso fazer fisioterapia 3x por semana mas hoje convivo tranquilo, com apoio dos meus familiares e esposa. Não estou recebendo benefício então comecei a trabalhar autônomo" (E19)

"Dificuldade em conseguir emprego por conta das manchas e cuidados com a saúde" (E15).

No que diz respeito às mudanças relacionadas aos cuidados com a saúde, a maioria relatou que após início do tratamento das doenças passaram a se preocupar mais com a sua saúde, desenvolvimento hábitos de vida mais saudáveis, de acordo com os seguintes relatos:

"Hoje sou mais cauteloso com minha saúde. Deus me ajudou muito e ainda me ajuda" (E4).

"Tive que mudar meus hábitos, cuidar mais de mim, ficar atenta as medicações e me proteger sempre" (E6).

"Tive que começar a evitar pegar sol, me alimentar melhor, evitar lugares com muita gente e tomar medicações sempre no horário" (E9).

"Passei a ter cuidado com meu corpo e evitar situações que eu possa adoecer" (E11).

"A principal mudança foi me acostumar a tomar muitas medicações e nos horários certos" (E3).

Em relação à autoestima e os sentimentos associados às doenças, observou-se que alguns participantes relataram negação sobre o diagnóstico, o que resultou em depressão e diminuição da autoestima, conforme relatos abaixo:

"Fiquei em depressão e não aceitei a doença (...)" E1.

"Ainda ficaram algumas manchas pelo corpo e isso faz com que eu não use biquinis ou blusas. Tenho autoestima um pouco baixa (...)" (E18).

"As vezes fico pra baixo, fico me perguntando por que acontecer comigo. Ainda faço tratamento para depressão" (E16).

Apesar os relatos acima, sentimentos de esperança, resiliência, cura e fé também foram possíveis observar em alguns participantes.

"(...) mas em nenhum momento neguei o tratamento ou ajuda. Tenho apoio dos meus pais e continuo trabalhando." (E10).

"(...) Deus me ajudou muito e ainda me ajuda. Trabalho como vigilante e HIV não impede de viver uma vida normal, mas minha família desconhece a doença." (E4).

"Mudou completamente a rotina, mas em nenhum momento neguei o tratamento ou ajuda. Tenho apoio dos meus pais e continuo trabalhando" (E10).

6. DISCUSSÃO

Os dados foram discutidos em separado, inicialmente os relativos à caracterização sociodemográfica e clínica, serviços de saúde utilizados pelos pacientes coinfectados com HIV/Hanseníase e a integralidade nas ações de saúde. Em seguida, os resultados obtidos na evocação de palavras e questões relacionadas aos sentimentos relatados pelos participantes. A opção por essa forma de apresentação se dá pela possibilidade de explorar a abordagem qualitativa do estudo.

Todos os pacientes entrevistados foram diagnosticados com hanseníase no ambulatório do núcleo de medicina tropical e, neste serviço, são acompanhados mensalmente. Foi coletada uma amostra de conveniência, com total de 20 participantes coinfectados com HIV/Hanseníase. De acordo com os achados deste estudo, observou-se que a co-morbidade foi mais frequente no sexo masculino (75%), em consonância com os dados epidemiológicos da Aids na região Norte que apresenta uma razão de sexos em média de 19 casos da doença em homens para cada 10 casos em mulheres, apesar das variações entre faixas etárias (BRASIL, 2015b).

Em geral, estudos clínicos e epidemiológicos sobre hanseníase, com ou sem coinfeção, não demonstram padrão de ocorrência da doença por sexo, porém na maioria destes predomina o acometimento da doença no sexo masculino (CORREA *et al.*, 2012; PENELUPPI *et al.*, 2015; BRASIL, 2014a). Em relação a estudos em pacientes coinfectados com HIV/Hanseníase, também predomina o sexo masculino nos achados (PIRES *et al.*, 2015; TALHARI *et al.*, 2010; LOUREIRO *et al.*, 2008).

A faixa etária de 40 a 59 anos foi predominante entre os participantes (65%), portanto na idade economicamente ativa. Estes dados refletem na epidemiologia das duas doenças (BRASIL, 2015b; BRASIL, 2014a), podendo estar relacionado à maior exposição e ao longo período para manifestação dos sintomas, reforçando a importância do diagnóstico precoce uma vez que a hanseníase possui um alto poder incapacitante e somado a infecção do HIV pode gerar impacto econômico e social, à medida que poderá interferir na capacidade de desenvolvimento das atividades laborais das pessoas acometidas (BATISTA, 2010; OLIVEIRA; LEÃO; BRITTO, 2014; PIRES *et al.*, 2015).

A variável cor/raça autodeclarada pelos participantes apresentou predomínio de pardos, comparado às demais. Estes dados são compatíveis com estudos clínicos e epidemiológicos dos dois agravos, no caso do HIV tem-se observado um aumento na proporção de casos entre indivíduos autodeclarados como pardos e uma queda da proporção

de casos entre brancos, conforme alguns achados (BRASIL, 2015b; CUNHA, 2015; CARVALHO; MERCHÁN-HAMANN; MATSUSHITA, 2007). Em relação à hanseníase, apesar de também haver predomínio pela cor parda na maioria dos estudos, não tem se identificado relação com o adoecimento (CORREA *et al*, 2012; LIMA *et al*, 2009; SANTOS; CASTRO; FALQUETO, 2008).

Sobre este dado em pacientes coinfectados com HIV/Hanseníase no estado do Pará, deve-se levar em consideração o processo histórico de colonização, miscigenação, movimentos migratórios, dinâmica de ocupação territorial e organização espacial, aspectos já apontados em outros estudos (LIMA *et al*, 2009; MELLO; POPOASKI; NUNES, 2006).

Quanto à escolaridade dos participantes, observou-se que não houve diferença significativa entre os participantes, considerando o tamanho da amostra. Porém, sabe-se que a educação é uma condição importante como estratégia de prevenção e controle de doenças transmissíveis, bem como reflete na adesão ao tratamento da co-morbidade. Nesse sentido, alguns estudos epidemiológicos sobre hanseníase e HIV, com ou sem coinfecção, demonstram em geral baixa escolaridade na população acometida, sendo esta variável utilizada como um indicador da situação socioeconômica para desfechos em saúde (CORREA *et al*, 2012; SCHUELTER-TREVISOL *et al*, 2013; LOPES; RANGEL, 2014; OLIVEIRA *et al*, 2015).

O fenômeno da pauperização da epidemia do HIV tem sido caracterizado por alguns autores como o aumento da proporção de casos de Aids em indivíduos de baixa escolaridade (BISCOTTO *et al*. 2013; BASTOS; SZWARCOWALD, 2000). Portanto, o nível educacional expressa diferenças entre pessoas em termos de acesso à informação, perspectivas e possibilidades de se beneficiar de novos conhecimentos.

A renda de até um salário mínimo foi predominante entre os participantes, o que mostra a baixa condição socioeconômica da maioria da população estudada. Esta variável associada à baixa escolaridade demonstra a situação de vulnerabilidade social de pessoas coinfectadas com HIV/Hanseníase, considerando que a pobreza possui múltiplas dimensões, como saúde e educação, e nesta casuística implica no acesso aos serviços de saúde e diagnóstico precoce.

No que tange a ocupação, a maioria dos pacientes exercem trabalho informal no mercado de trabalho, seguido dos autônomos. De acordo com alguns estudos publicados sobre o perfil epidemiológico dos casos HIV, a maioria das pessoas que vivem com o vírus possuem baixa renda, baixa escolaridade, exercem atividades informais e sem vínculo empregatício com alta rotatividade no trabalho (BASTIANI *et al*, 2012; CUNHA; GALVÃO, 2011; COSTA; OLIVEIRA, 2013).

Em relação à hanseníase, por tratar-se de uma doença também associada às baixas condições econômicas das pessoas acometidas, é possível observar em achados na literatura que a forma autônoma e informal de trabalho também predomina nessa população. Além disso, o alto poder incapacitante pode resultar na diminuição da capacidade para o trabalho, restringindo a atuação no mercado e, conseqüentemente, gerando a necessidade dos trabalhos informais como alternativa para garantia da renda (ABRAÇADO; CUNHA, XAVIER, 2015; LOPES; RANGEL, 2014; CORREA *et al*, 2012).

A procedência dos pacientes estudados foi predominantemente da capital de Belém, onde estão localizados os maiores serviços de atendimento aos casos de HIV, CASA DIA e UREDIPE, e ainda onde se localiza o ambulatório do Núcleo de Medicina Tropical, local em que este estudo foi desenvolvido. Quanto ao tempo de início da TARV pelos pacientes coinfectados no momento da entrevista, a maioria havia iniciado há mais de cinco anos, seguida das pessoas que iniciaram entre dois e três anos. Ademais, no momento do diagnóstico do HIV a maioria das pessoas coinfectadas já havia desenvolvido a Aids, apresentando contagem de T CD4+ inferior a 350cel/mm³ e carga viral detectável.

Nesse sentido, todos os participantes foram diagnosticados com hanseníase depois do início da TARV, o que corrobora com estudos anteriores que demonstraram que embora a infecção pelo HIV tenha sido relatada por ter pouco impacto sobre a evolução da hanseníase, após a introdução da terapia antirretroviral, esse achado tem se modificado, à medida que vários estudos sobre coinfeção descrevem a hanseníase manifestando-se como síndrome de reconstituição imune (LANDAY *et al.*, 2002; LAWN; WOOD; LOCKWOOD, 2003; VISCO-COMANDINI *et al.*, 2004; COUPPIE *et al.*, 2004; KHARKAR *et al.*, 2007; MARTINIUK *et al.*, 2007; TRINDADE *et al.*, 2006; BATISTA *et al.*, 2008; DEPS *et al.*, 2008; MENEZES *et al.*, 2009; TALHARI *et al.*, 2010; DEPS *et al.*, 2013; PIRES *et al*, 2015).

As formas clínicas mais predominantes na população variaram entre a forma dimorfa (50% dos casos) e tuberculóide (45%), com 50% dos pacientes classificados como paucibacilares e 50% como multibacilares. Em estudos relacionados à epidemiologia de serviços, assim como no boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, tem-se observado a predominância de casos multibacilares de hanseníase tanto no Brasil, com no estado do Pará (BRASIL, 2014a; QUEIROZ *et al*, 2015; CORREA *et al*, 2012). Sabe-se que este achado está relacionado ao diagnóstico tardio da doença, mas nessa casuísta também pode estar associada ao perfil de atendimento do serviço, uma vez que o ambulatório do NMT é uma referência especializada para casos de dermatologia tropical em todo estado do Pará, aonde chegam os casos mais complexos.

Em geral, em estudos publicados sobre a coinfeção HIV/Hanseníase, há um predomínio de casos paucibacilares, pois a maioria trata-se de casos com poucas lesões clínicas aparentes. Com isso, alguns dos pacientes que apresentavam um quadro assintomático da hanseníase descobriram que eram coinfectados pelo *M. leprae* ao iniciar o tratamento antirretroviral. (BATISTA *et al.*, 2008; USTIANOWSKI; LAWN; LOKWOOD, 2006; XAVIER, 2009; PIRES *et al.*, 2015).

Em relação às reações hansênicas, a maioria dos participantes não apresentou episódios reacionais durante o tratamento de MH, apenas seis pacientes evoluíram para quadro reacional, destes a maioria reação do tipo I. Não obstante, tem-se observado nos estudos sobre a coinfeção, que há uma alta frequência de estados reacionais tipo I. (XAVIER, 2009; TALHARI *et al.*, 2010; CORREA *et al.*, 2012; SARNO *et al.*, 2008).

