

Peregrinação (Via Crucis) até o diagnóstico da hanseníase

Peregrination (Via Crucis) to a diagnosis of leprosy

Peregrinación (Via Crucis) hasta el diagnóstico de la lepra

Camilla Maria Ferreira de Aquino^I; Edrienny Patrícia Alves Accioly Rocha^{II}; Marília Cruz Gouveia Guerra^{III}; Maria Wanderley de Lavor Coriolano^{IV}; Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos^V; Eloine Nascimento de Alencar^{VI}

RESUMO: O objetivo do estudo foi identificar as dificuldades relatadas por usuários em tratamento para hanseníase, na busca por diagnóstico e tratamento, relacionadas com a peregrinação do indivíduo com suspeita de hanseníase até o diagnóstico definitivo. Estudo descritivo, com abordagem qualitativa. As informações foram obtidas por meio de entrevistas com 16 usuários com hanseníase nos meses de dezembro de 2009 e janeiro de 2010, na Policlínica Lessa de Andrade em Recife. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo de Bardin. Foram delineados três eixos temáticos: Peregrinação até o diagnóstico correto da hanseníase; Atuação do profissional de saúde; Consequência da peregrinação. Conclui-se que diagnósticos incorretos e tardios demonstram o despreparo dos profissionais de saúde em todos os níveis de complexidade para a suspeição e diagnóstico da hanseníase, exigindo a educação continuada, principalmente para os trabalhadores da atenção básica.

Palavras-Chave: Hanseníase; diagnóstico tardio; tratamento; educação continuada.

ABSTRACT: The aim of this qualitative, descriptive study was to identify the difficulties associated with the peregrinations of persons with suspected leprosy in their efforts to obtain diagnosis and treatment, until receiving a definitive diagnosis, as reported by healthcare users being treated for leprosy. Data was obtained between December 2009 and January 2010, through interviews of 16 patients with leprosy at the Lessa de Andrade Clinic in Recife, and analyzed according to Bardin's Index. Three themes were outlined: peregrination until correct diagnosis of leprosy; role of health professionals; and outcome of the peregrination. It was concluded that incorrect and delayed diagnoses attest to the lack of preparedness, among health professionals at all levels of complexity, to suspect and diagnose leprosy. This points to a need for continuing professional development, especially for primary health care workers.

Keywords: Leprosy; delayed diagnosis; treatment; continuing professional development.

RESUMEN: El objetivo del estudio fue identificar las dificultades reportadas por usuarios en tratamiento de la lepra, en la búsqueda del diagnóstico y tratamiento, relacionados con la peregrinación de la persona con sospecha de lepra hasta el diagnóstico definitivo. Es un estudio descriptivo, con enfoque cualitativo. Las informaciones se obtuvieron a través de entrevistas con 16 usuarios con lepra, en diciembre de 2009 y enero de 2010, en la Clínica Lessa de Andrade, Recife. Los datos fueron sometidos a análisis de contenido de Bardin. Se eligieron tres ejes temáticos: Peregrinación hasta la obtención el correcto diagnóstico de lepra; Desempeño de los profesionales de la salud; Consecuencias de la peregrinación. Se concluye que diagnósticos equivocados y tardíos demuestran la falta de preparo de los profesionales de salud en todos los niveles de complejidad para sospecha y diagnóstico de lepra, lo que exige la educación continua, en especial para los trabajadores de atención primaria.

Palabras-Clave: Lepra; diagnóstico tardío; tratamiento; educación continua.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença milenar cujo processo de cura está cientificamente estabelecido, mas permanece um desafio à saúde pública global. Em 2013, a resolução da Assembleia Mundial da Saúde sobre Doenças Tropicais

Negligenciadas ratificou o papel do Estado na eliminação e combate a este grupo de doenças, suscitando a Declaração de Bangkok para um Mundo sem Hanseníase, cuja meta é alcançar a erradicação da doença até 2015^{1,2}.

^IEnfermeira. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: camilla.aquino@yahoo.com.br.

