

Faculdades Integradas de Patos  
Curso de Medicina  
v. 1, n. 3, Jul-Set 2016, p. 254-266.  
ISSN: 2448-1394



## FATORES RELACIONADOS AO ABANDONO OU INTERRUPTÃO DO TRATAMENTO DA HANSENÍASE

*FACTORS RELATED TO ABANDON OR INTERRUPTION OF LEPROSY TREATMENT*

Maria De Fátima Nogueira Rolim

Faculdade Santa Maria – FSM – Cajazeiras – Paraíba – Brasil

[nogueiranogueira25@outlook.com](mailto:nogueiranogueira25@outlook.com)

Vanessa Erika Ferreira Abrantes

Faculdade Santa Maria – FSM – Cajazeiras – Paraíba – Brasil

[vanessaerika.bio@gmail.com](mailto:vanessaerika.bio@gmail.com)

Geruslânia da Silva Almeida Pereira

Faculdade Santa Maria – FSM – Cajazeiras – Paraíba – Brasil

[geruslaniasilva@bol.com.br](mailto:geruslaniasilva@bol.com.br)

Milena Nunes Alves de Sousa

Faculdades Integradas de Patos – FIP – Patos – Paraíba - Brasil

[minualsa@hotmail.com](mailto:minualsa@hotmail.com)

Rayrla Cristina de Abreu Temoteo

Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Cajazeiras – Paraíba – Brasil

[rayrlacz@hotmail.com](mailto:rayrlacz@hotmail.com)

### RESUMO

**Objetivo:** Investigar a interrupção ou não adesão ao tratamento de pacientes com hanseníase no município de Cajazeiras – PB.

**Métodos:** Trata-se de uma pesquisa de campo de caráter exploratório descritivo, com abordagem quanti-qualitativa. A pesquisa foi realizada nas Unidades Básicas de Saúde Mutirão, João Bosco Braga Barreto e São José. Para a coleta de dados foi utilizada uma entrevista baseada em um questionário contendo questões que caracterizam a amostra e questões direcionadas ao objetivo do estudo. Os dados foram organizados e analisados conforme a técnica de análise de conteúdo e mediante literatura pertinente.

**Resultados:** Verificou-se prevalência de indivíduos com idade entre 49 a 58 anos, do sexo masculino, casados, ensino fundamental incompleto, do lar e com renda inferior a salário mínimo. Os dados qualitativos foram estratificados em: 1) Motivos para não

tomar o medicamento e sub-categorias: Esquecimento; Atividades laborais; Efeitos colaterais; Problemas familiares; e Alcoolismo. 2) Orientações dispensadas pela enfermagem sobre o tratamento da hanseníase, com sub-categorias Tomar medicamento no horário certo; e Complicações decorrentes da doença.

**Conclusão:** Os achados podem contribuir com a melhor compreensão e caracterização dos fatores relacionados ao abandono ou interrupção do tratamento da hanseníase.

**Palavras- chave:** Atenção Primária. Hanseníase. Tratamento.

## ABSTRACT

**Objective:** To investigate the interruption or non-adherence to treatment of leprosy patients in the city of Cajazeiras - PB.

**Method:** This is a descriptive exploratory field research with quantitative and qualitative approach. The survey was conducted in the Basic Units of Health Effort, João Bosco Braga Barreto and St. Joseph. For data collection was used an interview based on a questionnaire containing questions that characterize the sample and questions directed to the purpose of the study. Data were organized and analyzed according to content analysis and through literature.

**Results:** The results of the study were divided into two parts, the first part covers the demographic data demonstrated prevalence in persons aged between 49 and 58 years, 5 (55.6%) males with respect to the situation married, most are married, incomplete elementary school, home less than a minimum wage, in the second part to the data directly related to the object of study, patients were grouped into categories of analysis in the first category as: Reasons for not taking medicine and sub-categories: Forgetfulness; labor activities; Side effects; Family problems; and alcoholism. In the second category: Guidelines dispensed by nurses on the treatment of leprosy. How sub-categories take medicine at the right time and complications of the disease.

**Conclusions:** The results of this study contributed to better understanding and characterization of the factors related to the abandonment or discontinuance of the treatment of leprosy.