Pelas respostas dadas no momento das entrevistas, os serviços de saúde procurados pelos participantes ao sentirem os sinais e sintomas associados ao HIV foram os hospitais, UBS, UPA, CTA, HEMOPA e Instituto Evandro Chagas (IEC). Nesse sentido, foi possível observar que todos os pacientes que acessaram estes serviços foram atendidos com algum sinal ou sintoma de imunodeficiência, achado que sugere um diagnóstico tardio do HIV na população estudada, associada a contagem de T CD4+ menor que 350cel/mm³ identificada na população de estudo.

Sabe-se que nos últimos anos o Brasil vem investindo na política de descentralização da Aids, no âmbito do SUS, como estratégia de combate as elevadas taxas de incidência da doença e ampliação do acesso. O país conta com um sistema de saúde orientado pela descentralização e também com um dos maiores programas de HIV/Aids entre os países em desenvolvimento. Desde o ano 2000, quando houve as primeiras iniciativas de descentralização, o Brasil tem recebido diversos investimentos a partir de metas, acordos e financiamentos para garantir a manutenção das atividades do programa (FONSECA *et al.*, 2007; GRANGEIRO; ESCUDER; CASTILHO, 2011).

Nesse sentido, a descentralização do diagnóstico do HIV para os diversos serviços de saúde por meio dos testes rápidos tem garantido a ampliação do acesso e às ações de prevenção a uma população que passa a ter a possibilidade de acessar o diagnóstico em um serviço próximo de sua residência. Por outro lado, Zambenedetti e Silva (2015) relataram que têm sido identificados alguns tensionamentos na relação com a dimensão do estigma e da sexualidade, dificultando ou constringendo o acesso à unidade de saúde.

Na casuísta estudada, foi possível observar ainda que, apesar do número reduzido de participantes, um achado importante trata-se do relato dos pacientes em relação à procura

pelos mais diversos serviços de saúde em busca de assistência e diagnóstico do HIV. Apesar da descentralização da testagem está sendo garantida desde 2012 no âmbito da atenção pré-natal pelo Ministério da Saúde, alguns serviços, como hospitais, ainda realizam o diagnóstico do vírus tardiamente.

Corroborando com Gomes e Pinheiro (2005), cabe salientar que, dentre as políticas de saúde, a que mais se aproxima do princípio de “horizontalização” de acesso proposto pelo SUS é a política nacional de HIV/Aids, pois o atendimento abrange os vários níveis de atenção em saúde. Portanto, faz-se necessário o fortalecimento dos serviços de saúde quanto ao diagnóstico do HIV, considerando a política de descentralização da assistência, a importância do acolhimento resolutivo e a epidemiologia da doença na região.

No que tange a procura pela assistência em saúde a partir do aparecimento dos primeiros sinais e sintomas da hanseníase, a maioria dos pacientes coinfectados procurou, primeiramente, o serviço de atendimento especializado no qual realiza o tratamento para o HIV/Aids, nesta casuísta, são estes: CASA DIA, UREDIPE e SAE Ananindeua. Como mencionado anteriormente, todos os participantes que integram este estudo já realizavam a terapia antirretroviral, nesse contexto, foi possível observar que a maioria dos pacientes que vive com HIV, independente do quadro clínico, acessa primeiramente os SAE e este serviço é responsável pelo encaminhamento e regulação dos usuários na rede SUS, de acordo com as suas necessidades de saúde. Para Starfield (2002), quando os usuários procuram diretamente atendimento em unidades da atenção secundária é sinal de que a atenção ao primeiro contato nos serviços de APS não está bem desenvolvida.

Em estudo realizado por Palácio, Figueiredo e Souza (2012) sobre o manejo do cuidado em saúde na perspectiva do usuário com HIV, foi demonstrado que a escolha do local para realizarem o cuidado em saúde se dá de acordo com as facilidades de acesso próprio de cada um, não necessariamente sendo a distância entre seu domicílio e o serviço um critério determinante destas facilidades. Além disso, no mesmo estudo, foi identificada a crença na autonomia dos usuários para a escolha do local de atendimento, o que de certa forma contraria a organização da rede de serviços.

No que se refere ao tempo entre o primeiro atendimento no serviço de atendimento especializado em HIV/Aids e o diagnóstico de hanseníase no ambulatório do NMT, observa-se que os pacientes encaminhados pela UBS demandaram maior tempo de espera para conclusão do diagnóstico. De acordo com o fluxo de atendimento do ambulatório do NMT aos casos de MH, os pacientes com suspeita da doença encaminhados dos diversos serviços de saúde são agendados para atendimento semanal com equipe multiprofissional. Sabe-se que o

diagnóstico da hanseníase é essencialmente clínico, todavia, eventualmente faz-se necessária a realização de exames complementares para conclusão do caso.

Quanto aos serviços de saúde utilizados pelos pacientes coinfetados com HIV/Hanseníase, a maioria dos participantes relatou que não utiliza e/ou possui qualquer vínculo com a APS do município. Como mencionado anteriormente, este achado corrobora com outros estudos desenvolvidos, nos quais evidenciam que as pessoas que vivem com HIV/Aids buscam preferencialmente o serviço especializado, à medida que estes serviços garantem a integralidade na atenção em saúde, interferindo negativamente na rede de serviços do município (PALÁCIO; FIGUEIREDO; SOUZA, 2012; NASCIMENTO, 2014).

A incoerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde, praticado hegemonicamente, constitui o problema fundamental do SUS e, para ser superado, envolve a implantação das redes de atenção à saúde (RAS), conforme Mendes (2012). Na Portaria Ministerial nº 4.279, que estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção a Saúde no âmbito do SUS, a RAS é definida:

Como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado [...] o objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010c, p.4).

Nesse contexto, a APS surge como estratégia de organização do sistema de atenção à medida que reordena todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a APS como parte e coordenadora de uma RAS. Para isso, seus atributos essenciais e derivados devem ser operacionalizados com qualidade. Entende-se por atributos essenciais o acesso (primeiro contato), longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção; e os derivados: focalização na família, orientação comunitária e competência cultural. Da mesma forma, uma APS como estratégia só existirá se ela cumprir suas três funções essenciais: a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização (MENDES, 2002; STARFIELD, 2002).

Sendo assim, diante da mudança no panorama do manejo da infecção pelo HIV, um novo modelo de atenção vem-se estabelecendo em municípios brasileiros na perspectiva de fortalecimento das ações controle do HIV/Aids na APS, preconizados pelo Ministério da

Saúde. Esse novo modelo apresenta uma evolução dos modelos de atenção centrados em serviços especializados para modelos matriciados, dinâmicos, em que diferentes pontos de atenção participam da linha de cuidado ao HIV/Aids, formando uma rede integrada e articulada (BRASIL, 2015c).

Nesse modelo de atenção os serviços especializados continuam sendo fundamentais, mas a linha de cuidado envolve outros serviços de saúde, em especial da Atenção Básica, com o suporte dos SAE. Outros pontos também são importantes, como os serviços de atenção domiciliar e equipes de consultório na rua, quando indicado, para compor a rede de atenção (BRASIL, 2015c). Entretanto, apesar da iniciativa do governo ainda é possível observar dificuldades de acesso aos serviços de atenção primária, embora possam estar mais próximos do local de moradia dos usuários, a medida a maioria que destes serviços não estão preparados para atender a população que vive com HIV/Aids, contribuindo para a busca pelos serviços de média e alta complexidade (NASCIMENTO, 2014; SALA; LUPPI; SIMOES; MARSIGLIA, 2011; NOBREGA *et al*, 2013).

Na perspectiva da hanseníase, alguns estudos de avaliação dos atributos da APS tem demonstrado que existem fragilidades quanto ao acesso, orientação comunitária e a orientação profissional (VIEIRA, 2015; PIERI, 2013; LANZA, 2014). Sobretudo, evidencia a necessidade de fortalecimento da APS, no sentido de torna-la principal porta de entrada para os doentes de hanseníase, garantindo desta forma acesso numa perspectiva ampliada. Além disso, corroborando com Pieri (2013), a Atenção Primária deve ocupar papel central nos sistemas de saúde para coordenação das ações do cuidado e integralidade das ações em saúde.

Destaca-se, ainda, uma escassez de estudos sobre a atenção em saúde aos casos de coinfeção HIV/Hanseníase, à medida que na literatura a avaliação de serviços de saúde relacionados ao tema é direcionada ou aos casos de HIV/Aids ou aos casos de hanseníase, não havendo associação aos casos de coinfeção.

Neste estudo, apesar de ter sido demonstrado que a maioria dos pacientes coinfectados com HIV/Hanseníase não possuem vínculo com a APS, recebendo um cuidado de forma fragmentada, que varia de acordo com a sua necessidade em saúde, foi observado que tanto nos serviços especializados no tratamento do HIV/Aids, como no ambulatório do NMT, os profissionais acompanham e se articulam com os demais serviços frequentados pelos usuários. Os encaminhamentos e referências têm sido realizados, na maioria das vezes, de forma responsável e orientando os pacientes sobre a procura dos serviços, assim como a reconciliação medicamentosa.

Para Starfield (2002), os desafios para a coordenação do cuidado quando o paciente está sob atenção especializada de longa duração decorrem dos compromissos potenciais em relação à longitudinalidade da atenção. Ou seja, quando a maior parte da atenção está centrada no manejo de uma doença específica, deve haver um mecanismo para assegurar que a atenção necessária não relacionada àquela doença (como os serviços preventivos indicados) seja prestada.

Além disso, foi observado um desconhecimento dos participantes quanto aos serviços de saúde que poderiam ter acesso ao sentir os primeiros sinais e sintomas, tanto relacionado ao HIV quanto da hanseníase. É importante considerar que algumas condições de desigualdades identificadas nessa população, como escolaridade e renda, podem estar relacionadas à busca por atendimento e, conseqüentemente, ao desconhecimento sobre a rede de atenção a saúde do município.

No fluxograma de assistência aos usuários de coinfeção HIV/Hanseníase, foi demonstrada que a porta de entrada preferencial pelas pessoas que vivem com HIV tem sido os serviços de saúde especializados. No que se compara ao fluxo preconizado pelo Ministério da Saúde aos casos suspeitos de hanseníase, recomenda-se que o primeiro acesso deve ser na atenção primária à saúde e, ainda recomenda, encaminhar os usuários para atenção especializada apenas em casos de esquemas substitutivos, recidivas, reações ao tratamento, reação hansênica, reabilitação e dúvidas quanto ao diagnóstico e conduta, garantindo a contrarreferência a APS (BRASIL, 2016).

Dessa forma, o acesso aos serviços de saúde pelos pacientes coinfectados estudados apontou para uma porta de entrada fortemente orientada para os serviços de atenção especializada e uma desvinculação com a APS. Este dado também pode estar relacionado à insegurança dos profissionais de saúde da APS no manejo clínico de casos de coinfeção, falta de qualificação destes profissionais para acompanhamento dos casos e ainda a cobertura insuficiente de equipes de saúde da família no município para atender toda demanda. Além disso, o encaminhamento para os serviços especializados, muitas das vezes, transferem a responsabilidade pelo acompanhamento do usuário e conseqüentemente desvincula este usuário da APS.

De acordo com Palácio, Figueiredo e Souza (2012), a fragmentação dos níveis de atenção em saúde parece contribuir para a formação de uma percepção também fragmentada do cuidado e do próprio adoecimento, associada ainda a impossibilidade de fazer escolhas na rede de serviços. Neste sentido, persevera a compreensão de que em cada serviço é oferecido o tratamento específico para cada patologia, justificando a divisão dos serviços focada no

acesso ao cuidado de uma doença específica. Contudo, a compreensão de que a atenção é mais adequada onde a pessoa possa ter os cuidados mais específicos, reflete a ineficiência de um sistema de referência e contrarreferência entre serviços, reiterando a ideia de que o usuário acaba sendo o protagonista das falhas de integralidade das ações de saúde.

