

# ADESÃO AO TRATAMENTO DA HANSENÍASE POR PACIENTES ACOMPANHADOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE IMPERATRIZ-MA

ADHESION TO HANSEN'S DISEASE TREATMENT FOR PATIENTS MONITORED AT BASIC HEALTH UNITS IN IMPERATRIZ-MA



Adriana Alves de Sousa <sup>1</sup>  
Francisca Jacinta Feitoza de Oliveira <sup>2</sup>  
Ana Cristina Pereira de Jesus Costa <sup>3</sup>  
Marcelino Santos Neto <sup>4</sup>  
Erlene Feitosa de Oliveira Cavalcante <sup>5</sup>  
Adriana Gomes Nogueira Ferreira <sup>6</sup>

## RESUMO

A hanseníase ainda é um grande problema de saúde pública no Brasil. O tratamento irregular e o abandono têm constituído como um dos principais impasses para o controle da doença. O presente estudo objetivou analisar os fatores que influenciaram os pacientes a faltarem ou abandonarem o tratamento. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, envolvendo uma amostra de 30 pacientes que faltaram ou abandonaram o tratamento no período de 2009 e 2010. Foi utilizado um roteiro semiestruturado nas entrevistas. Os motivos alegados pelos pacientes para a falta ou abandono foram agrupados em fatores extrínsecos e intrínsecos. Os fatores intrínsecos foram citados por 56,7% dos entrevistados como justificativa para falta ou abandono e os extrínsecos por 43,3%. Os resultados indicaram que a falta e o abandono foram mais frequentes no sexo feminino (53,3%), em pacientes com idade entre 20 e 59 anos (70%), com união estável (56,7%), com baixo nível de escolaridade e com renda mensal individual entre 1 e 2 salários mínimos (73,3%). Houve predomínio da forma clínica Dimorfa (56,7%) e da Classificação Operacional Multibacilar (86,7%). Quando indagados sobre a hanseníase, 53,3% alegaram não conhecer informações sobre a doença. Levando em consideração os dados apresentados, há a necessidade de uma reformulação das ações, a fim de promover uma maior orientação dos pacientes e melhoria do acompanhamento dos casos.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Hanseníase, Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

Hansen's disease is still a major public health problem in Brazil. Irregular treatment and abandonment have constituted one of the main obstacles for the control of the disease. This current study had as objective to analyze the factors that influenced the patients to miss or abandon treatment. This was a descriptive and exploratory study involving a sample of 30 patients, who had missed or abandoned treatment in the 2009 and 2010 period. We used a semi-structured script in the interviews. The reasons alleged by the patients for absence or abandonment were grouped in extrinsic and intrinsic factors. Intrinsic factors were cited by 56.7% of the interviewees as reason for missing or abandonment, and extrinsic ones by 43.3%. The results indicate that absence or abandonment were more common in females (53.3%), aged between 20 and 59 years (70%), with stable union (56.7%), with little schooling and monthly income between 1 and 2 minimal wages (73.3%). The dimorphic clinical form (56.7%) and multibacillary operational classification (86.7%) were predominant. When asked about Hansen's disease, 53.3% alleged not knowing information on the disease. Considering the data presented, there is a need for an action reformulation, in order to promote further guidance for patients and improve case monitoring.

**Key words:** Nursing, Hansen's Disease, Primary Health Care.

1- Enfermeira. Especialista em Saúde da Família (UFMA). Enfermeira assistente da Estratégia de Saúde da Família de Vila Nova dos Martírios-MA.

2- Enfermeira. Mestre em Saúde e Efetividade baseada em Evidências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Campus: Imperatriz-MA.

3- Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC. Professora auxiliar do Curso de Enfermagem da UFMA, Campus: Imperatriz-MA.

4- Farmacêutico. Doutorando em Ciências pelo Programa Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Professor Assistente do Curso de Enfermagem da UFMA, Campus: Imperatriz-MA.

5- Enfermeira, Especialista em Educação para Profissionais de Saúde Professora substituta da UFMA, Campus: Imperatriz-MA.

6- Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Professora Assistente do Curso de Enfermagem da UFMA, Campus: Imperatriz-MA

## INTRODUÇÃO

A hanseníase parece ser uma das mais antigas doenças que acomete o homem. As referências mais remotas datam de 600 a.C. e procedem da Ásia, que, juntamente com a África, podem ser consideradas o berço desta doença<sup>1</sup>.