^{II}Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: edriennyaccioly@yahoo.com.br.

^{III}Enfermeira. Especialização em Saúde da Criança. Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil. Mestranda do Programa de Pós-graduação de Enfermagem. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: mariliaenfermeira@hotmail.com.

^{IV}Enfermeira. Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: wandenf@yahoo.com.br.

^VEnfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil. Vice-Coordenadora do Programa de Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: emr.vasconcelos@gmail.com.

^{VI}Enfermeira. Doutora em Antropologia. Universidad de Salamanca- Espanha. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: eloinealencar@yahoo.com.br.

Após duas décadas de implantação dos esquemas de tratamento poliquimioterápico, a hanseníase mantém-se como uma doença endêmica no Brasil, com prevalência de 1,51 novos casos para cada 10 mil habitantes em 2012, acima da recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) de menos de um caso, constituindo em importante problema de saúde pública prioritário do Ministério da Saúde³⁻⁵.

Anteriormente, o Brasil havia estabelecido a meta de eliminação da hanseníase para 2011. Sem sucesso, o país se mantém em segundo lugar no *ranking* de número absoluto de casos e primeiro lugar em proporção de casos na população. Apesar de o diagnóstico ser eminentemente clínico, de fácil detecção quanto aos diagnósticos diferenciais, possuir terapêutica eficiente, gratuita e de fácil administração, essas vantagens não apresentam reflexo direto nos dados epidemiológicos^{6,7}.

Pessoas com sinais e sintomas compatíveis com hanseníase devem ser estimuladas a procurar a unidade de saúde mais próxima de sua casa, sendo a atenção básica a porta de entrada preferencial das Redes de Atenção à Saúde, na qual se dá o vínculo, acolhimento, responsabilização dos trabalhadores de saúde com usuários e família. Desse modo, espera-se que o diagnóstico precoce diante dos sinais clínicos da doença possa ser identificado precocemente, visando à prevenção de incapacidades e deformidades resultantes da doença quando não tratada ou diagnosticada tardiamente⁸.

Porém na prática diária dos serviços de saúde, observam-se algumas lacunas, as quais justificam a escolha do tema do presente estudo, o qual foi definido a partir da observação das autoras durante estágio em unidade de referência, identificando-se o longo percurso que os usuários enfrentavam, peregrinando por vários profissionais e serviços antes do diagnóstico correto da hanseníase.

A partir dessa problemática, as autoras buscaram o melhor entendimento quanto aos fatores envolvidos na manutenção deste cenário a partir da dimensão subjetiva dos usuários com hanseníase. Desse modo, o estudo teve como objetivo identificar as dificuldades apresentadas pelo paciente portador de hanseníase na busca por diagnóstico e tratamento.

REVISÃO DE LITERATURA

O termo peregrinação tem uma dupla conotação. Pode estar relacionado a deslocamentos espaciais motivados pela devoção para santuário ou local sagrado⁹⁻¹¹, sendo a Via Crucis a peregrinação mais amplamente reconhecida pelos cristãos¹². Em outra referência, o conceito ocidental de peregrinação foi influenciado pela Odisseia de Homero¹³, conferindo o sentido de uma viagem cheia de dificuldades, marcada por sofrimentos e pelo desejo imenso de alcançar o ponto almejado.

Essa busca marcada por obstáculos é como vários autores já descreveram o caminho dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) pelo diagnóstico correto de suas condições clínicas, inclusive a hanseníase¹⁴⁻¹⁸.

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, causada pelo *Mycobacterium leprae*, bacilo intracelular obrigatório que se caracteriza por acometimento dermatoneurológico, levando a sequelas neurológicas, oftalmológicas e motoras, se não tratada precocemente^{19,20}. O diagnóstico é feito a partir da avaliação clínica e, quando necessário, utilizam-se métodos como o exame baciloscópico e histopatológico, principalmente quando são casos duvidosos. Para receber a terapia apropriada, o paciente é classificado como paucibacilar (PB) ou multibacilar (MB)²¹.