É importante ressaltar que, corroborando com Lemões *et al.* (2013), existem algumas fragilidades e deficiências no âmbito da organização da regulação assistencial articulada a APS, comprometendo a resolutividade de sua demanda e a resolução dos casos de forma eficiente. Nesse sentido, é comum que muito profissionais de saúde, para garantir o acesso aos serviços, regulem informalmente os usuários entre os diversos níveis de atenção como estratégia de manutenção da prestação de serviços, evidenciando a fragilidade do sistema regulatório.

Ainda nesse sentido, há a compreensão de que o serviço especializado encerra em si todos os recursos para o suprimento das necessidades em saúde, independente do nível de complexidade, e a maior facilidade de integração do das ações de saúde ocorre quando apenas um serviço é capaz de suprir suas necessidades no cuidado em saúde, dificultando assim uma apreensão da existência de uma rede de serviços que poderia também ser utilizada como recurso (PALÁCIO; FIGUEIREDO; SOUZA, 2012).

Essa dificuldade de acesso e articulação entre APS e serviços especializados identificada na atenção em saúde aos casos de coinfeção HIV/Hanseníase, corroborando com Oliveira e Pereira (2013), demonstra o grande desafio para qualificação da atenção básica, da coordenação do cuidado e a organização dos pontos de atenção especializados integrados, intercomunicantes, capazes de assegurar que a linha do cuidado integral seja plenamente articulada com a APS e que forneça aos usuários do SUS respostas adequadas as suas necessidades.

Na interpretação das evocações expressadas pela população de estudo diante do estímulo HIV, hanseníase e qualidade do cuidado prestado, foi possível observar uma riqueza de dados cuja interpretação e análise emergiram algumas categorias. Em relação ao estímulo *HIV*, a categoria *atitudes e sentimentos sobre a doença* abordou algumas manifestações de sentimentos oriundos dos participantes frente ao diagnóstico do vírus HIV.

Nesta categoria, destacam-se os termos *morte, tristeza, medo, indignação, sofrimento e depressão* como os mais frequentemente evocados pelos participantes, numa dimensão negativa sobre a doença, e que revela o temor e uma concepção estigmatizada das pessoas diante da Aids. Desse modo, o fenômeno social e histórico da Aids gerou diversas dúvidas, sentimentos e preconceitos que influenciaram o imaginário social e propiciaram concepções

negativas acerca da doença estigmatizando-a e ocasionando o comprometimento da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids (CARVALHO; PAES, 2011).

De acordo com Gomes, Silva e Oliveira (2011), as representações sociais da Aids para pessoas que convivem com HIV têm revelado uma associação ao medo da morte, medo da rejeição, depressão, falta de esperança, choro, dentre outros sentimentos. O enfrentamento cotidiano desses sujeitos mostra uma relação com o medo da morte imediata que vai sendo, parcialmente, superado pela busca de conhecimentos após a revelação do diagnóstico, e ainda deve proporcionar esclarecimentos sobre *dúvida* e *preocupação* acerca da doença.

No que concerne às palavras *esperança*, *fé* e *tratamento*, há uma conotação positiva nas evocações e uma perspectiva de conhecimento relacionado à possibilidade de convívio com a doença. Nota-se, então, a importância da intervenção dos profissionais que atuam no processo de educação em saúde, promovendo orientação não só aos afetados pela epidemia, mas a toda população de forma geral, seja no processo de prevenção, promoção e recuperação da saúde, como no apoio psicológico e demais suportes necessários, salientando o empenho em desmistificar a temática do HIV/Aids (CARVALHO; PAES, 2011).

Quanto ao estímulo *hanseníase*, emergiram duas categorias a partir das falas dos participantes, na primeira, *atitudes e sentimentos sobre o diagnóstico da doença*, os termos *preocupação* e *tristeza* obtiveram a maior frequência nas evocações. Sabe-se que estes pacientes, em geral, já possuem uma representação negativa referente ao diagnóstico do HIV/Aids, que é reforçada a partir do diagnóstico de MH e ainda aumenta o *medo*, *as dúvidas* e *a gravidade* relacionada à coinfeção.

Segundo Baialardi (2007), a hanseníase deixa profundas cicatrizes no ser humano, o estigma permanece em seu corpo, em sua mente e em sua alma. A vida dos portadores de hanseníase sofre grandes transformações devido às perdas que vão se efetivando ao longo dos anos. As mudanças ocorridas no corpo, a rejeição e o abandono da família, dos amigos, a perda do emprego, do padrão de vida e da sua saúde em geral, pelos intermináveis tratamentos a que são submetidos, são situações que são trazidas pela doença e passam a fazer parte do seu cotidiano. O doente de hanseníase necessita resgatar seus vínculos e valores, recuperar sua autoestima, compartilhar sentimentos e relacionar-se para integrar-se ao mundo real.

Muitas reações ou comportamentos são percebidos no momento do diagnóstico de hanseníase, como as de surpresa, medo, ansiedade, desespero, tristeza, raiva e vergonha, conforme relatados em estudos com pessoas acometidos pela doença (MARINHO *et al.*, 2014; SILVEIRA; SILVA, 2006). Nesse sentido, a compreensão de sentimentos que envolvem os portadores de hanseníase é complexo, principalmente associada a uma doença

incurável e estigmatizada como a Aids, considerando as questões psicossociais desta população.

Na segunda categoria relacionada ao estímulo da hanseníase, *aspectos relacionados ao enfrentamento da doença*, foram possíveis observar que os termos *cura*, *tratamento*, *medicação* e *batalha* foram os mais frequentes nas falas, relacionado à preocupação em realizar o tratamento e obter a cura. Apesar de ter sido considerada por muitos anos como uma doença incurável e incapacitante em diversas sociedades e culturas, foi possível observar que a maioria dos participantes compreendem os avanços no tratamento da doença e a cura possível.

Corroborando com Bittencourt *et al.* (2010), a tentativa de reduzir o estigma, trocando o nome de lepra para hanseníase, foi positiva para as medidas de controle, porém, à medida que a doença vem perdendo as prerrogativas de atendimento especializado, ela tem sido considerada com outras doenças e integrada à demanda geral. Encontrou-se dificuldade em realizar comparações dos resultados com a literatura, em vista da escassez de estudos relacionados aos sentimentos e percepções de pessoas coinfetados com HIV/Hanseníase.

Sobre o estímulo *qualidade do cuidado em saúde*, foi possível construir duas categorias a partir das palavras evocadas. Na primeira, *sentimentos sobre as ações de saúde*, os termos *satisfação*, *gratidão*, *excelente* e *bom* foram os mais frequentes entre os entrevistados e, além destes, *resolutividade*, *clareza* e *acolhimento* também merecem destaque no estudo. Nesse sentido, apesar da fragmentação das ações em saúde entre os diversos níveis de atenção observada nos casos de coinfeção HIV/Hanseníase, foi possível identificar que a maioria dos participantes demonstrou sentimentos positivos relacionados aos serviços especializados que frequentam.

É reconhecido na literatura que a produção da saúde demanda o estabelecimento de relações de intersubjetividade entre profissionais e usuários, abrindo-se a possibilidade de aproximação ao mundo da vida dos pacientes, portanto ao seu modo de adoecer e morrer (VAN STRALEN *et al.*, 2008). Além disso, Tomaleri *et al.* (2013) demonstra que muitas vezes fatores como gratidão, o receio de perder o acesso ao tratamento e o contato com os profissionais faz com que os pacientes não avaliem criticamente o serviço.

Na maioria dos casos, apesar da assistência em saúde não ser oferecida em local próximo da sua residência, o que gera gastos com deslocamento, o vínculo com a equipe e a facilidade de ser atendimento por uma equipe multiprofissional favorecem a satisfação dos usuários quanto ao serviço prestado, independente da organização da rede de saúde do município.

É importante ressaltar ainda que a avaliação baseou-se na percepção do usuário, levando em consideração suas experiências e subjetividades. Por um lado, a avaliação positiva dos serviços pode estar referindo realmente à boa qualidade do atendimento prestado. Por outro lado, está traduzindo a “qualidade percebida”, no que podem pesar as baixas expectativas de um usuário quanto aos serviços públicos. Naturalmente, a especificidade dos serviços e das equipes confere uma qualidade ao atendimento, no qual resolutividade e acolhimento ao usuário podem ser apontados como pontos positivos nestes serviços, aspectos que na rede pública, em geral, são deficientes (ALVES; COURA-FILHO, 2001; BOSI; UCHIMURA, 2007).

A partir do discurso dos participantes acerca dos sentimentos relacionados ao diagnóstico da coinfeção HIV/Hanseníase, algumas mudanças no cotidiano relatadas estão relacionadas à incapacidade para o trabalho após o diagnóstico das doenças. As pessoas acometidas com a hanseníase, independente da coinfeção, ainda sofrem com sequelas e deformidades físicas surgidas com a progressão da doença, principalmente em decorrência do diagnóstico tardio, que implica em dificuldades significativas na execução de seus afazeres do cotidiano (SANGI *et al.*, 2009).

Em um estudo realizado por Corrêa *et al.* (2014) sobre a associação entre os sintomas depressivos e o trabalho em pessoas acometidas pela hanseníase, revelou que o sintoma “dificuldade no trabalho” pode estar associado a fadiga (sensação de perda de energia), por não conseguir desempenhar suas atividades como gostariam. Tais sintomas podem ser ocasionados pelas próprias limitações físicas da doença.

As incapacidades físicas decorrentes do diagnóstico tardio da hanseníase associadas à infecção pelo vírus HIV podem potencializar as limitações físicas para o desenvolvimento das atividades cotidianas de pessoas coinfectadas, conforme relato de E7. Também foi possível identificar que muitos usuários não são contemplados com benefícios do governo, com isso têm dificuldades em conseguir emprego, desenvolvendo atividades autônomas para garantir a renda, relatado por E19.

Cabe lembrar que os processos de estigmatização de doenças como Aids e hanseníase, não se restringem à atribuição de qualidades morais negativas as pessoas acometidas. O estigma opera, igualmente, na redução do acesso aos serviços e cuidados em saúde, às informações e recursos sobre saúde e à possibilidade de usufruir da vida de modo pleno e com dignidade (GULLLIFORD; FIGUEIROA-MUNOZ; MORGAN, 2013).

Os cuidados com a saúde a partir do diagnóstico das duas doenças também foi observado nos relatos dos participantes, a exemplo dos discursos E3, E4, E6, E9 e E11. Como

os usuários diagnosticados com hanseníase na população estudada já haviam iniciado a terapia antirretroviral, em decorrência do diagnóstico do HIV, espera-se que estas pessoas valorizem a importância do autocuidado relacionado à coinfeção.

Segundo Silva, Moura e Pereira (2013), o diagnóstico sorológico positivo para o HIV acarreta mudança de hábitos com vistas à melhor qualidade de vida, para que possam conviver e superar os prejuízos causados pela infecção. No entanto, dentre as mudanças importantes, como evitar drogas, bebidas, relações sexuais desprotegidas, entre outras, existem aquelas relacionadas ao isolamento social e lazer. É fundamental para as pessoas que convivem com o HIV a compreensão da qualidade de vida, tendo em vista a cronicidade da doença e a possibilidade de maior sobrevivência. Além disso, o convívio com uma doença estigmatizante, incurável e com várias consequências biopsicossociais pode influenciar nos hábitos saudáveis de vida (GASPAR, 2011).