Atualmente, tem tratamento e cura, graças às melhorias de condições de vida e ao avanço do conhecimento científico, mas o estigma e o preconceito ainda estão presentes em nossa cultura dificultando o enfrentamento da doença e causando sérias repercussões na vida pessoal e profissional de seus portadores. Por muito tempo, os indivíduos portadores de hanseníase foram rejeitados pela sociedade, família e amigos e obrigados a viver em situação de privação, perdendo o contato com o mundo externo para evitar a contaminação<sup>2</sup>.

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa de evolução crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*. O bacilo instala-se nas células cutâneas ou nas células dos nervos periféricos, podendo multiplicar-se. Manifesta-se, principalmente, através de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões de pele e dos nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés<sup>3</sup>.

Representa um grave problema de saúde pública no Brasil, atingindo níveis endêmicos em vários estados. O Informe Epidemiológico do Ministério da Saúde - MS afirma que o coeficiente de prevalência da hanseníase no Brasil é de 21,94 para 100.000 habitantes, apresentando maior ocorrência de casos novos as regiões Norte e Centro-Oeste, seguidas da região Nordeste. Nesse aspecto, o Maranhão atinge o quarto lugar, sendo detectados aproximadamente 68 casos novos de hanseníase para 100.000 habitantes em um estudo realizado entre os anos de 2001 e 2007<sup>4</sup>.

O município de Imperatriz, situado no estado do Maranhão, está inserido nessa realidade, pois entre 2009 e 2010 foram notificados 508 casos de hanseníase, segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), estes foram fornecidos pelo Centro de Referência Humanizada em Dermatologia Sanitária. De acordo com informações do Ministério da Saúde, no ano de 2012, o percentual de cura dos casos novos no município foi de 16,67%<sup>5</sup>.

A hanseníase deve ser devidamente diagnosticada e tratada, caso contrário, poderá repercutir em graves alterações físicas, emocionais e sociais e um dos fatores que pode está associado a tais condições é a não adesão do tratamento pelos pacientes<sup>6</sup>.

Ao se obter o diagnóstico de hanseníase, esta deve ser classificada, para fins de tratamento, em Paucibacilares (PB), para pacientes que apresentam até cinco lesões de pele e/ou apenas um tronco nervoso acometido, além da baciloscopia negativa, e em Multibacilares (MB), apresentando mais de cinco lesões de pele e/ou mais de um tronco nervoso

acometido, além da baciloscopia positiva<sup>7</sup>.

Em perspectiva histórica, o tratamento consiste principalmente na poliquimioterapia (PQT) de duração fixa, baseada na combinação de três drogas: Dapsona, Clofazimina e Rifampicina, tendo eficiência no tratamento tanto de formas PB quanto MB, este vem sendo considerado o grande avanço para o controle e a eliminação da hanseníase em escala mundial. O tempo de tratamento é de seis meses para PB e 12 meses para MB<sup>8,9</sup>.

Contudo, os casos de abandono do tratamento em curso de um regime terapêutico constituem um grave problema para os profissionais da área de saúde pública e ao Programa de Controle da Hanseníase<sup>10,11</sup>.

Uma característica da hanseníase é a possibilidade da ocorrência de estados reacionais, antes, durante ou depois do tratamento, que indicam uma inflamação aguda causada pela resposta do sistema imunológico ao *M. leprae*. Em vigência dos estados reacionais, pode haver agravamento das lesões pré-existentes, surgimento de novas lesões de caráter inflamatório, neurites, eritematoso hanseniano e comprometimento renal, testicular e ocular entre outros. A sintomatologia é semelhante ao início da doença, o que pode ocasionar ao paciente problema no entendimento em relação à eficácia do tratamento<sup>11,12</sup>.

Nota-se que vários efeitos colaterais são atribuídos aos medicamentos utilizados na PQT, o que pode contribuir efetivamente para o afastamento do paciente até então assistido pelo programa de controle. O abandono ou falta ao tratamento ocorre não só por esse motivo, problemas como a falta de motivação, a multiplicidade de ações, a deficiência de conhecimentos sobre a doença, a rotatividade de pessoal, o desconhecimento das normas e a não credibilidade na cura da hanseníase também contribuem para tal<sup>11</sup>.