**Keywords:** Primary Health Care. Leprosy. Treatment.

## 1. Introdução

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*, uma bactéria intracelular obrigatória que compromete, principalmente, a pele e os nervos periféricos, o que pode ocasionar alteração da sensibilidade das áreas afetadas pela presença do bacilo. Esse tropismo neural é responsável pelo potencial incapacitante da doença que, sem intervenção, gera deformidades e incapacidades nos olhos, nas mãos e nos pés<sup>1</sup>.

O agente etiológico tem a capacidade de infectar grande número de indivíduos (alta infectividade), no entanto, poucos adoecem (baixa patogenicidade), propriedades estas que não são funções apenas de suas características intrínsecas, mas que dependem, sobretudo, de sua relação com o hospedeiro e grau de endemicidade do meio. O domicílio é apontado como importante espaço de transmissão da doença, embora ainda existam lacunas de conhecimento quanto aos prováveis fatores de risco implicados, especialmente aqueles relacionados ao ambiente social. 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 da doença. A melhoria das condições de vida e o avanço do conhecimento científico modificaram significativamente esse quadro e, hoje, a hanseníase tem tratamento e cura<sup>2</sup>.

De acordo com o Ministério da Saúde, na maioria das regiões do mundo a incidência da doença é maior nos homens do que nas mulheres. Existem outros fatores que favorecem a endemicidade, como as condições socioeconômicas desfavoráveis, condições precárias de vida e de saúde, e o elevado número de pessoas convivendo em um mesmo ambiente<sup>3</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) informa que 105 países e territórios reportaram casos de hanseníase durante o primeiro quadrimestre de 2012, mostrando uma prevalência mundial da doença de 181.941 casos em tratamento. O número de casos novos detectados em todo o mundo em 2011 foi de aproximadamente 219.075. O Brasil ocupou em 2012 a segunda posição em número de casos novos de hanseníase, com 33.303, correspondendo a 15,4%. A primeira posição está com a Índia, com 126.800 casos novos, o que corresponde a 57,8% do total<sup>4</sup>.

Os pacientes que não comparecem para tomar a dose supervisionada por mais de 30 dias devem ser visitados em seus domicílios pelos profissionais de saúde para pesquisar e intervir nas possíveis causas de falta, orienta-los e conseqüentemente evitar a situação de abandono<sup>1</sup>.

Os motivos do não comparecimento dos pacientes regularmente à Unidade básica de Saúde (UBS) são: não comparecer ao serviço de saúde, o desejo de faltar, assim como ausência dos sintomas, outros problemas de saúde, não aceitação da doença, pensamento de cura religiosa e constrangimento relacionado às idas mensais à UBS<sup>5</sup>.

O estudo estabeleceu um contato direto com o paciente acometido pela hanseníase, sendo este de fundamental importância não somente ao paciente, mas aos familiares, informando as devidas conseqüências que a doença pode causar, dentre elas estão: perda de sensibilidade e da força muscular, além de se tornar vítima de deformidades incapacitantes, muitas vezes ocasionando sua exclusão social. Para isso é preciso que o paciente faça o uso correto e contínuo da Poliquimioterapia (PQT).

Diante das pesquisas observou-se que são poucos os estudos que revelam as causas para a interrupção ou abandono do tratamento da hanseníase, sendo um grande problema de saúde pública onde há uma demanda crescente do número de casos de hanseníase. Portanto, delimitou-se o seguinte objetivo: investigar a interrupção ou não adesão ao tratamento de pacientes com hanseníase no município de Cajazeiras, Paraíba.

## 2. Métodos

Para alcançar os objetivos traçados optou-se por utilizar o percurso metodológico de um estudo de campo do tipo descritivo-exploratório com abordagem quanti-qualitativa, sendo desenvolvido junto aos pacientes atingidos pela hanseníase cadastrados em 3 (três) Unidades Saúde da Família do município de Cajazeiras, Paraíba.