Em relação à autoestima e os sentimentos associados às doenças, observou-se que alguns participantes mostraram atitude de negação sobre o diagnóstico, o que resultou em discursos de depressão e diminuição da autoestima, conforme relatos de *E1*, *E16* e *E18*. De acordo com Oliveira e Monteiro (2004), a autoimagem interfere nos relacionamentos interpessoais devido ao sentimento de estranhamento relacionado ao próprio corpo, ocasionado isolamento, vergonha, medo da rejeição e dificuldade de aceitação da nova imagem corporal.

Ao descobrir o diagnóstico do HIV, de acordo com Carvalho e Paes (2011), o indivíduo geralmente apresenta manifestações distintas, como por exemplo: culpabilização, autoisolamento, medo, inferiorização, não-aceitação da sua nova condição, dúvida quanto à fidelidade do exame, temor da propagação da notícia e demais reações que culminarão em mudanças significativas no estilo de vida dos atingidos. Ainda ressalta que os usuários preferem considerar o problema inexistente, buscando acreditar que não possuem o vírus, tentando se resguardar de sofrimentos provenientes, almejando qualidade de vida. Nesse sentido, a interiorização da problemática poderá causar danos à saúde, podendo levar à depressão, encaminhando ao declínio do sistema imunológico.

Embora alguns participantes tenham relatado sentimentos de depressão, tristeza e perda da autoestima, também foi possível identificar sentimentos de esperança, resiliência, cura e fé em relação à coinfeção. Nesse sentido, Silva *et al.* (2008) em um estudo sobre a análise das estratégias que mães com filhos portadores de HIV utilizam para conviverem com a doença, identificou-se que as práticas religiosas estão presentes no enfrentamento da

soropositividade para o HIV e auxiliam o indivíduo a manter o equilíbrio e a esperança de um dia alcançar a cura.

A estreita e forte interação na distribuição destas duas doenças, com a ocorrência de uma repercutindo sobre a ocorrência da outra, demanda **que haja** interação das ações de **controle** desenvolvidas pelos programas de controle da hanseníase e de HIV/Aids. Além disso, os pacientes coinfectados com HIV/Hanseníase necessitam de estímulo à adesão a ambos os tratamentos, e de estrutura capaz de resgatá-la do abandono ou do uso irregular dos medicamentos, quando necessários.

No decorrer do estudo algumas limitações foram evidenciadas, porém sem comprometer os resultados. Uma foi à amostra, visto que os participantes foram convidados a integrar o estudo à medida que compareceram ao ambulatório do NMT para atendimento de rotina, portanto, de conveniência. Outra limitação está relacionada ao instrumento de coleta de dados adaptado, visto que não há instrumentos validados para avaliação da atenção em saúde aos casos de coinfeção HIV/Hanseníase. Ademais, no estudo foram considerados apenas os casos atendimentos no NMT, para pesquisas futuras talvez fosse necessário incluir casos de coinfeção de outros serviços do município, entretanto, ainda haverá a limitação relacionada às notificações que são feitas separadas e de acordo com cada doença, o que dificulta a identificação dos casos de coinfeção HIV/Hanseníase.

Como potencialidades, destaca-se a originalidade da investigação, uma vez que não se observa outros estudos de avaliação da atenção em saúde aos casos de coinfeção HIV/Hanseníase, considerando o acesso na rede de atenção à saúde, exceto de forma isolada. Além disso, os resultados do estudo demonstram uma importante ferramenta para gestores de saúde locais no que se refere à reorganização das RAS no município aos casos de coinfeção.

7. CONCLUSÕES

O presente estudo teve como proposta a avaliar a atenção em saúde ao paciente coinfetados com HIV/Hanseníase atendidos no Núcleo de Medicina Tropical/UFGA. A partir dos resultados da pesquisa, identificou-se a predominância do sexo masculino, em faixa etária economicamente ativa e a baixa condição socioeconômica na população estudada. Quanto às características clínicas relacionadas ao HIV, houve predomínio de pacientes diagnosticados com Aids, em uso de TARV. Em relação à hanseníase, houve paridade entre as forma clínicas da hanseníase e, conseqüentemente, de casos paucibacilares e multibacilares.

Verificou-se que embora haja investimento nas políticas de descentralização da Aids no âmbito do SUS, a maioria dos doentes desconhecem a rede de serviços de saúde do município, assim como os possíveis locais de atendimento para diagnóstico do HIV. Além disso, os pacientes que estão em uso de TARV nos serviços especializados se desvinculam de qualquer outro serviço de saúde, acessando primeiramente a atenção secundária para qualquer problema de saúde que possa apresentar.

De modo geral, os pacientes coinfetados com HIV/Hanseníase não frequentam e/ou possuem vínculos com APS do município, pois acessam apenas os serviços especializados, o que demonstra as fragilidades nos atributos da atenção primária em saúde no que se refere à assistência aos pacientes coinfetados. Não obstante, os serviços de saúde especializados frequentados pelos usuários, tanto relacionado ao HIV/Aids quanto a hanseníase, demonstraram manter uma articulação na integralidade das ações de saúde, restringindo-se a atenção secundária.

Pela análise do fluxograma de assistência ao usuário coinfetado com HIV/Hanseníase, de acordo com os relatos, o acesso aos serviços de saúde pelos pacientes de infecção apontou para uma porta de entrada fortemente orientada pelos serviços de atenção especializada e desvinculação com a APS. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de realizar outros estudos para identificação dos determinantes que levam os usuários a procurar por outros serviços de saúde, que não os da atenção primária.

Os resultados apresentados apontam para sentimentos sobre a HIV/Aids, oriundos do próprio usuário frente ao diagnóstico do HIV, relacionados à morte, tristeza, medo e sofrimento. Apesar da transformação do imaginário da doença a partir da possibilidade de conviver com o vírus e a diminuição do risco de morte após advento da TARV, o estigma ainda está presente, embora menor quando comparado às manifestações preconceituosas da década de 80. A medida que os pacientes de infecção já possuem representações negativas

do diagnóstico do HIV, estes sentimentos são reforçados quando diagnosticados com hanseníase.

Na perspectiva dos participantes, verificou-se que há uma satisfação em relação aos serviços especializados que frequentam, Sugere-se que esta satisfação esteja relacionada à facilidade do atendimento por equipe multiprofissional e baixa expectativa do usuário quanto aos serviços públicos, independente da organização da rede de serviços de saúde do município.

Quanto às mudanças no cotidiano frente ao diagnóstico do HIV e hanseníase, destaca-se a incapacidade para o trabalho em decorrência das limitações, sequelas e deformidades físicas resultantes da coinfeção, e a dificuldade em conseguir emprego formal para garantia da renda. Além disso, foi possível observar a mudança de hábitos com vistas a melhor qualidade de vida, tendo em vista a cronicidade do HIV/Aids.

Os resultados acenam para a necessidade de fortalecimento da APS no âmbito das políticas de HIV/Aids e de controle da hanseníase, no sentido de torna-la a principal porta de entrada para os doentes, independente da coinfeção, garantindo acesso num perspectiva ampliada de saúde. Nesse sentido, a APS não ocupa apenas o papel de porta de entrada, mas assume a responsabilidade pela coordenação do cuidado e a integralidade das ações em saúde, em conformidade com as RAS.

Conclui-se, portanto, a partir da análise do acesso e da integralidade das ações de saúde aos pacientes coinfectados, que o modelo de atenção à saúde na política de HIV/Aids, assim como das ações de controle da hanseníase, não consideram as singularidades dos usuários de coinfeção HIV/Hanseníase, uma vez que esta população acaba sendo protagonista das falhas de integralidade do das ações de saúde no âmbito do SUS. Nesse sentido, e pela carência de pesquisas nesta população, espera-se que os achados do presente estudo possam fomentar novas investigações, a fim de subsidiar a reorganização dos sistemas de saúde e assim contribuir para melhoria do acesso as pessoas coinfectadas com HIV/Hanseníase.

REFERÊNCIAS

- ABRAÇADO, M. F. S.; CUNHA, M. H. C. M.; XAVIER, M. B. Adesão ao tratamento de hanseníase em pacientes com episódios reacionais hansênicos em uma unidade de referência. **Rev Pan-Amaz Saude**, Ananindeua, v.6, n.2, jun, 2015.
- ALVES, A. M.; COURA-FILHO, P. Avaliação das ações de atenção às mulheres sob violência no espaço familiar, atendidas no Centro de Apoio à Mulher (Belo Horizonte), entre 1996 e 1998. **Ciência e saúde coletiva**, v.6, n.1, p. 243-257, 2001.
- ANDRADE, V. et al.. Prevalência de HIV-1 em pacientes de hanseníase no Rio de Janeiro. **Hansen int**, v.21, n.1, p.22-33, 1996.
- ANDRADE, V. A descentralização das atividades e a delegação das responsabilidades pela eliminação da hanseníase ao nível municipal. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 47-51, jun. 2000.
- ARANTES, C. K. et. al. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v.19, n. 2, 2010.
- ARAÚJO, O. S. A profilaxia da hanseníase e das doenças venéreas no Brasil e a atuação do Departamento Nacional de Saúde Pública. *Arquivos de Higiene*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 195-253, 1927.
- ARAÚJO, M. G. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, vol. 36, n. 3, p. 373-382, mai./jun, 2003.
- BAIALARDI, K. S. . O estigma da hanseníase: relato de experiência em grupo com pessoas portadoras. **Hansen Int**, v.32, n.1,p.27-36, 2007.
- BARTLETT, J. A. Addressing the challenges of adherence. *Journal of Acquired Immuno Deficiency Syndrome*. v.20, n.1, pS2-S10, 2002.
- BARTLETT, J. G.; GALLANT, J. E. Medical Management of HIV infection. **Health Publishing Business Group**. Baltimore, 2004.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BASKIN, G. B. et al. Pathology of dual Mycobacterium leprae and simian immunodeficiency vírus infection in rhesus monkeys. **Int J Lepr**, v.58, n.2, p.358-364, 1990.
- BASTIANI, J. A. N. et al. Pessoas que vivem com HIV/AIDS em Florianópolis/SC, Brasil: ocupação e status socioeconômico ocupacional (1986-2006). **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v.14, n.3, p.579-87, jul/sep. 2012.
- BATISTA, M. D. et al. Leprosy reversal reaction as immune reconstitution inflammatory syndrome in patients with AIDS. **Clin. Infect. Dis.** v.46, p.56-60, 2008.

BATISTA, A. M. N. Avaliação da incapacidade e limitação de atividades em Pacientes afetados pela hanseníase: uma análise do escore Salsa [monografia]. Bauru (SP): Secretaria de Estado da Saúde; 2010.

BASTOS, F. I, SZWARCOWALD, C. L. Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. **Cad Saúde Pública**, v. 16, p. 65-76, 2000.

BECHLER, R. G. Hansen versus Neisser: controvérsias científicas na ‘descoberta’ do bacilo lepra. **Hist cienc saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.815-841, jul-set. 2012.

BERTONI, R. F. et al. Perfil demográfico e socioeconômico dos portadores de HIV/AIDS do Ambulatório de Controle de DST/AIDS de São José, SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 39, n. 4, 2010.

BISCOTTO, C. R. et al. Interiorização da epidemia HIV/AIDS. **Rev Bras Med**, v. 70, n. 8/9, Ago/Set, 2013.

BITTENCOURT, L. P et al. Estigma: Percepções sociais reveladas por pessoas acometidas por hanseníase. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p.185-90, abr/jun, 2010.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 150-153, 2007.