Contudo, transcendendo as definições técnico-científicas ou biomédicas, é preciso considerar a estigmatização da doença, inerente ao termo lepra, fortemente associado às deformidades causadas e a historicidade da doença²⁰, que podem vir a dificultar a busca dos indivíduos pelo tratamento ou o retardo no diagnóstico por parte dos profissionais ou do próprio indivíduo²² após a identificação dos sinais cardinais da hanseníase (manchas e/ou alteração de sensibilidade)²³⁻²⁵. O estigma social da hanseníase se reduz pelo diagnóstico precoce. Assim, a introdução da poliquimioterapia (PQT) e o tratamento eficaz dos quadros reacionais têm prevenido o aparecimento de deformidades e incapacidades²⁶.

Uma vez que o Ministério da Saúde determina que a hanseníase é condição prioritária de saúde e que o diagnóstico é primordialmente clínico, com identificação de sinais e sintomas tanto pelo médico como pelo enfermeiro, em todos os níveis de complexidade, preferencialmente na atenção básica, a partir da estratégia de saúde da família (ESF)¹, espera-se o comprometimento do Brasil com as metas internacionais de eliminação para a dessa doença².

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, definida como metodologia que permite conhecer as dimensões subjetivas de estudo tal como se apresenta em seu significado e contexto, baseando-se nas características de determinada população ou fenômeno^{27,28}. A seleção desta metodologia deve-se à compreensão de que este desenho era o mais adequado ao problema do estudo, uma vez que este oscila entre dois pólos, a objetividade da análise e a subjetividade do material coletado.

Previamente à coleta de dados, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco com o registro no CAAE: 0236.0.172.000-09.

O estudo foi realizado na cidade de Recife, capital do estado de Pernambuco, no período de

dezembro de 2009 a janeiro de 2010, em uma Policlínica, caracterizada como Unidade de referência e contra-referência para pacientes com Hanseníase.

O grupo estudado foi intencional, selecionado a partir do diagnóstico confirmado de hanseníase, em indivíduos que voltavam a Policlínica para a administração da dose mensal supervisionada, na consulta médica e de enfermagem. A coleta de dados foi realizada a partir de entrevista semiestruturada, com uma questão norteadora e quatro questões-guias. As entrevistas foram gravadas e, em seguida, transcritas.

O tratamento dos dados teve como técnica a análise de conteúdo na modalidade temática, a qual seguiu as fases: pré-análise, a operacionalização e a sistematização das ideias iniciais; exploração do material, representada pela administração sistemática das decisões tomadas na fase anterior que consiste em operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas; tratamento dos resultados obtidos, para tornar os dados significantes e válidos^{29,30}. Seguidas estas etapas, o exame minucioso dos diálogos permitiu identificar os núcleos de sentido e agrupá-los em três eixos temáticos: peregrinação até o diagnóstico correto da hanseníase; atuação do profissional de saúde; e consequência da peregrinação (via crucis).

A identidade dos entrevistados foi preservada ao substituir seus nomes, na apresentação dos recortes de suas falas, por locais consagrados de peregrinação de diversas religiões, representando a árdua jornada percorrida pelos portadores de hanseníase. Ex: Fátima, Santiago de Copostela...

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 16 usuários a partir do critério de amostragem por saturação dos dados. No perfil dos participantes, nove indivíduos eram do sexo feminino e sete indivíduos do sexo masculino. Quanto à faixa etária, apenas um paciente possuía menos de 18 anos, cinco entre as idades de 18 a 35 anos e dez entre 35 a 65 anos. Em relação à ocupação, dez trabalhavam formalmente e seis no momento da coleta, não estavam trabalhando, mas admitiram realizar trabalhos domésticos ou serviços informais.