Sabe-se que o abandono do tratamento implica em maior risco de transmissão dos casos bacilíferos detectados e não tratados adequadamente, assim, dá-se continuidade à cadeia de transmissão que havia sido interrompida com o início do tratamento medicamentoso, risco de desenvolvimento de incapacidades físicas e deformidades e, por conseguinte, o estigma social e a discriminação contra as pessoas afetadas e suas famílias.

*Atualmente, tem  
tratamento e cura,  
graças às melhorias  
de condições de  
vida e ao avanço do  
conhecimento científico*

Neste sentido, é relevante abordar a questão da não adesão ao tratamento da hanseníase, pela contribuição que pode gerar para o desenvolvimento de intervenções mais específicas aos pacientes, voltadas para a melhoria da adesão e assim proporcionar subsídios para a compreensão mais abrangente dessa problemática.

O presente estudo teve por objetivos analisar os fatores que influenciam a não adesão ao tratamento da hanseníase por pacientes acompanhados em Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de Imperatriz no Maranhão, levantar o número de pacientes portadores de hanseníase em abandono de tratamento e identificar o nível de conhecimento destes a respeito da hanseníase.

## METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo quanti-qualitativo, exploratório, desenvolvido em duas etapas: a primeira deu-se através de pesquisa documental, e a segunda com o desenvolvimento de visita domiciliar.

Foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde do município de Imperatriz/MA, conforme divisão do Departamento de Atenção Básica, em cinco distritos ou grandes áreas de saúde, onde foram sorteadas de forma aleatória as cinco UBS.

Para a seleção dos pacientes, utilizou-se a avaliação e observação nos prontuários e nas fichas de acompanhamento de pacientes cadastrados no Programa de Controle da Hanseníase pelo SINAN. Adotaram-se como critérios de inclusão: pacientes maiores de 18 anos, início do tratamento entre os anos de 2009 e 2010 e ser considerado em situação de irregularidade do tratamento. A partir da análise dos prontuários, foram obtidos dados de identificação e o endereço do paciente, o tipo de diagnóstico recebido e a situação do tratamento em relação à adesão e regularidade deste. Foram excluídos da pesquisa, os pacientes que não foram localizados no momento da entrevista.

*A portaria do Ministério da Saúde de nº 3.125 de outubro de 2010, define como caso de abandono, o paciente que não compareceu ao serviço de saúde nos últimos 12 meses para receber a medicação.*

A coleta de dados se deu a partir da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, previamente assinado pelos participantes da pesquisa.

Os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa, a partir dos prontuários analisados, foram submetidos à visita domiciliar com aplicação do roteiro de entrevista semiestruturado, composto de variáveis relacionadas ao perfil socioeconômico, forma clínica e classificação operacional, conhecimento do paciente a respeito da hanseníase e assiduidade deste ao tratamento.

Os resultados da análise e tabulação dos dados foram apresentados com tabelas e gráficos da planilha do Microsoft Office Excel 2007, considerando as respostas abertas para efeito de avaliação qualitativa e a editoração do texto foi realizada com o suporte do programa Microsoft Office Word 2007.

A pesquisa segue os preceitos da Resolução Nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão de acordo com Protocolo CEP/HUUFMA de número 004541/2010-90.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos prontuários das UBS selecionadas, foi identificado um total de 84 pacientes que iniciaram o tratamento entre os anos de 2009 e 2010, 34 (40,5%) faltaram ou abandonaram o tratamento de PQT. Destes, 30 pacientes participaram da pesquisa.

Tabela 1 - Pacientes portadores de hanseníase em falta ou abandono do tratamento entre 2009 e 2010. Imperatriz/MA, 2011.

	Frequência	%
Pacientes que faltaram ao tratamento	26	86,7
Pacientes que abandonaram o tratamento	4	13,3
Pacientes avaliados	30	100

A portaria do Ministério da Saúde de nº 3.125 de outubro de 2010<sup>13</sup>, define como caso de abandono, o paciente que não compareceu ao serviço de saúde nos últimos 12 meses para receber a medicação. Os pacientes faltosos eram aqueles que haviam ultrapassado nove meses de tratamento em casos PB e 18 meses em casos MB. Dos pacientes entrevistados, quatro (13,3%) estavam em situação de abandono do tratamento e 26 (86,7%) representavam os pacientes que haviam faltado ao tratamento, conforme demonstrado na tabela 1.