A pesquisa foi realizada nas Unidades de Saúde da Família: Multirão, localizado na Rua Maria Anicete Cavalcante, S/N, Bairro Pio X, João Bosco Braga Barreto, localizada na Rua Luiz Paulo Silva, S/N, Bairro Capoeiras e São José/PAPS, localizada na Praça Irma Fernanda, N° 242, Bairro Casas Populares na cidade de Cajazeiras, um município brasileiro localizado no alto sertão paraibano, que fica a 477 km da capital João Pessoa. Segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística<sup>6</sup> apresenta uma população de cinquenta e oito mil quatrocentos e quarenta e seis (58.446) habitantes, que residem numa área total de 565,896 quilômetros quadrados, com densidade demográfica de 103,28 habitantes por quilometro quadrado. No município, no momento, há 22 Unidades de Saúde da Família, sendo localizadas 17 na zona urbana e 5 na zona rural. Foram escolhidas três unidades devido apresentar maior número de casos de hanseníase.

A população do estudo foi composta por 10 pacientes acometidos pela hanseníase, cadastrados nas USF do município de Cajazeiras (já citadas anteriormente), os quais abandonaram e/ou interromperam o tratamento da hanseníase. A amostra contou com 9 pacientes que aceitaram participar da pesquisa. Foi excluído da pesquisa um paciente por não se enquadrar nos critérios de inclusão, o mesmo relatou na entrevista que não abandonou o tratamento e seguiu corretamente as prescrições.

Participaram do estudo pacientes com hanseníase ou que realizaram acompanhamento no período de 2013 até 2015 (até o momento da coleta de dados), cadastrados nas ESF em estudo, notificados nos últimos 2 anos, em abandono (interromperam o tratamento por um período superior a 30 dias) ou interrupção (interromperam o tratamento por um período inferior a 30 dias) do tratamento da hanseníase, maiores de 18 anos e que concordaram em participar da pesquisa. Foram adotados como critérios de exclusão: pacientes com hanseníase, não cadastrados nas ESF em estudo e menores de 18 anos.

Foi utilizado um roteiro de entrevista estruturado contendo questões que caracterizaram a amostra e questões direcionadas ao objetivo do estudo.

A coleta de dados foi realizada de forma individual, domiciliar e seguiu o padrão proposto no instrumento, sendo gravada com auxílio de um gravador portátil com duração média de 30 a 40 minutos e posteriormente transcrita na íntegra no próprio instrumento sem intervenção da pesquisadora participante.

As questões referentes aos dados sociodemográficos foram trabalhadas de forma descritiva, por meio da construção de tabelas e/ou gráficos. Os dados coletados por meio de questões subjetivas foram analisados conforme a metodologia quantitativa e qualitativa, considerando a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento, quanto na sua transformação, como construções humanas significativas<sup>7</sup>. A sistematização dos dados foi realizada através da técnica de Análise de Conteúdo por Categorias Temáticas, proposta por Bardin<sup>8</sup>.

A Análise de Conteúdo (AC) é uma técnica de pesquisa que se deve compreender o pensamento do sujeito, por meio do conteúdo expresso no texto, em concepção clara de linguagem, quando o texto é um meio de procedimento do sujeito, onde o analista busca a categorização das unidades do texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem. A análise acompanhou as etapas do método de AC: Organização da análise; Codificação; Categorização; e Inferência<sup>8</sup>. Após a transcrição das entrevistas, foram visualizadas as falas, e em seguida, foram agrupadas em categorias de análise (método de análise por categorias temáticas).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade Santa Maria, Parecer nº 1.248.614.

### 3. Resultados e Discussão

#### 3.1 Caracterização Sociodemográfica

**Tabela 1 - Distribuição dos participantes do estudo conforme sexo, idade, estado civil e escolaridade**

	<b>VARIÁVEIS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>	34-40	3	33,3
	49-58	4	44,4
	64-66	2	22,2
<b>Sexo</b>	Masculino	5	55,6
	Feminino	4	44,4
<b>Estado civil</b>	Casado (a)	4	44,4
	União Estável	1	11,1
	Solteiro (a)	2	22,2
	Separado (a)	1	11,1
	Viúvo (a)	1	11,1
<b>Escolaridade</b>	Ensino Fundamental	6	66,7
	Incompleto	3	33,3
	Não Alfabetizado		
<b>Total</b>		9	100%

**Fonte: Dados de Pesquisa, 2015.**

Analisando os dados da tabela 1, pode-se observar que houve uma prevalência maior nos indivíduos com idade entre 49 a 58 anos, totalizando 44,4% dos entrevistados. Esse dado pode ser evidenciado devido a mudança da estrutura etária, com a diminuição relativa da população mais jovem e o aumento da idade que se aproxima da idade idosa considerando-se que o envelhecimento é acompanhado de diminuição da imunidade, tornando o indivíduo mais suscetível a patologias infectocontagiosas<sup>9</sup>.