Eixo Temático 1: Peregrinação até o diagnóstico da hanseníase

Os resultados apontaram no contexto estudado que o indivíduo com hanseníase atravessava por uma longa peregrinação em busca do diagnóstico da doença. Essa constatação pode ser explicada pelo desconhecimento da população dos sinais clínicos da hanseníase, retardando a busca pelo serviço de saúde³¹, como também falhas operacionais no âmbito da atenção à saúde, especialmente pela atenção básica, configurada pela ESF.

Eu tinha desde pequena (uma mancha). [...] uma no joelho também, quando eu tinha 12 anos, que eu levei uma queimadura e não senti. Mas a minha mãe não ligou e eu só vim descobrir com 17 anos, que foi quando eu engravidei. (Meca)

O depoimento identifica a necessidade de maior acolhimento às demandas não apresentadas pelos usuários que chegam até a ESF, visando apreender por meio de escuta qualificada demandas nem sempre percebidas. O fato de descoberta da doença na gravidez retrata que somente nesse momento foi realizado um exame físico, o qual possibilitou a suspeição de tratar-se de hanseníase.

Outra perspectiva, envolvida na dificuldade em diagnosticar a patologia, é o amplo espectro de manifestações apresentadas pela doença³¹, dificultando o diagnóstico nos primeiros meses e anos em que ocorre¹⁹, arrastando o paciente por um longo período de exames e listas de diagnósticos, como ilustram os depoimentos:

Há muitos anos, era muita dor no rosto e eu fui ao dentista, tirei um dente, fui ao otorrino e tratei o ouvido, fiz uma tomografia, ressonância magnética e nada. [...] Da primeira dor até a mancha passaram 17 anos. (Jerusalém)

Primeiro, quando começou a estourar o corpo, eu fui para uma clínica paga [...], pensaram que era um bocado de doença assim, mas não era. Só comendo o dinheiro [...] por um mês, assim. (Roma)

Após analisar todas as falas, despertou a curiosidade das autoras quanto à diversidade de tempo de espera para o diagnóstico da hanseníase, relatado espontaneamente pelos pacientes. Este variou desde um mês até 17 anos. Outros estudos verificaram esse problema e consideram que o período de um ano ou mais para o diagnóstico da hanseníase é muito longo³²⁻³⁴.

Eixo Temático 2: Atuação do profissional de saúde

O diagnóstico da hanseníase deve ser realizado preferencialmente na atenção básica de saúde⁸, embora possa também ser diagnosticada em hospitais e clínicas particulares. Trata-se de diagnóstico eminentemente clínico, baseado nas queixas, sinais e sintomas detectados através do exame dermatoneurológico e da força muscular dos membros superiores e inferiores¹.

O desempenho dos profissionais de saúde descritos pelas entrevistas, neste eixo, foi dividido em dois subeixos: diagnóstico correto na primeira consulta e diagnósticos incorretos.

Subeixo temático 1: Diagnóstico correto na primeira consulta

O profissional de saúde responsável pela anamnese e diagnóstico deve estar preparado para reconhecer os sinais e sintomas característicos da hanseníase e realizar exames que eliminem os diagnósticos diferenciais.

Além do desempenho técnico do profissional, destaca-se como relevante a comunicação com o usuário, de modo a apreender as queixas e singularidades, sendo também importante o conhecimento desse a cerca dos sinais e sintomas da hanseníase.

Eu percebi que estava tendo uma mancha clara nas minhas costas. [...] eu fiz uma biópsia [...], depois peguei o resultado [...], foi para eu poder tomar os remédios. E não procurei nenhum outro médico. (Santiago de Compostela)

Os diagnósticos positivos para hanseníase na primeira consulta foram realizados por médicos especialistas, uma vez que em todos os casos, o usuário, ao perceber as lesões, buscou a atenção de um especialista, ao invés de utilizar como primeira busca a atenção básica, a qual deveria ser a porta de entrada preferencial.