A tabela 2 demonstra o perfil sociodemográfico dos sujeitos do estudo:

Tabela 2 - Distribuição dos dados demográficos de portadores de hanseníase em falta ou abandono do tratamento. Imperatriz/MA, de 2009 a 2010.

	Variável	Frequência	%
Sexo	Masculino	14	46,7
	Feminino	16	53,3
Idade	20-29	4	13,3
	30-39	4	13,3
	40-49	8	26,7
	50-59	5	16,7
	60 e mais	9	30
Estado Civil	Casado	17	56,7
	Solteiro	6	20
	Divorciado	5	16,6
	Viúvo	2	6,7
Ocupação	Autônomo	8	26,7
	Vínculo empregatício	6	20
	Aposentado	9	30
	Desempregado	7	23,3
Nível de Escolaridade	Ensino Fundamental Incompleto	12	40
	Ensino Fundamental Completo	5	16,7
	Ensino Médio Incompleto	3	10
	Ensino Médio Completo	4	13,3
	Não alfabetizado	6	20
Renda Mensal	Menor que 1 salário	5	16,7
	1 a 2 salários	22	73,3
	3 a 4 salários	3	10

Dos pacientes do estudo, 16 (53,3%) eram do sexo feminino e 14 (46,7%) do sexo masculino, conforme demonstrado na Tabela 2. O mesmo resultado foi constatado, em estudo, ao verificar que o abandono do tratamento foi maior no sexo feminino. Esse dado pode estar relacionado a uma maior detecção de casos em mulheres por estas terem uma maior preocupação com o corpo e com a estética, e também pela maior procura ao serviço de saúde através dos variados programas<sup>14</sup>.

A idade variou entre 22 e 80 anos, com média de 49,1 anos. Evidenciou-se que 70% da população desse estudo fazem parte da população economicamente ativa (15-59 anos), fato importante, por ser a hanseníase uma doença que pode causar incapacidades, podendo afastar os pacientes da atividade laboral, trazendo perdas econômicas<sup>15</sup>. Além de ser um fator que favorece a não assiduidade ao tratamento, pois é necessário que o paciente se desloque mensalmente à UBS para recebimento da medicação e realização de novas avaliações, o horário de funcionamento coincide com a jornada de trabalho.

Quanto ao estado civil, 17 (56,7%) eram casados, seis (20%) solteiros, cinco (16,6%) divorciados e dois (6,7%)

viúvos. O que mantém relação com a média de idade dos pacientes, pois grande parcela da população já tem família constituída, portanto, o impacto da descoberta de doença é significativa<sup>10</sup>. Com relação à ocupação, quatorze (46,7%) pacientes que faltaram e/ou abandonaram o tratamento tinham alguma ocupação, sendo oito (26,7%) trabalhadores autônomos, seis (20%) com vínculo empregatício, nove (30%) eram aposentados ou estavam afastados de suas atividades e sete (23,3%) desempregados.

Os resultados obtidos demonstraram um baixo nível de instrução entre a maioria dos portadores do estudo, uma vez que 12 (40%) possuíam ensino fundamental incompleto, seguidos daqueles que não eram alfabetizados 6 (20%). Esses dados assemelham-se ao percentual encontrado por autores, indicando que grande parte dos pacientes portadores de hanseníase possuía somente o ensino fundamental ou eram analfabetos<sup>16</sup>. O problema da baixa escolaridade interfere no entendimento da linguagem técnica utilizada pelos profissionais, levando ao comprometimento da compreensão das informações durante as consultas<sup>17</sup>.

A renda mensal individual de 22 (73,3%) pacientes entrevistados situava-se entre 1 e 2 salários mínimos,

seguido de cinco (16,7%) que detinham renda menor que 1 salário mínimo. Esses dados corroboram a um estudo que tratada renda individual de grande percentual dos pacientes estudados não passava de um salário mínimo. A renda mensal dos participantes do estudo condiz com o tipo de ocupação e o nível de escolaridade dos pacientes<sup>18</sup>.

A pouca escolaridade e a baixa renda são fatores de risco para o desenvolvimento da hanseníase, havendo comprometimento da qualidade de vida, sobretudo no que tange às relações sociais e aceitação da doença<sup>19</sup>.

No que diz respeito à forma clínica, houve predomínio das formas Dimorfa(56,7%) e Virchowiana (30%), de acordo com o demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição de portadores de hanseníase em falta ou abandono do tratamento por forma clínica. Imperatriz/MA, de 2009 a 2010.