Em relação ao sexo, pode-se observar que houve uma pequena prevalência do sexo masculino, porém não houve diferença significativa, pois 5 (55,6%) dos pacientes foram do sexo masculino e 4 (44,4%) do sexo feminino. Esse dado pode ser evidenciado pelo fato dos homens terem uma maior resistência em procurar o serviço de saúde, fazendo com que esse público tenha pouca orientação a respeito da prevenção e tratamento da doença, buscando atendimento somente quando a patologia já está instalada, muitas vezes em fases avançadas. Segundo relatório da Organização Mundial de Saúde, de 2010, embora a hanseníase afete ambos os sexos, na maioria das partes do mundo, os homens são afetados com mais frequência do que as mulheres. Deve ser salientado que a preponderância masculina em hanseníase não é universal e há várias áreas, particularmente na África, onde há ocorrência ou igual de hanseníase nos dois sexos, ou, ocasionalmente, até mesmo uma prevalência maior no sexo feminino<sup>10</sup>.

No que se refere à situação conjugal, 4 (44,45%) dos pacientes relataram ser casados, 2 (22,2%) solteiros, 1 (11,1%) vive em união estável, 1 (11,1%) separado e apenas 1 (11,1%) era viúvo. A situação conjugal é um dado bastante importante uma vez que o apoio familiar torna-se um elemento complementar para adesão e continuação do tratamento. A prevalência de indivíduos casados está de acordo com a faixa etária média dos pacientes, tendo em vista que nesta idade uma grande parcela da população já tem família constituída e cujo impacto da descoberta da doença, sobre todos, é significativa<sup>11</sup>.

Em relação à escolaridade, os dados demonstraram que 6 (66,7%) dos pacientes entrevistados possuem apenas o ensino fundamental incompleto e 3 (3,33%) não são alfabetizados. Esses dados tem conformidade com o estudo de Sousa<sup>5</sup>, realizado nas Unidades Básicas de Saúde de Imperatriz/MA, onde os resultados obtidos demonstraram um baixo nível de instrução entre os participantes do estudo, uma vez que a maioria possuíam ensino fundamental incompleto, seguidos daqueles que não eram alfabetizados.

O grau de escolaridade é um fator bastante importante, pois o mesmo interfere na compreensão das orientações repassadas pelos profissionais de saúde durante as consultas, prejudicando assim, a eficácia do tratamento.

**Tabela 2 - Distribuição dos participantes do estudo conforme número de pessoas no domicílio, ocupação atual e renda mensal familiar**

	VARIÁVEIS	Nº	%
<b>Nº de pessoas no domicílio</b>	1-2	2	22,2
	3-4	5	55,6
	5-7	2	22,2
<b>Ocupação atual</b>	Autônomo	1	11,1
	Do lar	5	55,6
	Servente	2	22,2
	Desempregado	1	11,1
<b>Renda Mensal familiar</b>	<1 Salário Mínimo	5	55,6
	1 Salário Mínimo	4	44,4
<b>Total</b>		9	100%

**Fonte: Dados de Pesquisa, 2015.**

Em relação ao número de pessoas que residem no domicílio, 5 (55,6%) dos pacientes relataram ter entre 3-4 membros residentes no domicílio, 2 (22,2%) 5-7 e 2 (22,2%) 1-2 familiares. Este é um dado bastante importante para o estudo, pois a hanseníase é uma doença contagiosa, sendo transmitida pelo contato direto de uma pessoa para a outra. O contato de pessoas com diagnóstico de hanseníase é apontado como sendo o grupo de maior risco de adquirir a doença. No entanto, as atividades relacionadas ao controle desse grupo têm sido pouco valorizadas pelos serviços e profissionais de saúde em seu contexto familiar e social, sendo mais vezes privilegiado o espaço para o controle da doença e do doente<sup>12</sup>.