Eu vi que tinha uma mancha, uma aréola e uma borda avermelhadas e descobri que ali havia uma insensibilidade no local. [...] eu fui procurar o médico do plano de saúde. Ele fez um exame clínico e ficou constatado que era Hansen. (Varanasi)

Eu descobri faz quatro meses, que me apareceu uma mancha no pé e eu fui na minha dermatologista e ela passou um exame e descobriu que era Hansen. (Fátima)

Os relatos apresentados evidenciam o diagnóstico adequado e rápido da hanseníase, por meio da procura desses dois usuários no serviço privado.

Identificaram em estudo que o usuário procurou o Sistema Único de Saúde (SUS) em média 2,7 vezes em busca de consulta médica, do início dos sintomas até o diagnóstico de hanseníase, e 4,5 vezes nos serviços privados de saúde³⁵.

Subeixo temático 2: Diagnósticos incorretos

Outra vertente foi relatada pelos sujeitos da pesquisa, destacando-se as dificuldades de suspeição diante de sinais e sintomas da hanseníase.

Apareceu uma manchinha, meio avermelhada, só que não coça, não dói... [...] fui ao clínico e ele passou um comprimido e uma pomada [...]. Ele pensou que fosse um fungo ou então alergia [...] ele encaminhou para o dermatologista para ter certeza. (Lourdes)

O médico não acreditava que era Hansen. Achou que era Lúpus, alergia, fiz uma bateria de exames — uma pasta enorme de exames. (Jerusalém)

A miríade de diagnósticos sugeridos em lugar da hanseníase condiz com os diagnósticos diferenciais da doença. Suas manifestações dermatológicas e neurais são amplas, porém, exames e testes específicos podem ser realizados de forma clínica na primeira consulta do usuário e, em geral, não se faz necessário solicitar exames laboratoriais. Estes podem ser solicitados para a definição do tratamento e acompanhamento da evolução do paciente¹.

Eixo Temático 3: Consequências da peregrinação (Via Crucis)

A hanseníase é uma doença de longa duração e evolução lenta, com sequelas que acarretam transtornos emocionais e sociais para o doente e sua família^{1,34}.

Uma parcela significativa de usuários relatou prejuízos físicos decorrentes da doença. As deformidades e incapacidades físicas são os principais problemas da hanseníase, sendo o percentual de pacientes com incapacidades físicas um indicador epidemiológico importante para identificar a qualidade dos serviços de saúde³⁶.

As sequelas são consequência de vários fatores, os quais incluem a própria evolução do bacilo nos nervos, sem o adequado tratamento, decorrente do diagnóstico tardio, a falta de autocuidados e a deficiência de medidas educativas, que possam promover uma melhor qualidade de vida do indivíduo com hanseníase^{1,3,34,36}.

As falas seguintes retratam algumas dessas sequelas neurais que tanto dificultam a rotina dos pacientes:

Sinto dormência nas pernas, nas mãos, no nariz e na orelha. (Aparecida)

Minha perna ficou dormente e fez uma ferida e preciso fazer curativo. Dói muito a minha perna. (Juazeiro do Norte)

Não somente a evolução natural da doença e suas complicações causam prejuízo ao doente. A alta frequência de diagnósticos incorretos imprime sua carga; são consequências iatrogênicas da peregrinação. Casos claros de iatrogenia, prejuízo provocado por um ato médico³⁶, foram citados pelos entrevistados:

Tirei a maioria dos meus dentes por conta da dor [...] não tenho quase nenhum dente meu [...] aí eu fiquei com problemas no ouvido, olho [...]. Estou fazendo fisioterapia. (Jerusalém)

Tive um ferimento que infeccionou, fui ao médico perto de casa [...] o médico disse, coloque uma rifocinazinha [...] fui para casa. No decorrer do tempo, infeccionou, tive que perder o pé [...] eu uso uma prótese. Da parte da camela para baixo, eu perdi. (Aparecida)

Os relatos apresentados evidenciam as principais complicações decorrentes da doença, como as amputações, feridas e limitações decorrentes, as quais mostram a importante missão de diagnóstico precoce da doença a partir da educação em saúde da população e educação permanente para os trabalhadores de saúde em todos os níveis de atenção à saúde, aspectos que podem diretamente impactar na diminuição do tempo de espera e peregrinação para o diagnóstico de hanseníase, resultando em menores índices de incapacidades e deformidades.