BRITTON, W. J. LOCKWOOD, D. N. Leprosy. **Lancet**, v. 363, p.1209-1219, abr. 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. **Critérios de definição de casos de AIDS em adultos e crianças: Programa Nacional de DST e AIDS - Séries Manuais nº60**, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS - Ano XIII Número 1**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº 21. **Vigilância em Saúde. Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2. ed. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM Nº 3125, de 7 de outubro de 2010**. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. Brasília, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 594 de 29 de outubro de 2010. Brasília. 2010b.

Disponível

em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0594_29_10_2010.html>. Acesso em: 10 mai. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Aprova as Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Relatório de gestão da Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Hanseníase – CGPNCH : janeiro de 2009 a dezembro de 2010.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde do Brasil. **Boletim Epidemiológico nº 11.** Brasília: Ministério da Saúde; 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde do Brasil. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças de Eliminação. **Registro ativo: número e percentual.** Brasília, DF, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV e AIDS - Ano III Número 1.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Portal sobre Aids, doenças transmissíveis e hepatites virais. Disponível em: http://www.aids.gov.br/tipo_endereco/servico-de-assistencia-especializada-em-hiv aids. Acesso em: 23 abr. 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV e AIDS - Ano IV Número 1.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **O Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica – Manual para profissionais médicos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Notificação de Agravos – SINAN.** Brasília, DF, 2015d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM N° 3125, de 7 de outubro de 2010.** Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. Brasília, 2010a.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A., SZWARCOWALD, C. AIDS e Infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. v.34, n.2, p.207-217, 2000.

BROWNE, S. G. **Lepra na Bíblia – estigma e realidade.** São Paulo: Ed. Ultimato, 2003.

BÜHRER-SÉKULA, S. et al. Simple and Fast Lateral Flow Test for Classification of Leprosy Patients and Identification of Contacts with High Risk of Developing Leprosy. **J Clin Microbiol**, v. 41, 2003.

BYAMUNGU, D. C.; OGBEIWI, O. I. Integrating leprosy control into general health service in a war situation: the level after 5 years in Eastern Congo. *Leprosy Review*, London, v. 74, n. 1, p. 68-78, mar. 2003.

CARVALHO, C. V.; MERCHÁN-HAMANN, E; MATSUSHITA, R. Determinantes da adesão ao tratamento anti-retroviral em Brasília, DF: um estudo de caso-controle. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop**, Uberaba, v.40, n.5, 2007.

CARVALHO, C. M. L. et al. Assistência à saúde da mulher portadora de HIV/aids no Brasil: refletindo sobre as políticas públicas. **Rev Rene**. v.9, n.3, p.125-34, 2008.

CARVALHO, S. M.; PAES, G. O. A influência da estigmatização social em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Cad saúde colet**, n.19, p.157-63, 2011.

CASTANHEIRA, E. R. L. **Avaliação da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV/Aids em serviços públicos no estado de São Paulo: relações entre qualidade e organização do processo de trabalho**. 2002. Tese (Doutorado em Medicina). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo.

COHEN, O.J.; FAUCI, A.S. Current strategies in the treatment of HIV infection. **Adv. Intern. Med**. v.46,p.207–246, 2001.

CONTIN, L. A. et al. Uso do teste ML-Flow como auxiliar na classificação e tratamento da hanseníase. **An. Bras. Dermatol**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 1, p. 91-95, 2011.

COSTA, T. L.; OLIVEIRA, D. M. Qualidade de vida de pessoas com vírus da imunodeficiência humana e a interiorização: avaliação multidimensional. **Rev enferm UFPE on line**.v.7, n.10, p.5866-75, 2013.

COUPPIE, P. et al. Immune reconstitution inflammatory syndrome associated with HIV and leprosy. **Arch Dermatol**. v.140, n.8, p.997-1000, 2004.

COUPPIE, P. et al. Increased incidence of leprosy following HAART initiation: a manifestation of the immune reconstitution disease. **AIDS**. v.23, n.12, p.1599-1600, 2009.

CORREA, R. G. C. F. et al. Epidemiological, clinical and operational aspects of leprosy patients assisted at a referral servisse in the State of Maranhão, Brazil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop**, v. 45, n.1, p. 89-94, 2012.

CORRÊA, B. J. Associação entre sintomas depressivos, trabalho e grau de incapacidade na hanseníase, **Acta Fisiatr**, v.21, n.1, p.1-52014.

CUNHA, A. Z. S. Hanseníase, aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 235-242, 2002.

CUNHA, G. H.; GALVÃO, M. T. G. Contexto sociodemográfico de pacientes com HIV/aids atendidos em consulta de enfermagem. **Rev enfermagem UFPE on line**, v.5, n.3, p.713-21, 2011.

CUNHA, G. H. et al. Qualidade de vida de homens com AIDS e o modelo da determinação social da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.23, n.2, Mar/Apr, 2015.

DEPS, P. D. et al. Immune reconstitution syndrome associated with leprosy: two cases. **Int J STD AIDS**, v.19, n. 2, p.135-136, 2008.

DEPS, P. D.; LOCKWOOD, D. N.; *Leprosy occurring as immune reconstitution syndrome*. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, v.102, n.10, p.966-8, 2008.

DEPS, P. et al. Clinical and histological features and human immunodeficiency vírus co-infection in Brazil. **Clin Exp Dermatol**, v. 38, n.5, p.470-477, 2013.

FANALES-BELASIO, E. et al. HIV virology and pathogenetic mechanisms of infection: a brief overview. **Ann Ist Super Sanita**, v.46, n.1, p.5-14, 2010.

FEENSTRA, P.; VISSCHEDIJK, J. Leprosy control through general health services - revisiting the concept of integration. **Leprosy Review**, London, v. 73, n. 2, p. 111-122, jun. 2002.

FOSS, N. T. Hanseníase: aspectos clínicos, imunológicos e terapêuticos. **An. Bras. Dermatol**, Rio de Janeiro, v. 74, n. 2, p. 113-121, mar-abril. 1999.

FONSECA, E. M. et al. Descentralização, AIDS e redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.9, Sept, 2007.

FREED, J. R. et al. Oral health findings for HIV-infected adult medical patients from the HIV Cost and Services Utilization Study. **J Am Dent Assoc**. v.136, n.10, p.1396-405, 2005.

FUZIKAWA, P. L. et al. Factors which influenced the decentralisation of leprosy control activities in the municipality of Betim, Minas Gerais State, Brazil. **Lepr Rev**. v. 81, p.196-205, 2010.

GASPAR, J. Qualidade de vida de mulheres vivendo com o HIV/aids de um município do interior paulista. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.1, p.230-6, Mar, 2011.

GIL, A.C. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 4. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

GUERRA, J. G. et al. Eritema Nodoso Hansênico: Atualização Clínica e Terapêutica. In: **Anais Brasileiros de Dermatologia**, 2002.

GUERRIERO, I. C. Z. **Gênero e Vulnerabilidade ao HIV: Um estudo com homens na cidade de São Paulo**. 2001. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, USP, São Paulo, 2001.

GOULART, I.M.B.; PENNA, G.O.; CUNHA, G. Imunopatologia da hanseníase: a complexidade dos mecanismos da resposta imune do hospedeiro ao *Mycobacterium leprae*. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop**. v 35, n 4, 2002.

- GOMES, M.C.P.A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface comum**, v.17, n.9, p.287-302, 2005.
- GOMES, A. M. T.; SILVA, E. M. P.; OLIVEIRA, D. C. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. **Rev Lat Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.3, Mai/Jun, 2011.
- GORMUS, B. J. HIV infection and leprosy. **Int. J. Leprosy**, v.62, p.610-611, 1994.
- GRANGEIRO, A.; ESCUDER, M. M. L.; CASTILHO, E. A. Avaliação das estratégias do Ministério da Saúde do Brasil para estimular a resposta municipal a AIDS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.1, 2011.
- GULLIFORD, M.; FIGUEIROA-MUNOZ, J.; MORGAN, M. Meaning of access in health care. In: Gulliford M, Morgan M, editors. **Access to health care**, 2013.
- HARBOE M. The immunology of leprosy. In: **Leprosy**. R.C. Hastings (ed). New York, Churchill Livingstone, 1985.
- HUFF, A. S. Designing research for publication. Thousand Oaks, CA, Sage. 2008
- JUNQUEIRA, T. B.; OLIVEIRA, H. P. Lepra/Hanseníase – Passado – Presente. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 1, n. 2, p. 263-266, jul./dez. 2002.
- KHARKAR, V. et al. Type I lepra reaction presenting as immune reconstitution inflammatory syndrome. **Indian J Dermatol Venereol**, v. 73, n.4, p.253-256, 2007.
- KLIMAS, N.; KONERU, A. O.; FLETCHER, M. A. Overview of HIV. **Psychosomatic Medicine**, v.70, p.523-530, 2008.
- LANA, F.C.F. et al. Detecção da hanseníase e Índice de Desenvolvimento Humano dos municípios de Minas Gerais, Brasil. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 3, p. 539-544, 2009.
- LANDAY, A. L. et al. Evidence of immune reconstitution in anti-retroviral drug-experience patients with advanced HIV disease. **AIDS Res Hum Retroviruses**, v.18, n.2, p.95-102, 2002.
- LANZA, F.; LANA, F. C. F. Acesso às ações de controle da hanseníase na atenção primária à saúde em uma microrregião endêmica de Minas Gerais. **Rev APS**, v. 14, n. 3, p. 343-353, jul/set, 2011.
- LANZA, F. M. **Avaliação da atenção primária no controle da hanseníase: validação de instrumentos e análise do desempenho de municípios endêmicos do Estado de Minas Gerais**. 2014. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, UFMG, Minas Gerais, 2014.
- LANZA, F. M. et al. Avaliação da Atenção Primária no controle da hanseníase: proposta de uma ferramenta destinada aos usuários. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 6, p.1054-61, 2014.

- LAWN, S. D.; WOOD, C.; LOCKWOOD, D. N. Boderline tuberculoide leprosy: na imune reconstitution phenomenon in a human immunodeficiency vírus-infected person. *Clin Infect Dis*, v.18, n.1, 2003.
- LEÃO, R. N. Q. et al. Medicina Tropical e Infectologia na Amazônia: AIDS. In: LEÃO, R. N. Q. L. (Org.) Belém: Samauma, 2013. p.391-480.
- LEMÕES, M. A. M. Caracterização das ações de regulação assistencial articulada à Atenção Primária à Saúde em municípios do Sul e Nordeste do Brasil: 2001 a 2004. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.22, n.4, 2013.
- LEVI, J. A. HIV pathogenesis: 25 years os progress and persistent challenges. *AIDS*. v.23, n.2, p.147-60, 2009.
- LEWTHWAITE, P.; WILKINGS, E. Natural history of HIV/AIDS. *Medicine*. v.37, n.7, p. 333-7, 2009.
- LIENHARDT, C. et al. Effect of HIV infection on leprosy: a three years survey in Bakamo, Mali. **Int J Leprosy**, v.64, p.383-391, 1996.
- LIMA, L. S. et al. Caracterização clínica-epidemiológica dos patients diagnosticados com hanseníase no município de Caxias, MA. **Rev Bras Med Clin**, v.7, p.74-83, 2009.
- LOCKWOOD, D. N.; SHETTY, V.; PENNA, G. O. Hazards of setting targets to eliminate disease: lessons from the leprosy elimination campaign. **BMJ.**, 2014.
- LOPES, V. A. S.; RANGEL, E. M. Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.103, Oct./Dec, 2014.
- LOUREIRO, V. B. et al. Evolução da Moléstia de Hansen (MH) em onze doentes com HIV+ e AIDS. **Rev Med**, São Paulo, v.87, n.1, p.66-75, 2008.
- MACHADO, P. et al. Leprosy HIV Infection Bahia, Brazil. **Int J Lepr Other Mycobact Dis**, v.66, p.227-229, 1998.
- MARINHO, F. D. et al. Percepções e sentimentos diante do diagnóstico, preconceito e participação social de pessoas acometidas pela hanseníase. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v.21, n.4, p.46-52, 2014.
- MARTELLI, C. M. T.; PENNA, G. O.; PENNA, M. L. F. Hanseníase: Epidemiologia e Vigilância da Hanseníase. In: TALHARI, S.; PENNA, G. O.; GONÇALVES, H. S.; OLIVEIRA, M. L. W. (Org.) Manaus: Dilivros, p.7-16, 2015.
- MARTINS, S. S., MARTINS, T. S. S. Adesão ao tratamento antirretroviral: vivências de escolares. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.20, n.1, p.111-8, Jan-Mar, 2011.
- MARTINS, T. A. et al. Cenário Epidemiológico da Infecção pelo HIV e AIDS no Mundo. **Rev. Fisioter S Fun**. v.3, n.1, p.4-7, jan-jun, 2014.