Quanto à ocupação dos participantes, 5 (55,65%) eram do lar, 2 (22,2%) serventes, 1 (11,1%) autônomo e 1 (11,1%) desempregado. Podemos observar que a maioria não possuía profissão definida, ocupando-se basicamente em serviços gerais. Esses dados corroboram com um estudo realizado na rede de saúde do município de Jaguaré – ES, em relação ao tipo de ocupação mais encontrada entre casos e controles, houve predomínio de domésticas 93 (25,8%), de lavradores 79 (21,9%), aposentados 51 (14,2%) e braçais 15 (4,2%)<sup>13</sup>. Como visto nos resultados, os pacientes não possuem trabalhos fixos, fator que pode dificultar a adesão ao tratamento, uma vez que o início do uso do PQT necessita de uma maior atenção aos horários da medicação, como esses trabalhos não tem horários certos, pode impossibilitar a forma correta do tratamento.

Na renda familiar mensal dos participantes, 5 (55,6%) sobrevivem com menos de 1 salário mínimo (SM), 4 (44,4%) com um salário mínimo. Os resultados da pesquisa demonstraram que a maioria dos entrevistados vive com menos de um salário mínimo, um dado que se torna bastante insatisfatório, tendo em vista que essa situação interfere nas suas condições socioeconômicas, comprometendo assim sua qualidade de vida e a adesão ao tratamento.

### 3.2 Categoria I: Motivos para não Adesão ao Tratamento da Hanseníase

Quanto à Categoria I: Motivos para não tomar o medicamento, a mesma foi dividida nas seguintes subcategorias: Esquecimento; Atividades laborais; Efeitos colaterais; Problemas familiares; e alcoolismo.

Quando o paciente não comparece às consultas agendadas mensalmente para a dose supervisionada, é considerado pelos serviços de saúde um paciente faltoso. Esta falta pode significar a continuidade da transmissão da doença, a resistência do bacilo à medicação e o atraso na cura da hanseníase. Os faltosos devem ser precocemente identificados, para os procedimentos de busca, bem como os contatos intradomiciliares para exames dermatoneurológicos. O tratamento supervisionado contribui para reduzir o abandono de tratamento e aumentar o número de pessoas curadas<sup>1</sup>.

A identificação de fatores associados com abandono é importante para definir grupos de alto risco que possam ser acompanhados de forma mais cuidadosa durante a PQT. Isso não somente contribui na redução da taxa de abandono com todas suas implicações, mas também reduz o risco do desenvolvimento de resistência à PQT<sup>14</sup>.

#### Quadro 1 – Subcategorias da Categoria I - Motivos para não Adesão ao Tratamento da Hanseníase

<b>SUBCATEGORIA 1.1 – ESQUECIMENTO</b>
"Já esqueci, tomava às vezes, tinha dias que esquecia passava uns dias sem tomar no mês, né". (SIC) P2 "Esquecia às vezes. Por que esquecia". P3 "Não, às vezes, não esquecia sempre". P8
<b>SUBCATEGORIA 1.2 - ATIVIDADES LABORAIS</b>
"O motivo foi o trabalho, estava trabalhando aí esquecia". P4
<b>SUBCATEGORIA 1.3 – EFEITOS COLATERAIS</b>
"Porque eu não estava mais aguentando eu estava mim sentindo tonta e dores no estomago, desistir de tomar". P5 "Porque da reação na pele, quando tomava os comprimidos eu passava mal, porque lançava uma dor aqui no estômago, atacando meu folgo". (SIC) P6 "Porque estava inchada e aquelas coceiras neu". (SIC) P9
<b>SUBCATEGORIA 1.4 - PROBLEMAS FAMILIARES E ESTRESSE</b>
"Devido o movimento de coisa de fãmia mesmo em casa mesmo". (SIC) P7
<b>SUBCATEGORIA 1.5 – ALCOOLISMO</b>
"Pelo fato de beber eu não tomava o remédio". P9

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Quanto ao esquecimento as falas acima mostram a indiferença que os participantes têm em relação ao medicamento. É de grande importância que o paciente não se esqueça de tomar a medicação, pois o mesmo interfere no tratamento, contribuindo com o aumento da transmissão da patologia, dificultando sua cura.