Forma Clínica	F	%
Dimorfa	17	56,7
Virchowiana	9	30
Tuberculóide	3	10
Indeterminada	1	3,3

A tabela 4 demonstra os pacientes de acordo com as formas clínicas na classificação operacional.

Tabela 4 - Distribuição de portadores de hanseníase em falta ou abandono do tratamento por classificação operacional. Imperatriz/MA, de 2009 a 2010.

Classificação Operacional	F	%
Multibacilar	26	86,7
Paucibacilar	4	13,3

De acordo com a tabela 4, observou-se que há predomínio da classificação MB (86,7%). Resultados semelhantes sinalizam que a maioria dos pacientes que abandonaram o tratamento PQT eram portadores da forma Dimorfa e Virchowiana e com classificação operacional MB, ou seja, as formas da hanseníase responsáveis pela ocorrência de incapacidades físicas, danos neurológicos e transmissão da doença, indicando ainda um sinal de que o diagnóstico ocorreu tardiamente, demonstrando um despreparo da equipe de saúde na identificação dos casos, colaborando, assim, para a manutenção da cadeia de transmissão da doença <sup>14</sup>.

## Conhecimentos dos pacientes sobre Hanseníase

Ao serem indagados sobre a hanseníase, 16 (53,3%) alegaram não conhecer informações a respeito e 14 (46,7%) demonstraram algum conhecimento, mesmo que limitado. Referiam-se à hanseníase associando o quadro clínico e

preconceito vivenciado de acordo com as falas:

Uma doença que causa mancha no corpo e atinge os nervos. (paciente nº3). Doença malvada, silenciosa, que mesmo que cuide cedo ainda tem sequelas. (paciente nº15).

Doença perigosa que deixa a gente sem poder trabalhar, a maior dificuldade pra quem tem isso é o preconceito (paciente nº 22).

As falas corroboram com autores que afirmam que o conhecimento dos portadores sobre a hanseníase pouco está relacionado com as informações recebidas pelos profissionais da saúde e sim por própria experiência<sup>20</sup>. Associado a isso, 24 (80%) pacientes desconheciam a forma clínica da hanseníase adquirida, justificavam não lembrar devido à linguagem utilizada pelos profissionais e pela nomenclatura complicada da forma clínica.

Grande parte dos sujeitos do estudo, 21 (70%), não sabia como adquiriu a doença, (5) 16,7% relacionou o ambiente de trabalho como modo de obtenção e (4) 13,3% acredita que adquiriu a hanseníase por meio de um familiar que já foi portador. Em estudo foi observado que ter casos de hanseníase na família aumenta em 2,9 vezes o risco de contrair a doença<sup>16</sup>.

Ao serem questionados sobre o diagnóstico da hanseníase, 13 (43,3%) referiram ter procurado o serviço de saúde devido ao aparecimento de manchas com dormência no corpo, 11(36,7%) apresentaram dor nas articulações, mãos e pés e 6 (20%) referiram astenia de membros e queimação no corpo em igual proporção. Alguns pacientes relacionaram seus sinais e sintomas à hanseníase demonstrando possuir algum conhecimento a respeito dos sinais e sintomas característicos da doença, o que pode estar relacionado às campanhas de divulgação na mídia.

Para analisar os fatores relacionados à falta ou abandono ao tratamento, utilizou-se a divisão em fatores intrínsecos e extrínsecos os motivos mencionados para faltarem ou abandonarem o tratamento da hanseníase, o primeiro era definido por argumentos que explicitavam o fato de não comparecer ao serviço de saúde apenas para buscar a medicação e do desejo de faltar, e extrínsecos, estes eram caracterizados por justificativas e situações que independiam dos desejos dos pacientes e que constituíram entraves para faltar. No referido estudo, os autores verificaram que os fatores extrínsecos justificaram a totalidade das faltas em pacientes MB e representaram 70 % dos casos de abandono nesses pacientes<sup>10</sup>.

Utilizando-se desta classificação, nota-se que os fatores intrínsecos foram comentados por 17 (56,7%) dos pacientes, destacando-se: ausência de sintomas e pensamentos de não

necessidade de seguir o tratamento; ocorrência de outros problemas de saúde (câncer, depressão, anemia hemolítica); não aceitação da doença; pensamento de cura religiosa e constrangimento relacionado às idas mensais à UBS para receber o medicamento conforme verificado nos relatos:

Parei porque não estava sentindo mais nada (paciente nº 10).