MARTINIUK, F. et al. Leprosy as immune reconstitution inflammatory syndrome in HIV-positive persons. **Emerg Infect Dis**, v.13, n.9, p.1438-1440, 2007.

MARQUES JUNIOR, J. S, GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. Masculinidade hegemônica, vulnerabilidade e prevenção ao HIV/AIDS. **Cienc Saude Coletiva**. v. 17, n.2, p.511-20, 2012.

MAURANO, F. **Tratado de leprologia**. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Lepra, 1950.

MELLO, R. S.; POPOASKI, M. C. P.; NUNES, D.H. Perfil dos pacientes portadores de Hanseníase na Região Sul do Estado de Santa Catarina no período de 01 de janeiro de 1999 a 31 de dezembro de 2003. **ACM Arq Catarin Med**, v. 35, n. 1, p. 29-36, 2006.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana, 2012.

MENEZES, V. M. et al. Leprosy reaction as a manifestation of immune reconstitution inflammatory syndrome: a case series os a Brazilian cohort. **AIDS**, v.23, n.6, p.641-643, 2009.

NAASF, B. Hanseníase e HIV: uma análise. **Hansen Int**, v.25, p.60-66, 2000.

NAASF, B. Algumas observações realizadas em 2003. **Hansen Int**, v.29, n.1, p.51-54, 2004.

NASCIMENTO, L. **Avaliação da atenção primária a saúde das crianças e dos adolescentes vivendo com HIV/AIDS de Santa Maria/RS/BR**. 2014. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2014.

NEMES, M. I. B. et al. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. **Cad Saúde Pública**. v.20, n.2, p.310-21, 2004.

NÓBREGA, V. M. et al. Atenção à criança com doença crônica na Estratégia Saúde da Família. **Cogitare Enferm**, v. 18, n. 1, p.57- 63, 2013.

OLIVEIRA, M. M.; MONTEIRO, A. R. M. Mulheres mastectomizadas: ressignificação da existência. **Texto Contexto Enferm**, v. 13, n.3, p.401-8, Jul-Set, 2004.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. especial, p. 158-64, sep. 2013.

OLIVEIRA, J. C. F.; LEÃO, A. M. M.; BRITTO, F. V. S. Análise do perfil epidemiológico da hanseníase em Maricá, Rio de Janeiro: uma contribuição da enfermagem. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.815-21, nov/dez, 2014.

OLIVEIRA, F. B. M. et al. Qualidade de vida e fatores associados em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Acta paul. Enferm**, São Paulo, v.28, n.6, nov/dec. 2015.

OPROMOLLA, D. V. A. **Noções de hansenologia**. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 1981.

OPROMOLLA, D. V. A.; TONELLO, C. J. S.; FLEURY, R. N. Hanseníase dimorfa e infecção pelo HIV. **Hansen int**, V.25, N.1, p.54-9, 2000.

OPROMOLLA, D. V. A. **Atlas de Hanseníase**. Bauru: Instituto Lauro de Souza Lima, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). The final push towards elimination of leprosy: strategic plan 2000- 2005. Genebra, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Estratégia Global para Maior Redução da Carga da Hanseníase e Sustentação das Atividades de Controle da Hanseníase: 2006-2010. WHO/CDS/CPE/CEE. Genebra, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE . Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Hanseníase: Período do plano: 2011-2015. Genebra, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Estratégia mundial de eliminação da lepra 2016-2020: Acelerar a ação para um mundo sem lepra. Genebra, 2016.

PALÁCIOS, V. R. C. M.; DIAS, R. S.; NEVES, D. C. O. Estudo da Situação de Hanseníase no Estado do Pará. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, v. 24, n. 2, abril./junho, 2010.

PALÁCIO, M. B.; FIGUEIREDO, M. A. C.; SOUZA, L.B. O Cuidado em HIV/AIDS e a Atenção Primária em Saúde: Possibilidades de Integração da Assistência. **Psico**, Porto Alegre, v. 43, n. 3, p.350-67, 2012.

PAKFETRAT, A. et al. Oral manifestations of human immunodeficiency virus-infected patients. **Iran J Otorhinolaryngol**. v.78, n.27, p.43-54, 2015.

PENNA, G. O. et al. Hanseníase: Reações Hansênicas. In: TALHARI, S.; PENNA, G. O.; GONÇALVES, H. S.; OLIVEIRA, M. L. W. (Org.) Manaus: Dilivros, p.45-60. 2015.

PENNA, M. L.; PENNA, G. O. Leprosy frequency in the world, 1999-2010. **Mem Inst Oswaldo Cruz**, v. 107, p. 3-12, 2012.

PENELUPPI, L. S. et al. Perfil Epidemiológico da Hanseníase em uma Cidade do Sul de Minas Gerais no Período de Nove Anos: Estudo Retrospectivo. **Revista Ciências em Saúde**, v.5, n.4, 2015.

PEREIRA, A. J.; NICHATA, L. Y. I. A sociedade civil contra a AIDS: demandas coletivas e políticas públicas. **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 16, p.3249-57, 2011.

PETERSEN, M. et al. HIV/AIDS in Brazil. In: Beck E. The HIV pandemic: local and global implications. Oxford: Oxford University Press, 2006.

PIERI, F. M. **Atenção aos doentes de hanseníase no sistema de saúde de Londrina, PR.** 2013. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFMG, Minas Gerais, 2015.

PIRES, C. A. A. et al. Leprosy Reactions in Patients Coinfected with HIV: Clinical Aspects and Outcomes in Two Comparative Cohorts in the Amazon Region, Brazil. **PLoS Neglected Tropical Diseases (Online)**, v.9, 2015.

PONNIGHAUS, J.M., et al. Is HIV infection a risk factor for leprosy? **The International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases**, v.59, p.221-228, 1991.

QUEIROZ, M. S.; PUNTEL, M, A. A endemia hanseníase: uma perspectiva multidisciplinar . Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.

QUEIROZ, T. A. et al. Perfil clínico e epidemiológico de pacientes em reação hanseníase. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.36, 2015.

RICHARDUS, J. H.; HABBEMA, D. F. The impact of leprosy control on the transmission of *M. leprae*: is elimination being attained? **Leprosy Review**, London, v. 78, n. 4, p. 330-337, dec. 2007.

RIDLEY, D. S.; JOPLING, W. H. Classification of leprosy according to immunity: a five-group system. **Int J Lepr**, n. 34, p. 255-73, 1966.

RODRIGUES-JÚNIOR, A. L.; CASTILHO, E. A. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v.37, n.4, p.312-317, jul-ago, 2004.

RODRIGUES, L. C.; LOCKWOOD, D. N. Leprosy now: epidemiology, progress, challenges, and research gaps. **Lancet Infect Dis**, v. 11, n.6, p.464-70, 2011.

SALA, A. et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saúde Soc**, v. 20, n.4, p.948-60. 2011.

SANGI, K. C. C. et al. Hanseníase e estado reacional: história de vida de pessoas acometidas. **Rev enferm UERJ**, v.17, p.209-14, 2009.

SANTOS, N. J. S. et al. A aids no estado de São Paulo. As mudanças no perfil da epidemia e perspectiva da vigilância epidemiológica. **Revista brasileira de epidemiologia**, v.5, n.2, p.286-310, 2002.

SANTOS, A. S.; CASTRO, D. S.; FALQUETO, A. Fatores de Riscos parágrafo Transmissão de Hanseníase. **Rev Bras Enferm**, v.61, p.738-743, 2008.

SARNO, E. N. et al. HIV-M leprae interaction: can HAART modify the course of leprosy? **Public Health Rev**, v. 123, n. 2, p.206-212, 2008.

SAMPAIO, S. A. P.; RIVITTI, E. A. **Dermatologia**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2007.

SANTOS, L. A. C; FARIA, L; MENEZES, R. F. Contrapontos da história da hanseníase no Brasil: cenários de estigma e confinamento. **Revista Brasileira de Estudos Populacional**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 167-190, jun, 2008.

SCHUELTER-TREVISOL, F. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV atendidos no sul do Estado de Santa Catarina, Brasil, em 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.22, n.1, mar, 2013.

SCHAURICH, D.; COELHO, D. F.; MOTTA, M. G. C. A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da AIDS após os anti-retrovirais. **Rev Enferm UERJ**. Rio de Janeiro, v.14, p.455-62, 2006.

SEKAR, B. et al. Prevalence of HIV infection and high-risk characteristics among leprosy patients of south India; a case-control study. **Int J Lepr Other Mycobactt Dis**, v.62, n.4, p.527-531, 1994.

SILVEIRA, I. R.; SILVA, P. R. D. As representações sociais do portador de hanseníase sobre a doença. **Saúde Coletiva**, v.12, n. 3, p. 112-117, 2006.

SILVA, R. A. R. et al. Formas de enfrentamento da AIDS: opinião de mães de crianças soropositivas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.16, n.2, p.260-5, 2008.

SILVA, L. M. S.; MOURA, M. A. V.; PEREIRA, M. L. D. Cotidiano de mulheres após contágio pelo HIV/AIDS: subsídios norteadores da assistência de enfermagem. **Texto contexto – enferm**, Florianópolis, v.22, n.2, Apr./June, 2013.

STEFANI, M. M. A. Desafios na era pós genômica para o desenvolvimento de testes laboratoriais para o diagnóstico da hanseníase. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 41, n. 2, p. 89-94, 2008.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO, 2002.

STÜRMER, M. et al.) Is transmission of HIV-1 in non-viraemic serodiscordant couples possible? **Antiviral Therapy**. v.13, p.729-732, 2008.

TALHARI, S.; NEVES, R. G. Hanseníase. 3 ed. Manaus: Gráfica Tropical, 1997.

TALHARI, C. et al. Leprosy and HIV coinfection: a clinical, pathological, immunological, and therapeutic study of a cohort from a Brazilian referral center for infectious diseases. **J. Infect Dis**, v.202, n.3, p.345-354, 2010.

TALHARI, C.; BRAGA, B.; TALHARI, B. Hanseníase. In:____. Hanseníase e Aids. Manaus: Dilivros, 2015, p.117-121.

TOMALERI, J. P. Qualidade da atenção às pessoas com hanseníase na rede pública de saúde. **Hansen Int**, v.38, n.1-2, p.26-36, 2013.

TRINDADE, M. et al. Two patients coinfecting with *Mycobacterium leprae* and human immunodeficiency virus type 1 and naive for antiretroviral therapy who exhibited type 1 leprosy reactions mimicking the immune reconstitution inflammatory syndrome. **J. Clin. Microbiol.** v.44, n.12, p.4616-4618, 2006.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). HIV Strategy, 2011–2015. Documento A64/15 da Assembleia Mundial da Saúde. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2011.