O devido atendimento prestado pelos profissionais de saúde viabiliza aos pacientes a formação de conhecimentos sobre a sua doença. Um estudo qualitativo, que buscou conhecimentos e vivências únicas dos pacientes, concluiu que, os portadores de hanseníase que não apresentaram histórico de adesão ao tratamento medicamentoso, ao se comunicar com seus familiares, utilizavam explicações geradas pela imaginação popular, ignorando os aspectos científicos informados pelos profissionais da equipe de saúde, mostrando que essas informações não foram transmitidas de maneira adequada à compreensão pelos indivíduos estudados<sup>15</sup>.

Quanto ao relato referente às atividades laborais diárias, verifica-se que as mesmas surgem como um fator que dificulta a não adesão ao tratamento da hanseníase, o mesmo esquecia-se da medicação devido ao trabalho, ou seja, dava prioridade ao trabalho ao invés de cuidar da sua saúde, uma vez que a saúde deve estar em primeiro lugar, pois só assim o paciente pode exercer suas atividades de forma mais eficaz e segura.

O trabalho é descrito como principal atividade diária do indivíduo. Seus efeitos sobre a saúde podem ser positivos ou negativos, ou mesmo contribuir para o surgimento de doenças físicas ou psicológicas. Já a atividade de lazer diz respeito ao que se realiza distante do tempo de trabalho, com vistas à distração<sup>16</sup>. De acordo com o resultado do estudo, o trabalho tornou-se um ponto negativo em relação ao tratamento da hanseníase, tendo em vista que devido o mesmo o paciente abandonou seu tratamento.

Em relação aos efeitos colaterais que as drogas causam, isso pode fazer com que os pacientes deixem de tomar a medicação, ou seja, abandonar o tratamento. A PQT é geralmente bem tolerada e a ocorrência de efeitos adversos que justifiquem a mudança de esquema terapêutico é pouco frequente. Pacientes com suspeita de efeitos adversos devem ser referenciados. Após avaliação e conduta em unidade de referência, serão reencaminhados com indicação de esquema substitutivo para acompanhamento mensal na unidade de atenção primária<sup>17</sup>.

Qualquer medicamento, inclusive os utilizados no tratamento da hanseníase também podem causar efeitos colaterais, com os quais a equipe de saúde deve estar atenta, para encaminhar o paciente a tratamento adequado destes, e informar os efeitos mais comuns que ele normalmente vai ter ao começar o tratamento<sup>18</sup>.

Na Subcategoria 1.4: Problemas familiares estresse, observa-se que a família deve apoiar o paciente no momento que mais precisa, e não desprezá-lo, pois na maioria das vezes os familiares tendem a abandonar seus entes queridos.

A hanseníase deixa cicatrizes profundas nas pessoas, o estigma na maioria das vezes enraíza nelas e há grandes perdas e mudanças, tanto fisiológicas quanto psicológicas, perdas essas que se configuram no âmbito familiar de forma geral, perdas dos amigos, do trabalho e da saúde, fatos que ainda acontecem atualmente<sup>19</sup>.

Figueiredo<sup>20</sup> afirma que a hanseníase pode gerar conflitos que afetam de forma geral todo contexto vivencial do indivíduo que tem a doença, contextos esses que podem ser citados como familiares, sociais, profissionais e econômicos, e na maioria das vezes, configura-se na perda do convívio social. Essa perda está intimamente ligada à marca que envolve a doença, a qual está presente na própria pessoa enferma e na sociedade com a qual convive.

Outra subcategoria foi o uso do álcool, o que associado com a medicação da hanseníase é um grande empecilho para a cura da doença, pois o uso diariamente do álcool diminuem o efeito do tratamento e com isso fica mais difícil chegar até a cura.