CONCLUSÃO

O estudo buscou evidenciar a peregrinação dos portadores de hanseníase até o diagnóstico, evidenciando fatores predisponentes dessa condição, a partir de três eixos temáticos emergentes das falas dos sujeitos entrevistados: peregrinação até o diagnóstico correto da hanseníase, atuação do profissional de saúde e consequência da peregrinação (via crucis).

Pode-se identificar como limitações do estudo, o fato dos participantes terem sido recrutados em uma unidade de referência, a qual atende casos de maior gravidade e complicações, o que pode ser diferenciado do perfil de usuários que realizam tratamento nas unidades de saúde da família.

De acordo com os relatos apresentados, vários usuários procuraram diversas unidades de saúde, durante meses ou anos, até receberem o diagnóstico correto. Esse achado sugere a baixa qualificação, nos serviços de saúde público e privado, em reconhecer as alterações dermatoneurológicas da hanseníase, com sua multiplicidade de sinais e sintomas, que podem ser confundidas com outras patologias, o que leva aos diagnósticos incorretos. Contudo, o fato de tratar-se de doença endêmica, no país e na região, deve levar à suspeição clínica para diagnóstico da doença.

A demanda espontânea dos pacientes para as unidades de referência, antes de buscarem o diagnóstico na atenção básica ou serem identificados pela ESF pela ação dos agentes comunitários de saúde e profissionais do nível superior durante visitas domiciliares, acarreta uma sobrecarga do volume de atendimentos e consequente redução da qualidade do serviço prestado e aponta deficiências do papel da atenção básica no estabelecimento do vínculo e responsabilização por indivíduos e famílias.

Dessa forma, a peregrinação do usuário com hanseníase é um indicativo do despreparo dos profissionais em todos os níveis de complexidade, assim como sua necessidade de educação permanente. No nível da atenção básica, é necessário o desenvolvimento de ações educativas mais participativas entre o profissional, particularmente, o enfermeiro, juntamente com a população assistida, além de estimular a capacitação do agente comunitário de saúde na identificação de casos suspeitos da doença.

REFERÊNCIAS

- 1.Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Política de Saúde. Departamento de atenção básica. Guia de controle da hanseníase. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
- 2.World Health Organization (WHO). International Leprosy Summit: overcoming the remaining challenges. Bangkok (Thailand): WHO; 2013.
- 3.Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância em saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
- 4.Sangi KCC, Miranda LF, Spindola T, Leão AMM. Hanseníase e estado reacional: história de vida de pessoas acometidas. *Rev enferm UERJ*. 2009; 17: 209-14.
- 5.Portal Brasil. Ministério da Saúde lança campanha de combate à hanseníase. Brasília (DF); 2014 [citado em 2014 ago 23]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/01/ministerio-da-saude-lanca-campanha-de-combate-a-hanseníase>.
- 6.Monteiro YN. Hanseníase: história e poder no estado de São Paulo. *Hansen int*. 1997; 22: 282-7.
- 7.Eidt LM. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. *Saúde Soc*. 2004; 13:76-88.
- 8.Ministério da Saúde (Br). Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. 2ª ed. rev. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
- 9.Ferreira ABH. Novo dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2012.
- 10.Correia JDP. A Peregrinação: texto autobiográfico/narrativo. In: Magalhães IA. História da literatura portuguesa (Séc. XVI). Rio de Janeiro: Fundação Calouste Gulbenkian; 2002.
- 11.Calvelli HG. A Santiago De Compostela Brasileira: religião, turismo e consumo na peregrinação pelo Caminho da Fé [Tese de doutorado]. Juiz de Fora (MG): Universidade Federal de Juiz de Fora; 2006
- 12.Bettencourt DE. A Via Sacra: o que é? Como teve origem? Pergunte e Responderemos. 1993; 368: 2-12.
- 13.Coleman S, Elsner J. Pilgrimage: past and present in the world religions. Cambridge and Massachusetts: Havard University Press; 1995.
- 14.Guedes JS. Oito anos construindo o SUS no Estado de São Paulo. *Estudav*. 2003; 17: 229-41.
- 15.Menezes DCS. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22: 553-9.
- 16.Melo ECP. A peregrinação das gestantes no Município do Rio de Janeiro: perfil de óbitos e nascimentos. *Rev esc enferm USP*. 2007; 41: 804-9.
- 17.Oliveira LH, Mattos RA, Souza AIS. Cidadãos peregrinos: os usuários do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Ciênc saúde coletiva*. 2009; 14: 1929-38.
- 18.Martins PV, Iriart JAB. Itinerários terapêuticos de pacientes com diagnóstico de hanseníase em Salvador, Bahia. *Physis*. 2014; 24: 273-89.
- 19.Britton WJ, Lockwood DN. Leprosy. *Lancet*. 2004; 363: 1209-19.
- 20.Fernandes C, Beltrão B A, Chaves DBR, Leandro TA, Silva VM, Oliveira Lopes MV. Avaliação do grau de resiliência de adolescentes com hanseníase. *Rev enferm UERJ*. 2014; 21: 496-501.