Estava tomando remédio para depressão, você não tem ideia da quantidade de remédio que eu tomava, parei com o da hanseníase por uns tempos (paciente nº 6).

Pedi a Deus e ele me curou, não sentia mais nada, foi quando parei de tomar os remédios (paciente nº 23).

Eu deixei de ir porque não gosto que me vejam pegando os remédios, que me reconheçam, até já mudei de casa uma vez (paciente nº 15).

Por não receber a informação adequada, o paciente supõe que a partir do momento em que há uma diminuição ou desaparecimento dos sintomas que o incomodavam, deixa de ser necessário o uso dos medicamentos.

Na presença de outras patologias, o paciente tende a priorizar um dos problemas que afetam sua saúde, muitas vezes negligenciando o tratamento da hanseníase<sup>10</sup>.

A hanseníase ainda é uma doença repleta de estigmas e preconceitos, o paciente na maioria das vezes esconde o diagnóstico e o medo de ser descoberto leva-o a interromper o tratamento ou buscar assistência em locais distantes. Portanto, se faz necessário o desenvolvimento de ações de educação não somente aos profissionais de saúde, mas também à população, com o intuito de melhorar a detecção de novos casos contribuindo para uma posterior queda da doença devido à interrupção da cadeia de transmissão da doença<sup>21</sup>.

Os fatores extrínsecos foram citados por 13 (43,3%) dos pacientes como motivo para não assiduidade ao tratamento, abrangendo: falta de medicação na UBS; trabalho fora da cidade e viagens constantes; reações à PQT e moradia longe da UBS, o que dificultava as idas mensais a UBS, conforme as falas:

Não foi só uma vez não, várias vezes eu já fui buscar o remédio e não tinha no posto (paciente nº 3).

Me sentia muito mal tomando esses remédios, era dor no corpo todo, tinha dia que nem levantava da cama (paciente nº 8).

Deixei de tomar os remédios porque viajo muito por causa do trabalho e não tinha tempo pra ir buscar e no fim de semana é fechado (paciente nº 11).

É importante que o enfermeiro oriente sobre os possíveis efeitos adversos pelo uso da PQT e ainda sobre a ocorrência dos estados reacionais. Autores declaram que muitos pacientes preferem ocultar sua doença para não serem demitidos ou aposentados precocemente. O aparecimento da doença traz dificuldades no trabalho, principalmente associadas à liberação mensal de suas atribuições para comparecer à UBS, colocando em risco a continuidade no emprego<sup>22</sup>.

## CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que os pacientes que haviam faltado ou abandonado o tratamento da hanseníase possuem pouca escolaridade, refletindo em grandes números de desemprego e trabalhadores autônomos, tendo assim renda mensal baixa, que são fatores associados à falta e abandono da PQT.

Foi possível constatar que, os portadores de hanseníase apresentam pouco conhecimento sobre esta situação que pode estar relacionado à baixa escolaridade associada à dificuldade de compreender os termos técnicos utilizados pelos profissionais de saúde. Deste modo, é importante que os profissionais de saúde utilizem linguagem clara e objetiva ao transmitir aos pacientes informações relativas à doença e ao seu tratamento.

Os motivos apontados pelos pacientes por não comparecerem regularmente à UBS foram intrínsecos e extrínsecos, para os intrínsecos destacou-se: o fato de não comparecer ao serviço de saúde apenas para buscar a medicação e do desejo de faltar. Como fatores extrínsecos foram evidenciados: ausência dos sintomas; outros problemas de saúde; não aceitação da doença; pensamento de cura religiosa e constrangimento relacionado às idas mensais a UBS.