UNAIDS. A ONU e a resposta à AIDS no Brasil. Geneva, UNAIDS, 2012.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). A ONU e a Resposta à AIDS no Brasil. Brasília: UNAIDS, 2013.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). The GAP Report 2014. Geneva: UNAIDS, 2014.

USTIANOWSKI, A. P.; LAWN, S. D.; LOCKWOOD, D. N. Interactions between HIV infection and leprosy: a paradox. **Lancet Infect Dis.** v.6, p.350-60, 2006.

VAN STRALEN, C. J. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad Saude Publica**, v.24,p.S148-S158, 2008.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F.; O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND, J. R. M.; CARVALHO, Y. M.; organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; p. 531- 62, 2006.

VARGENS, O. M. C.; SANTOS, S. D.; RANGEL, T. S. A.; Atenção à mulher com soropositividade para o HIV: uma análise na perspectiva da integralidade. **Cienc Cuid Saúde**, v.9, n.1, p.137-43, 2010.

VIEIRA, K. F. L.; COUTINHO, M. P. L. Representações Sociais da Depressão e do Suicídio Elaboradas por Estudantes de Psicologia. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.28, n.4, p.714-727, 2008.

VIEIRA, N. F. **Avaliação da Atenção Primária em Saúde nas ações de controle da hanseníase no município de Betim, Minas Gerais**. 2015. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública, USP, Ribeirão Preto, 2013.

VINAY, K. et al. Human immunodeficiency virus and leprosy coinfection in Pune, India. **J. Clin. Microbiol.** v.47, n.9, p.2998-2999, 2009.

VISCO-COMANDINI, U. et al. Tuberculoid leprosy in a patient with AIDS: a manifestation of immune restoration syndrome. **Scand J Infect Dis.** v.36, p.881-883, 2004.

WAINBERG, M. A.; JEANG, K. T. 25 years of HIV-1 research – progress and perspectives. **BMC Medicine**. v.31, n.6, p.1-7, 2008.

WIGG, M. D. Vírus da Imunodeficiência Humana. In: SANTOS, N. S. O.; ROMANOS, M. T. V.; WIGG, M. D. (Org). Introdução à Virologia Humana. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 410-447.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global leprosy update, 2014. **Weekly epidemiological record**, Geneva, v. 90, n. 36, p. 461-476, 2015.

XAVIER, M. B. Coinfecção HIV/Aids e hanseníase. Boletim de atualização da Sociedade Brasileira de Infectologia – Ano III Número 9. **Infectologia Hoje**. Jan-Mar, 2009.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. O paradoxo do território e os processos de estigmatização no acesso ao diagnóstico de HIV na atenção básica em saúde. **Estudos de Psicologia**, v.20, n.4, p.229-240, 2015.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DOENÇAS TROPICAIS

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está convidado (a) como voluntário (o) a participar da pesquisa: “ **ATENÇÃO EM SAÚDE AOS CASOS DE COINFEÇÃO HIV/HANSENÍASE EM UMA ÁREA HIPERENDÊMICA PARA HANSENÍASE NA AMAZÔNIA**”, sob a execução da mestrandia Nahima Castelo de Albuquerque e sob a orientação da Dra. Marília Brasil Xavier, da Universidade Federal do Pará (UFPA).

Esta pesquisa tem o objetivo avaliar a atenção em saúde ao paciente coinfecção com HIV/Hanseníase em área hiperendêmica para hanseníase na Amazônia, pois as pessoas que vivem com HIV/Hanseníase encontram uma série de dificuldades na busca da assistência à saúde, principalmente devido os sistemas de atenção à saúde se organizarem de forma separada, ofertando o cuidado dividido e individual em cada serviço de saúde. A sua participação contribuirá para a avaliação da atenção em saúde ofertada aos casos de coinfecção, além de possibilitar a tomada de medidas adequadas para a garantia do acesso e integralidade nos serviços de saúde às pessoas acometidas pela coinfecção HIV/Hanseníase. Para isso, será necessário, caso aceite participar do estudo, coletar seus dados dos prontuários e livros de controle nos serviços de saúde onde você foi ou está sendo acompanhado. Além disso, será realizada uma entrevista com roteiro de perguntas sobre os seus dados clínicos, porta de entrada, serviços de saúde utilizados e do atendimento que você recebe. Estes dados serão guardados por 5 anos e incinerados após esse período. Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Durante a entrevista, caso não queira responder alguma pergunta e/ou queira retirar seu consentimento, terá a liberdade de se recusar e esta decisão não acarretará qualquer penalidade ou prejuízo por parte dos pesquisadores.

A pesquisa envolve baixo risco para os pesquisadores, relacionado à possibilidade de não aceitação dos indivíduos em participar do estudo, sendo resolvido a partir da autorização dos participantes mediante assinatura deste TCLE. Também há riscos para os participantes, visto que todos os seus dados estarão sob responsabilidade dos pesquisadores e estarão sob risco de ter suas informações divulgadas, provocando constrangimento. Em relação aos

benefícios, destacamos que a sua participação irá contribuir para o conhecimento de como se dá a atenção em saúde aos casos de coinfeção HIV/Hanseníase, além de possibilitar a melhora do acesso e integralidade nestes serviços.

As informações obtidas têm como única finalidade a pesquisa e os resultados obtidos serão descritos através de códigos, não sendo divulgada qualquer informação que possa levar a sua identificação. As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicação científicas, não havendo identificação dos participantes.

A participação no estudo não acarretará custos para os participantes e não haverá qualquer pagamento relacionado à sua participação. No caso de você sofrer algum dano decorrente dessa pesquisa, o seu direito à indenização será garantido. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o contato dos pesquisadores. Ainda poderá ter acesso aos resultados da pesquisa, assim como poderá procurar as pesquisadoras envolvidas para esclarecer qualquer dúvida sobre o trabalho.

As responsáveis pela pesquisa são a mestranda Nahima Castelo de Albuquerque, do Programa de Pós-Graduação em Doenças Tropicais (UFPA), sob a orientação da Prof. Dra. Marília Brasil Xavier, CRM 3710. As mesmas poderão ser encontradas na Av. Conselheiro Furtado, nº 3536B, Ed. Solar Villeneuve, Apto 1201, em Belém/PA, fone: (91) 980328291; e na Av. Dom Romualdo de Seixas, nº 156, Belém/PA.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação na mencionada pesquisa e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu dou o meu consentimento.

Belém, ___/___/___

Nome do (a) participante: _____

Assinatura: _____

Nome do (a) pesquisador (a): _____

Assinatura: _____

APENDICE B - FORMULÁRIO DE PESQUISA

INFORMAÇÕES SOCIO-DEMOGRÁFICAS

Nome: _____ Sexo: () Data: ____/____/____
 Endereço: _____ Bairro: _____ Município: _____ UF: _____
 Estado Civil: _____ DN: ____/____/____ Idade: _____ Ocupação: _____
 Escolaridade: _____ Cor: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena
 Renda Familiar: () Até 1 Salário () 2 a 3 Salários () 3 a 4 Salários () Acima de 5 Salários () Não recebe
 () Recusou responder

Teste de Associação Livre de Palavras - TALP

Diga em 2 palavras o que sentiu ao ter a confirmação do diagnóstico do HIV

Diga em 2 palavras o que sentiu ao ter a confirmação do diagnóstico da hanseníase

Diga 2 palavras que traduzam o que você sente em relação a assistência em saúde oferecida aos casos de coinfeção HIV/Hanseníase

De que forma ter Hanseníase e HIV mudou a sua vida/dia-a-dia?

DADOS CLÍNICOS HIV/AIDS

Data do Diagnóstico: ____/____/____ Uso de Tarv: () Sim () Não () Irregular
 Situação No Diagnóstico: () Hiv () Aids Início Da Tarv: ____/____/____

VALORES POR OCASIÃO DO DIAGNÓSTICO DO HIV/AIDS:

CD4: _____ Data: ____/____/____ CD8: _____ Data: ____/____/____ Carga Viral: _____ Data: ____/____/____

Doenças Associadas: _____

Serviço de saúde onde realiza TARV: _____

DADOS CLÍNICOS DA HANSENÍASE

Data do Diagnóstico: ____/____/____ MH após quanto tempo de TARV: _____

Forma Clínica: _____ Esquema de Tratamento: _____

Nº de Lesões Cutâneas: _____ BAAR: _____ Anti-PGL1: _____

VALORES POR OCASIÃO DO DIAGNÓSTICO DA HANSENÍASE:

CD4: _____ Data: ____/____/____ CD8: _____ Data: ____/____/____ Carga Viral: _____ Data: ____/____/____

Reações Hansênicas: () Sim () Não Tipo de Reação: _____ Período: ____/____/____ a ____/____/____

Serviço de saúde onde realiza/realizou tratamento da Hanseníase: _____

PORTA DE ENTRADA

Quando começou a apresentar os sinais e sintomas da Hanseníase, qual serviço de saúde você procurou?

Quando começou a sentir os sintomas do HIV, qual serviço de saúde você procurou?

Quando você precisa de uma consulta devido a um novo problema de saúde relacionado a estes agravos, qual serviço de saúde você procura inicialmente?

Em quanto tempo após a procura do primeiro atendimento você foi diagnosticado com o vírus HIV?

Em quanto tempo após o primeiro sintoma você foi diagnosticado com Hanseníase?

SERVIÇOS DE SAÚDE UTILIZADOS

O (a) Sr. (a) utiliza a UBS/USF da sua área de abrangência? () Sim () Não

A equipe da UBS/USF pergunta/acompanha o seu tratamento para HIV e Hanseníase?

A equipe da CASA DIA/URE DIPE acompanha ou até mesmo se articula com outros serviços para ajuda-lo na resolução de suas necessidades? _____

A equipe do serviço de saúde no qual trata/tratou a Hanseníase acompanha/acompanhava ou até mesmo se articula/articulava com outros serviços para ajuda-lo na resolução de suas necessidades?

De um modo geral, quais os serviços de saúde (público, conveniado, privado) o (a) Sr. (a) utiliza?

ATENDIMENTO CONTINUADO

Quando algum profissional dos serviços de saúde encaminha você para outras especialidade/profissional de saúde, com que frequência ele discute ou indica possíveis locais de atendimento?

Quando se sentiu doente, tanto pelo HIV como pela Hanseníase, tinha ideia de qual serviço de saúde procurar atendimento?

Os profissionais de saúde onde realiza tratamento perguntam sobre os remédios que você está utilizando? Fazem reconciliação medicamentosa? () Sim () Não () As vezes

Você tem dificuldades em realizar exames ou receber medicações nos serviços de saúde frequentados?

Quando você tem alguma pergunta ou dúvida sobre o HIV, você consegue esclarecer no local onde realiza tratamento?

() Sim () Não () Em partes

Quando você tem alguma pergunta ou dúvida sobre a Hanseníase, você consegue esclarecer no local onde realiza tratamento? (

() Sim () Não () Em partes

ANEXO 1 – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE–VERSÃO USUÁRIOS

ANEXO

Itens da versão final do "Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase – versão usuários".

Atributos da APS e itens do instrumento

GRAU DE AFILIAÇÃO (QUESTÕES ABERTAS)

- A1. Qual a unidade de saúde que você é cadastrado?
- A2. Qual unidade de saúde é mais responsável pelo seu atendimento?
- A3. Qual é a unidade de saúde que você geralmente vai quando fica doente?
- A4. Qual foi o primeiro serviço de saúde que você procurou quando começou a ter esses sintomas da hanseníase?
- A5. Qual foi o serviço de saúde que descobriu (diagnosticou) que você estava com hanseníase?
- A6. Em qual serviço de saúde que você realiza(ou) o tratamento da hanseníase?
- Você usa(ou) prednisona ou talidomida? () Sim () Não. Se SIM, responda a questão A.7
- A7. Em qual serviço de saúde você foi atendido?