De acordo com estudo realizado na cidade de Guaiúba - Ceará, atualmente, o alcoolismo representa um grave problema mundial, é insidioso e quando presente interfere nos cuidados pessoais, nos comportamentos e na diminuição do apetite, com consequências para a saúde. Conforme as condições de cada pessoa é possível beber moderadamente. Mas, o álcool não deve superar 4%da ingestão energética diária. O alcoolismo provoca mudanças nos hábitos alimentares<sup>16</sup>.

### 3.3 Categoria II – Orientações Dispensadas pela Enfermagem sobre o Tratamento da Hanseníase

Na segunda categoria: Orientações dispensadas pela enfermagem sobre o tratamento da hanseníase emergiram as seguintes subcategorias: Tomar medicamento no horário certo; e Complicações decorrentes da doença.

#### **Quadro 2 – Subcategorias da Categoria II - Orientações Dispensadas pela Enfermagem sobre o Tratamento da Hanseníase**

##### **SUBCATEGORIA 2.1 – TOMAR MEDICAÇÃO NO HORÁRIO CERTO**

*"Dizia a hora pra me tomar, pra não esquecer".P3*

*"Ela me orientava que não podia esquecer, tinha que tomar direitinho todos os dias, tomar a cartela toda".P5*

*"Dizia pra tomar o medicamento direitinho". P6*

*"Ela falava que bebesse o remédio certo até terminar".P8*

##### **SUBCATEGORIA 2.2 COMPLICAÇÕES DECORRENTES DA DOENÇA**

*"Explicava de sensibilidade, perder sensibilidade, Pra me ter mais cuidado".P7*

*"Falava das manchas que poderia aumentar, das complicações e sequelas". P4*

**Fonte: Dados da pesquisa, 2015.**

A consulta de enfermagem é uma atividade primordial na assistência, pois estabelece uma interação terapêutica do indivíduo e o profissional da saúde, o que possibilita o reconhecimento das condições de vida que determinarão os perfis de saúde e doença, além de direcionar a prática profissional para a independência, autonomia e qualidade de vida dos indivíduos. A agregação de elementos da história de vida de cada

pessoa, do contexto social e cultural poderá propiciar a identificação de fatores de risco e de proteção. Desta forma, as ações propostas não se restringirão à terapêutica medicamentosa, mas com a valorização do poder terapêutico da escuta e da palavra, da educação em saúde e do apoio psicossocial<sup>21</sup>.

De acordo com a subcategoria 2.1, percebe-se a partir dos relatos dos pacientes que os enfermeiros valorizam principalmente nas consultas de enfermagem orientações quanto ao horário da medicação. Portanto é necessário que os profissionais de saúde orientem os pacientes a respeito de todos os aspectos relacionados à doença.

Por sua vez, deixa-se clara a "importância do esclarecimento dos pacientes quanto aos vários aspectos da hanseníase, a fim de que compreenda as manifestações clínicas que vivenciam e a importância da adesão ao tratamento"<sup>22:3</sup>, além de estimular o autocuidado, fundamental na prevenção de incapacidades e manutenção de sua saúde. O acometido pela hanseníase precisa compreender a sua responsabilidade no tratamento e entender que ele é o sujeito ativo deste processo e o profissional de saúde deve trabalhar de forma integrada com os familiares para ampliar o cuidado.

#### **4. Considerações Finais**

A realização deste estudo propiciou um maior conhecimento acerca dos fatores relacionados ao abandono do tratamento da hanseníase, no que concerne às dificuldades afirmadas pelos entrevistados podendo conhecer de perto as necessidades e a falta de conhecimento da doença.

O abandono do tratamento da hanseníase permanece ainda com índices bastante elevados, porém é necessário que a assistência de enfermagem seja bem ampliada, realizada de maneira mais efetiva e de qualidade esclarecendo todas as dúvidas, explicando os mesmos com palavras claras para que os pacientes possam entender, já que o índice de escolaridade é bem baixo. O presente estudo demonstrou a realidade, onde se pôde perceber, que existem muitas falhas a serem corrigidas frente à temática abordada.

