Temas em Saúde
Vol. 19, N. 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

HANSENÍASE: ANÁLISE DE FATORES RELACIONADOS À INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO

LEPROSY: ANALYSIS OF FACTORS RELATED TO TREATMENT INTERRUPTION

Maria de Fátima Nogueira Rolim[1]
Surellyson Oliveira Pereira da Silva[2]
Rayrla Cristina de Abreu Temoteo[3]
Geruslânia da Silva Almeida Pereira[4]
Vanessa Erika Ferreira Abrantes[5]
Mayane Gabriele Borges Salzani[6]

RESUMO - A hanseníase configura- se com um problema de saúde pública e seu controle depende da participação de todas as instâncias de saúde. Nesse contexto, as unidades básicas de saúde são serviços da atenção básica com função primordial no diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos acometidos pela hanseníase. O tratamento da hanseníase não pode ser interrompido, seu abandono pode provocar reaparecimento dos bacilos, tornando o doente novamente contagiante. Objetivou-se investigar a interrupção ou não adesão ao tratamento de pacientes com hanseníase no município de Cajazeiras – PB. Trata-se de uma pesquisa de campo que seguiu a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de caráter exploratório descritivo, com abordagem quanti-qualitativa, realizada nas Unidades Básicas de Saúde Mutirão, João Bosco Braga Barreto e São José. A coleta de dados deu-se por entrevista baseada em roteiro com questões caracterizando a amostra e questões direcionadas ao objetivo do estudo. Os dados foram organizados e analisados conforme a técnica de análise de conteúdo, fundamentados na literatura pertinente. Os dados sociodemográficos demostraram uma prevalência nos indivíduos com idade entre 49 a 58 anos, 5 (55,6%) do sexo masculino, com a maioria de casados, ensino fundamental incompleto, do lar, menos de um salário mínimo. Dos dados

[1] Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Santa Maria, Cajazeiras (PB).
[2] Bacharel em Enfermagem. Especialista em Nefrologia.
[3] Enfermeira. Mestre e Docente na Faculdade Santa Maria.
[4] Especialista. Docente na faculdade Santa Maria.
[5] Mestre. Docente na faculdade Santa Maria.
[6] Bacharel em Enfermagem com Residência em Enfermagem em Clínica Cirúrgica.

Temas em Saúde
Vol. 19, N. 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

relacionados ao objeto de estudo, surgem duas categorias de análise: Motivos para não tomar o medicamento e sub-categorias: esquecimento; atividades laborais; efeitos colaterais; problemas familiares; problemas alcoólicos. Na segunda categoria, Orientações quanto ao tratamento da hanseníase e subcategorias: tomar medicamento no horário certo; e complicações decorrentes da doença. Conclui-se que os resultados deste estudo contribuíram para melhor compreensão e caracterização dos fatores relacionados ao abandono ou interrupção do tratamento da hanseníase.

Palavras-chave: Atenção primária; Hanseníase; Tratamento.

ABSTRACT - Leprosy is a public health problem and its control depends on the participation of all health instances. In this context, basic health units are primary care services with a primary function in the diagnosis, treatment and monitoring of those affected by leprosy. The treatment of leprosy cannot be interrupted, its abandonment can cause the bacilli to reappear, making the patient contagious again. This study aimed to investigate the interruption or non-adherence to treatment of leprosy patients in the city of Cajazeiras - PB. This is a field research that followed the Resolution 466/12 of the National Health Council, of descriptive exploratory character, with quantitative and qualitative approach, carried out in the Basic Health Units Mutirão, João Bosco Braga Barreto and São José. The data was given by script-based interview with questions characterizing the sample and questions directed to the objective of the study. Data were organized and analyzed according to the content analysis technique, based on the relevant literature. Sociodemographic data showed a prevalence in individuals aged 49 to 58 years, 5 (55.6%) male, with the majority of married, incomplete elementary school, home, less than one minimum wage. From the data related to the object of study, two categories of analysis appear: Reasons for not taking the drug and subcategories: forgetfulness; work activities; Side effects; family problems; alcohol problems. In the second category, Guidelines on leprosy treatment and subcategories: taking medication at the right time; and complications arising from the disease. It is concluded that the results of this study contributed to a better understanding and characterization of factors related to the abandonment or interruption of leprosy treatment.

Key words: Primary attention; Leprosy; Treatment

Temas em Saúde
Vol. 19, N. 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

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 na 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 (BRASIL, 2008).

O *Mycobacterium leprae* 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 (BRASIL, 2005).

De acordo com o Ministério da Saúde (2002), 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 (BRASIL, 2002).

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 (BRASIL, 2014).