Assim, é necessário que haja uma mudança técnica-operacional, em relação ao acompanhamento dos pacientes portadores de hanseníase, bem como política de educação

*A hanseníase ainda é uma doença repleta de estigmas e preconceitos, o paciente na maioria das vezes esconde o diagnóstico e o medo de ser descoberto leva-o a interromper o tratamento ...*

permanente voltadas aos profissionais de saúde. Além da realização de ações educativas contínuas envolvendo paciente e família buscando a troca de experiências, promoção de mudanças no comportamento relacionado ao seguimento do tratamento, precedendo assim uma melhora da autoestima e da qualidade de vida dos pacientes. Neste contexto, é imprescindível a atuação do enfermeiro da UBS como integrante da equipe de saúde que atende aos portadores de hanseníase.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. 6 ed. Brasília: MS; 2005.
2. Bailarki SK. Estigma da Hanseníase: relato de uma experiência em grupo de pessoas portadoras. *Hansen Int.* 2007;32(1):27-36.
3. Margarido LC, Rivviti EA. Hanseníase. In: Verones R, Focaccia R, editores. Tratado de infectologia. 3ª ed. São Paulo: Atheneu;2005. p.939-72.
4. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância em Saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil. Ministério da Saúde. 2008.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do SUS. Indicadores de Transição Pacto pela Saúde e COAP - 2012 - Maranhão. Ministério da Saúde[Internet]. 2012 [citado em: 2013 abr]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet.exe?pacto/2012/cnv/pactma.def>.
6. Araújo RRDF. Educação conscientizadora na prática do enfermeiro em hanseníase [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005. 144 p.
7. Pinheiro MMO. A hanseníase em registro ativo no município de Passos, MG - Brasil [Dissertação]. São Paulo: Universidade de Franca; 2007. 62 p.
8. Martelli CMT, Stefani MM, Penna GO, Andrade ALSS. Endemias e epidemias brasileiras, desafios e perspectivas de investigação científica: hanseníase. *Rev Bras Epidemiol.* 2002; 5(3): 273-85.
9. Goulart IMB, Arbex GL, Carneiro MH, Rodrigues MS, Gadia R. Efeitos adversos da poliquimioterapia em pacientes com hanseníase: um levantamento de cinco anos em um Centro de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia. *RevSocBrasMed Trop.* 2002;35(5):453-60.
10. Fogos AR, Oliveira ERA, Garcia MLT. Análise dos motivos para o abandono do tratamento - o caso dos pacientes hansenianos da Unidade de Saúde de Carapina/ES. *Hansen Int.* 2000; 25(2):147-58.
11. Andrade VLG. Evolução da hanseníase no Brasil e perspectivas para sua eliminação como um problema de saúde pública [Tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 1996.
12. Eidt LT. O mundo da vida do ser hanseniano: sentimentos e vivências [Dissertação]. Porto Alegre: PUCRS. 2000; 252 p.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.125 de 7 de outubro de 2010. Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. *Diário Oficial da União.* 2010.
14. Alexandre ARS, Corrêa RGCF, Caldas AJM, Aquino DMC. Abandono de tratamento no programa de controle da hanseníase de um hospital universitário em São Luís - Maranhão. *Rev Hosp Univ UFMA.* 2009;10(1):40-4.
15. Duarte MTC, Ayres JA, Simonetti JP. Perfil Socioeconômico e Demográfico de Portadores de Hanseníase Atendidos em Consulta de Enfermagem. *RevLatAm Enfermagem.* 2007; 15 (spe):774-9.
16. Santos AS, Castro DS, Falqueto T. Fatores de risco para transmissão da Hanseníase. *Rev Bras Enferm.* 2008;61(spe): 738-43.
17. Neves SC, Rolla VC, Souza CTV. Educação em saúde: uma estratégia para minimizar o abandono do tratamento da tuberculose em pacientes do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/FIO CRUZ. *Rempec.* 2010 dez; 3(3): 96-115.
18. Aquino DMC, Caldas AJM, Silva AAM, Costa JML. Perfil dos pacientes com hanseníase em área hiperendêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2003; 36(1):57-64.
19. Martins MA. Qualidade de vida em portadores de Hanseníase [Dissertação]. Campo Grande: Universidade Católica Dom Bosco. 2000;98 p.
20. Nunes JM, Oliveira EM, Vieira VFC. Hanseníase: conhecimentos e mudanças na vida de pessoas acometidas. *CienSaude Colet.* 2011;16(1):1311-18.
21. Ribeiro FS, Silva MLA, Mendonça ALB, Soares JSA, Freitas CSL, Linhares MSC. Qualidade dos serviços prestados pelos CSF de Sobral - Ceará aos portadores de hanseníase nos anos de 2009 a 2010. *Sanare.* 2012;11(2):44-51.
22. Oliveira MHP, Romanelli G. Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero. *Cad Saude Publica.* 1998; 14(1):51-60.