PORTA DE ENTRADA

- B1. A unidade de saúde da APS foi o primeiro local que você procurou quando apresentou os sinais e sintomas da hanseníase?
- B2. Você procura(ou) a unidade de saúde da APS para a realização do exame dos seus familiares e para orientações sobre os cuidados com os olhos, mãos e pés para prevenção de incapacidades?
- B3. Quando você precisa(ou) de uma consulta devido a um novo problema de saúde relacionado à hanseníase (como aparecimento de novas manchas, dor nos nervos periféricos e outros), você procura(ou) a unidade de saúde da APS?
- B4. Você teve que realizar consulta na unidade de saúde da APS para ser encaminhado para uma avaliação de hanseníase com especialista (Ex.: dermatologista)?

ACESSO

- C1. A unidade de saúde fica aberta depois das 18 horas pelo menos um dia durante a semana?
- C2. Quando a unidade está aberta, existe um número de telefone para pedir informações?
- C3. Você tem dificuldade de deslocamento até a unidade de saúde?
- C4. Você tem que utilizar ônibus, carro ou moto para chegar à unidade de saúde?
- C5. Você perde o turno de trabalho para ser atendido na unidade de saúde?
- C6. Quando você procurou a unidade de saúde com a maioria dos sintomas da hanseníase, você conseguiu consulta com o médico ou enfermeiro no prazo de 24 horas?
- C7. Você agenda um horário na unidade de saúde para receber a dose supervisionada?
- C8. Quando você chega à unidade de saúde, você tem que esperar mais de 30 minutos para receber a dose supervisionada?
- C9. Você conseguiu atendimento na unidade de saúde no prazo de 24 horas quando você apresentou um novo problema de saúde relacionado à hanseníase (Ex.: dor nos nervos, reações medicamentosas, reações hanseníacas)?

ATENDIMENTO CONTINUADO

- D1. Quando você vai à unidade de saúde para uma consulta de hanseníase, é o mesmo médico que o atende todas as vezes?
- D2. Quando você vai à unidade de saúde para uma consulta de hanseníase, é o mesmo enfermeiro que o atende todas as vezes?
- D3. O médico ou enfermeiro tem disponível o seu prontuário quando você está sendo atendido?
- D4. Durante o seu atendimento, o médico ou enfermeiro anota os dados da sua consulta no seu prontuário?
- D5. O médico ou enfermeiro conhece toda a sua história de saúde (Ex.: outras doenças que você tem ou já teve, ou cirurgias realizadas)?
- D6. O médico ou enfermeiro pergunta sobre todos os remédios que você está utilizando?
- D7. O médico ou enfermeiro pergunta se você tem problemas para pagar pelos remédios que o SUS não fornece e outros produtos de que você precisa?
- D8. Se você tem alguma pergunta sobre a doença ou dúvida sobre o tratamento, você consegue falar com o médico ou enfermeiro que o atende na unidade de saúde?
- D9. O médico ou enfermeiro responde as suas perguntas de maneira que você entenda?
- D10. O médico ou enfermeiro dá tempo suficiente para você falar sobre as suas preocupações e tirar as suas dúvidas?
- D11. O médico ou enfermeiro pergunta se a hanseníase dificulta a realização de atividades do seu dia a dia?
- D12. O médico ou enfermeiro sabe a respeito do seu trabalho?
- D13. Você está satisfeito com o atendimento da unidade de saúde?

INTEGRALIDADE DOS SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Os seguintes serviços estão disponíveis nas unidades de saúde da APS?

- E1. Vacinas
- E2. Atendimento para crianças
- E3. Atendimento para adolescentes
- E4. Atendimento para adultos
- E5. Atendimento para idosos
- E6. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais

Continua...

...Continuação

E7. Pré-natal

- E8. Exame preventivo para o câncer de colo de útero
- E9. Atendimento de doenças sexualmente transmissíveis, inclusive aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV
- E10. Atendimento de esquistossomose, dengue e tuberculose
- E11. Atendimento de hipertensão arterial, diabetes e asma
- E12. Atendimento para problemas de saúde mental
- E13. Curativos
- E14. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de tabaco
- E15. Aconselhamento sobre alimentação saudável
- E16. Avaliação da saúde bucal e tratamento dentário
- E17. Atendimento domiciliar

INTEGRALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS

Em relação à hanseníase, a unidade de saúde realiza(ou) esses serviços?

- E18. Orientações sobre o que é a hanseníase e como se pega a doença
- E19. Avaliação da pele com a realização do teste de sensibilidade quente/frio
- E20. Avaliação da pele com a realização do teste de sensibilidade com algodão
- E21. Avaliação da pele com a realização do teste de sensibilidade com os monofilamentos (estesiômetros)
- E22. Palpação dos nervos periféricos
- E23. Teste de sensibilidade das mãos e pés com a utilização dos monofilamentos (estesiômetros)
- E24. Teste de sensibilidade dos olhos com a utilização do fio dental sem sabor
- E25. Avaliação da força motora
- E26. Avaliação da acuidade visual com a aplicação da escala de Snellen
- E27. Solicitação de exames de sangue no início do tratamento da hanseníase
- E28. Baciloscopia no município
- E29. Avaliação das pessoas que moram com você (exame de contatos)
- E30. Aplicação de BCG nas pessoas que moram com você
- E31. Consulta mensal para avaliação da sua saúde quando você vai à unidade de saúde receber a dose supervisionada
- E32. Orientações sobre o uso correto dos remédios da hanseníase e as principais reações causadas por eles
- E33. Orientações sobre os cuidados com os olhos, mãos e pés
- E34. Orientações sobre os sinais e sintomas das reações hanseníicas: aparecimento de novas manchas na pele, dores nos nervos e diminuição da força motora
- E35. Realização do teste de sensibilidade dos olhos, mãos e pés e avaliação da força muscular de três em três meses
- E36. Oferecimento dos outros serviços disponíveis na unidade de saúde

Somente responder as questões E37 e E38 se o paciente estiver em alta.

Caso contrário, não se aplica.

- E37. Realização do teste de sensibilidade dos olhos, mãos, pés e avaliação da força muscular no término do tratamento.
- E38. Orientações sobre os cuidados após a alta por cura, como o acompanhamento periódico pelos profissionais e manutenção dos cuidados com os olhos, mãos e pés

Se o entrevistado respondeu a pergunta A7, responda as questões E39 a E43.

- E39. Palpação de nervos periféricos, teste da força muscular, teste de sensibilidade dos olhos, mãos e pés, quinzenalmente ou mensalmente
- E40. Orientação para colocar o membro afetado em repouso
- E41. Início do tratamento na unidade de saúde com a prednisona
- E42. Encaminhamento para o serviço de referência
- E43. Acompanhamento periódico da glicemia de jejum (glicose no sangue), do peso corporal e da pressão arterial durante o tratamento com prednisona

COORDENAÇÃO

Somente responder caso o paciente tiver sido encaminhado ao especialista.

Caso contrário, não se aplica.

- F1. No agendamento da consulta com o especialista, você recebeu comprovante de marcação de consulta?
- F2. O médico ou enfermeiro da unidade de saúde escreveu um relatório para o especialista a respeito do motivo da consulta?
- F3. Você retornou à unidade de saúde com o relatório sobre os resultados da consulta realizada com o especialista?
- F4. O médico ou enfermeiro da sua unidade de saúde conversou com você sobre os resultados da consulta realizada com o especialista?

Para qual(is) serviço(s) de saúde você foi encaminhado? Resposta: S – sim; N – não

- F5. Ambulatório de referência para a hanseníase
- F6. Confeção de calçados e palmilhas
- F7. Psicologia

Continua...

...Continuação

- F8. Fisioterapia
 F9. Terapia ocupacional
 F10. Serviço social
 F11. Oftalmologia
 F12. Neurologia
 F13. Ortopedia
 F14. Serviço hospitalar (Hospital Eduardo de Meneses ou Hospital das Clínicas)

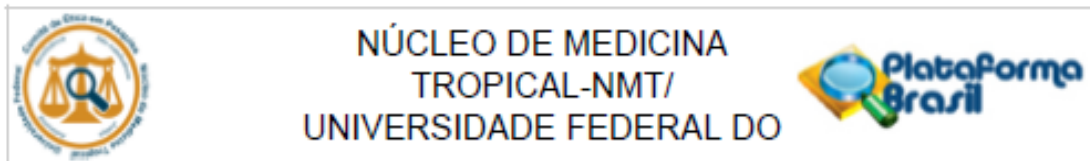
ORIENTAÇÃO FAMILIAR

- G1. Você recebe visitas domiciliares dos profissionais (médico, enfermeiro ou ACS) da unidade de saúde por causa da hanseníase?
 G2. O médico ou enfermeiro sabe quem mora com você?
 G3. O médico ou enfermeiro pede informações sobre doenças de outras pessoas da sua família, como por exemplo, hipertensão arterial, diabetes e câncer?
 G4. O médico ou enfermeiro pergunta para você se as pessoas da sua família possuem manchas ou áreas da pele com perda ou diminuição da sensibilidade?
 G5. Os profissionais de saúde (médico, enfermeiro ou ACS) orientam você e seus familiares sobre a realização do exame da família?
 G6. Os profissionais de saúde (médico, enfermeiro ou ACS) conversam com as pessoas da sua família sobre a hanseníase?
 G7. O médico ou enfermeiro solicita que uma pessoa da sua família o acompanhe no dia a dia do seu tratamento?
 G8. Os profissionais de saúde (médico, enfermeiro ou ACS) conversam com as pessoas que moram com você sobre os cuidados que você precisa ter com os olhos, mãos e pés?
 G9. Os profissionais de saúde (médico, enfermeiro ou ACS) conversam com as pessoas que moram com você sobre a possibilidade de aparecimento de novas manchas na pele, caroços e dor nos nervos durante ou após o tratamento da hanseníase?
 Somente responda a questão G10 caso tenha recebido alta por cura. Caso contrário, não se aplica.
 G10. Os profissionais de saúde (médico, enfermeiro ou ACS) conversam com as pessoas que moram com você sobre os cuidados após a alta por cura?

ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

- H1. Você já viu matérias sobre a hanseníase na televisão, rádio e jornais?
 H2. A unidade de saúde realiza palestras e entrega de panfletos para informar a comunidade sobre a hanseníase?
 H3. As escolas e igrejas realizam divulgação da hanseníase para a comunidade?
 H4. A unidade de saúde realiza atividades na comunidade para identificar pessoas que possuem manchas (Ex.: dia da mancha)?
-

ANEXO II – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATENÇÃO EM SAÚDE AOS CASOS DE COINFECÇÃO HIV/HANSENÍASE NA AMAZÔNIA

Pesquisador: Nahima Castelo de Albuquerque

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 49477115.1.0000.5172

Instituição Proponente: Núcleo de Medicina Tropical-NMT/ Universidade Federal do Pará - UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.318.911

Apresentação do Projeto:

O Brasil é um dos poucos países onde a Hanseníase e a AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Humana) são doenças endêmicas. A dificuldade no acesso aos sistemas de saúde tem sido alvo de permanente preocupação nos países em desenvolvimento, especialmente no que se refere às doenças relacionadas à pobreza, como a hanseníase. Há ainda outra realidade assistencial observada nos casos de infecção pelo HIV, decorrentes do trabalho fragmentado da equipe de saúde e das fragilidades nos mecanismos de referência e contra referência entre os diferentes pontos de atenção à saúde.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 11 de Novembro de 2015

Assinado por:
ANDERSON RAIOL RODRIGUES
(Coordenador)