Ao ser confirmado o diagnóstico de Hanseníase, a pessoa é encaminhada ao serviço de saúde, para fazer o devido tratamento. No entanto, ocorrem casos em que algumas pessoas faltam na data agendada para a tomada do medicamento. Os indivíduos

Temas em Saúde
Vol. 19, N. 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

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, orientar e, consequentemente, evitar a situação de abandono do tratamento (BRASIL, 2008).

De acordo com Sousa *et al*. (2013), os motivos do não comparecimento regularmente à unidade básica de saúde (UBS) são: 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 referida unidade de saúde.

A escolha do tema deste estudo foi devido ao interesse pela disciplina saúde do adulto II, na qual tive a oportunidade de estagiar em uma unidade básica de saúde na cidade de Cajazeiras- PB, e realizar um estudo de caso com uma pessoa atingida pela hanseníase. Então surgiu o interesse em estudar quais as causas que leva o paciente a faltar ou até mesmo abandonar o tratamento da doença.

O referido estudo estabeleceu um contato direto com o paciente acometido pela hanseníase, um contato de fundamental importância, não somente para o paciente, mas para seus familiares, informando as consequências que a doença pode causar, dentre elas estão: a perca da sensibilidade e também a força muscular, além de se tornar vítima de deformidades incapacitantes, muitas vezes ocasionando sua exclusão social. Assim, é indispensável fazer o devido tratamento, com o uso correto e ininterrupto 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, acarretando um grande problema de saúde pública, considerando-se que há uma incidência crescente do número de casos de hanseníase. Assim, o presente estudo tem como objetivo geral: Investigar a interrupção do tratamento da hanseníase ou a não adesão ao mesmo, por parte dos pacientes, no município de Cajazeiras (PB). Tem como objetivos específicos: Descrever a situação da Hanseníase no Brasil**;** evidenciar a importância da não interrupção ou não abandono do tratamento da Hanseníase; Traçar o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos pacientes com hanseníase; descrever os motivos da interrupção ou não adesão ao tratamento da hanseníase.

Temas em Saúde
Vol. 19, N. 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

REFERENCIAL TEÓRICO

A situação da hanseníase no Brasil

A hanseníase é uma doença infecto contagiosa de evolução lenta, causada pela bactéria *Mycobacterium leprae*, que pode acometer qualquer pessoa, em qualquer faixa etária. Manifesta-se principalmente por meio de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões de pele e lesões de nervos periféricos, em especial o mediano, radial, ulnar, tibial, fibular e o facial (MOREIRA *et al.,* 2014).

As principais manifestações da doença são lesões de pele com perda de sensibilidade, nódulos, placas, espessamento da derme e, em alguns casos, acometimentos dos referidos nervos periféricos, que são responsáveis pelas incapacidades nas mãos, nos pés e nos olhos. Estas deformidades contribuem para a transcendência, que pode ser definida como o custo pessoal e social dos agravos à população, ou seja, tudo em relação à saúde/doença/intervenção que pode interferir de forma direta nas relações sociais, econômicas, profissionais e culturais (LANA *et al.,* 2014).

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 (BRASIL, 2014).

Acredita-se que sua transmissão ocorra pelo contato íntimo e prolongado de indivíduo suscetível com paciente bacilífero, através da inalação dos bacilos. É necessário, entretanto, um longo período de exposição ao agente. O aparecimento da doença na pessoa infectada depende da relação parasita-hospedeiro. Além das condições individuais, outros fatores relacionados aos níveis de endemia e às condições socioeconômicas desfavoráveis, assim como condições precárias de vida e de saúde e o elevado número de pessoas convivendo em um mesmo ambiente, influem no risco de adoecer. No entanto, a cadeia de transmissão é interrompida quando o doente inicia o tratamento quimioterápico, deixando de ser transmissor, pois as primeiras doses da medicação reduzem os bacilos a um número que impede a infecção de outras pessoas (MOREIRA *et al*., 2014).

O diagnóstico precoce e o tratamento imediato contribuem para reduzir a incidência da doença, o risco de incapacidades, de sequelas e de deformidades, assim

Temas em Saúde
Vol. 19, N. 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

como a convivência social com pessoas curadas e sem incapacidades ou sequelas graves, bem cuidadas e inseridas socialmente pode modificar a percepção que as pessoas têm sobre a doença. Garantir que a população atingida pela hanseníase viva uma vida normal, desenvolva seus talentos e projetos de vida só é possível em um contexto de atenção à saúde no qual não se abandone o paciente após a cura da doença. Por isso, é fundamental avaliar todos eles durante o período de tratamento, no momento da alta e nos anos subsequentes (BRITO *et al.,* 2014).