Os participantes desta pesquisa se mostraram receptivos, porém, alguns tímidos durante a realização das entrevistas, e por ser uma doença cheia de estigma e preconceito, os mesmos ficaram receosos em falar sobre a doença. Os motivos pelos quais os pacientes relataram o abandono do tratamento da hanseníase foram: esquecimento, atividades laborais, efeitos colaterais, problemas familiares e problemas alcoólicos. A maioria dos participantes tem uma visão limitada com relação às ações que eram realizadas pelo enfermeiro nas consultas, sendo que muitos deles não conseguiam sequer compreender o que estava sendo perguntado em relação a consulta de enfermagem.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 6ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o Controle da Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. No Brasil, embora a taxa de incidência da hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
5. Sousa AA, Oliveira FJF, Costa ACPJ, Santos Neto M, Cavalcante EFO, Ferreira AGN. Adesão ao tratamento da hanseníase por pacientes acompanhados em Unidades Básicas de Saúde de Imperatriz-MA. *SANARE*.2013;12(1):06-12.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisa. Coordenação de população e indicadores sociais. Censo. 2010.
7. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 27ª ed. Petrópolis: Vozes; 2008.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70; 2011.
9. Pereira DL, Brito LM, Nascimento AH, Ribeiro EL, Lemos KRM, Alves JN et al. Estudo da prevalência das formas clínicas da hanseníase na cidade de Anápolis-GO. *Ensaio e Ciência*. 2012;16(1):55-67.
10. Brito KKG, Araújo DZL, Uchôa REMN, FERREIRA JDL, Soares MJG, Lima JO. Epidemiologia da hanseníase em um estado do nordeste brasileiro. *Rev. Enferm. UFPE*. 2014;8(8):2686-93.
11. Fogos AR, Oliveira ERA, Garcia MLT. Análise dos motivos para o abandono do tratamento - o caso dos pacientes hansenianos da Unidade de Saúde em Carapina/ES. *Hansen. Int*. 2000;25(2);147-56.
12. Oliveira LA. Hanseníase entre contatos domiciliares no município de Maracaçumé – MA (dissertação). São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2014.
13. Santos AS, Castro DS, Falqueto A. Fatores de risco para transmissão da Hanseníase. *Rev. Bras. Enferm*.2008;61:738-43.
14. Trindade LC, Zamora AR, Mendes MS, Campos GP, Aquino JAP, Cantídio MM et al. Fatores associados ao abandono do tratamento da hanseníase em João Pessoa, estado da Paraíba. *Cad. Saúde Colet.*, 2009;17(1):51-65.
15. Ferreira IPS. Estudo do perfil e da satisfação com o tratamento dos pacientes do ensaio clínico estudo independente para determinar efetividade do esquema uniforme de

multidrogaterapia de seis doses (u-mdt) em Pacientes de hanseníase (dissertação). Brasília: Universidade de Brasília; 2013.

16. Luna IT, Beserra EP, Alves MDS, Pinheiro PNC. Adesão ao Tratamento da Hanseníase: Dificuldades Inerentes ao Portadores. Rev. Bras Enferm. 2010;63(6):983-90.

17. Tardin RT, D`Ângeles ACR, Cássia FF, Silva CM, Silva MCD, Lopes MEV et al. Linha de cuidado da Hanseníase. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil; 2010.

18. Garcia MO. Descentralização das atividades do programa de controle e combate a hanseníase para as unidades de saúde da família no município de água doce do norte (monografia). Vitória: Fundação de Assistência e Educação; 2011.

19. Baialardi KS. O estigma da hanseníase: relato de uma experiência em grupo com pessoas portadoras. Hansenol. int. (Online).2007;32(1);27-36.

20. Figueiredo APP. Hanseníase: do isolamento familiar ao social (monografia). Gurupi: Fundação UNIRG; 2012.

21. Duarte MTC, Ayres JA, Simonetti JP. Consulta de enfermagem ao portador de Hanseníase: proposta de um instrumento para aplicação do processo de enfermagem. Rev. Bras. Enferm 2008;61:767-73.

22. Vieira DS, Mota CCP, Sousa JO, Fernandes LTB, Silva DM. Consulta de enfermagem ao portador De hanseníase em hospital referência do município de João Pessoa-PB. [acesso em 20 jul. 2016]. Disponível em: <http://livrozilla.com/doc/1291503/consulta-de-enfermagem-ao-portador-de-hansen%C3%ADase>