21. Obadia D, Verardino G, de Fátima Alves M. Hanseníase: correlação clínico-histopatológica. *Revista HUPE*. 2011; 10: 20-3.
22. de Almeida Ramos RC, Costa CMA, da Costa Martins ER, Clos AC, Francisco MTR, Spíndola T. Pacientes com derivações urinárias: uma abordagem sobre as necessidades humanas básicas afetadas. *Rev enferm UERJ*. 2013; 21: 337-42.
23. Bechelli LM. Alguns aspectos psicológicos, sociais e econômicos relacionados com a lepra. *J bras psiquiatr*. 1987; 36: 321-4.
24. Ministério da Saúde (Br). Controle da hanseníase: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: DNDS/NUTES; 1989.
25. Savassi LCM. Hanseníase: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores [tese de doutorado]. Belo Horizonte (MG): Centro de Pesquisas René Rachou; 2010.
26. Ducatti I. A hanseníase no Brasil na Era Vargas e a profilaxia do isolamento compulsório: estudos sobre o discurso científico legitimador [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.
27. Tobar F, Yalour MR. Como fazer tese em saúde pública. 20ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2001.
28. Queiróz MIP. O pesquisador, o problema da pesquisa, a escolha de técnicas: algumas reflexões. In: Lang ABSG, organizador. *Reflexões sobre a pesquisa sociológica*. São Paulo: Centro de Estudos Rurais e Urbanos; 1992.
29. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa (Pt): Edições 70; 2012.
30. Barros AG, de Melo MCP, Santos VEP. Significados atribuídos ao câncer por um grupo de mulheres. *Rev enferm UERJ*. 2014; 22: 129-33.
31. Mathews LJ, Trautman JR. Clinical and serological profiles in leprosy. *Lancet*. 1965; 286: 915-8.
32. Santos DCM, Nascimento RD, Gregório VRN, Silva MRF. Hanseníase e o seu processo diagnóstico. *Hansen int*. 2007; 32: 19-26.
33. Lana FCF. Situação epidemiológica da hanseníase no município de Belo Horizonte - MG - Período 92/97. *Hansen int*. 2000; 25: 121-31.
34. Kaneko KA, Zambon VD, Pedrazani ES. Casos novos de Hanseníase na região de São Carlos, SP, 1983-1988. *Hansen int*. 1990; 15: 5-15.
35. Arantes CK, Garcia MLR, Filipe MS, Nardi SMT, Paschoal VDA. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. *Epidemiol serv saude*. 2010; 19(2):155-64.
36. Talhari S, Neves RG. *Dermatologia Tropical-Hanseníase*. Manaus (AM): Editora Tropical; 2006.