Como exames complementares, pode-se utilizar a baciloscopia que é mais útil no diagnóstico laboratorial; é de fácil execução e baixo custo. Colhe-se o material a ser examinado (raspado de tecido dérmico) nos lóbulos das orelhas direita e esquerda, cotovelos direito e esquerdo e em lesão suspeita. A coloração é feita pelo método de Ziehl-Neelsen e apresenta-se o resultado sob a forma de índice baciloscópico (IB), numa escala que vai de 0 a 6+. A baciloscopia mostra-se negativa (IB=0) nas formas tuberculóide e indeterminada, fortemente positiva na forma virchowiana e revela resultado variável na forma dimorfa (OLIVEIRA, 2014).

O coeficiente de prevalência de hanseníase do Brasil, indicador utilizado para monitorar o progresso da eliminação dessa doença enquanto problema de saúde pública, vem sofrendo redução progressiva nos últimos anos. Isso decorre da diminuição no número de casos novos da doença, de modo mais acentuado a partir de 2003; da redução do tempo de tratamento com a polioquimioterapia (PQT) a partir do ano 2000; e da melhoria da qualidade das informações, com atualizações sistemáticas nos bancos de dados. No entanto, o padrão espacial de distribuição da hanseníase permanece o mesmo (BRASIL, 2013).

Em 2013, o coeficiente de detecção geral de casos novos no Brasil foi de 15,44/100.000 hab., o que corresponde um padrão de alta endemicidade. A redução desse coeficiente de 2003 a 2013 foi de 47,42%. Os coeficientes de detecção da hanseníase apresentam tendência de redução no Brasil, mas ainda com patamares muito altos nas regiões Norte e Centro Oeste, com coeficientes médios de 35,89/100.000 hab. e 38,59/100.000 hab., respectivamente. A região Nordeste apresenta situação de endemicidade muito alta perante a região Sul e Sudeste, com média de 23,79/ 100.000 hab. enquanto as regiões Sudeste e Sul apresentam parâmetros médios de endemicidade, com coeficientes de, respectivamente,
5,58/100.000 hab. e 4,08/100.000 hab (BRASIL, 2014).

A hanseníase no Brasil mostra que a prevalência da doença teve uma redução, ainda que a taxa de detecção não tenha diminuído efetivamente, apresentando uma

Temas em Saúde
Vol. 19, N. 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

elevação do ano de 2005 para 2006. O quadro deve-se à endemia oculta (pois é insipiente a busca ativa dos doentes nas áreas endêmicas), aos diagnósticos tardios, deficiência nos programas público-assistenciais, precariedade dos serviços de saúde, abandono do tratamento, baixo nível de esclarecimento da população, ao preconceito e estigma que recaem sobre a doença. Estima-se que somente 1/3 dos portadores do bacilo de Hansen esteja notificado e que, dentre esses, muitos fazem um tratamento irregular ou o abandonam, tendo como consequência bacilos resistentes às medicações e que podem levar a dificuldades no tratamento da doença, aumentando o problema nacional da hanseníase (MIRANZI; PEREIRA; NUNES, 2010).

A eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Brasil apresenta aspectos facilitadores que incluem: a decisão política de eliminação da hanseníase; a hanseníase no contexto do Plano Brasil Sem Miséria; a inserção da hanseníase em todas as pactuações do Sistema Único de Saúde (SUS); a existência de ampla cobertura de unidades básicas de saúde com potencial para diagnosticar e tratar a doença até a cura; equipe multiprofissional com a presença de médicos e enfermeiros para a garantia do diagnóstico e acompanhamento de casos em unidades de saúde; assistência secundária e terciária na rede de atenção à saúde; atuação constante e forte de movimentos sociais; parcerias com (ONG) organizações não governamentais (BRASIL, 2013).

A importância da não interrupção ou não abandono do tratamento da hanseníase

O Ministério da Saúde no Brasil classifica a Hanseníase para fins operacionais de acordo com o tratamento quimioterápico. A organização mundial de saúde (OMS) propõe uma classificação simplificada e operacional na qual se consideram dois grupos autônomos e estáveis. Os casos com até cinco lesões são considerados Paucibacilar (PB) e aqueles com mais de cinco lesões são identificados como Multibacilares (MB) (PEREIRA *et al.*, 2012).

Contudo, vários outros grupos são identificados, tais como o grupo denominado Hanseníase indeterminada (HI). As lesões da HI surgem após um período de incubação que varia, em média, de dois a cinco anos. Caracteriza-se pelo aparecimento de manchas hipocrômicas, com alteração de sensibilidade, ou simplesmente por áreas de hipoestesia na pele. As lesões são em pequeno número e podem se localizar em qualquer área da pele. Frequentemente, apenas a sensibilidade térmica encontra-se alterada. Não há comprometimento de troncos nervosos nesta forma clínica, apenas nos músculos nervosos cutâneos. A pesquisa deBacilos Álcool-Ácido Resistentes (BAAR) revela-se negativa. A

Temas em Saúde
Vol. 19, N. 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

HI é considerada a primeira manifestação clínica da hanseníase e, após período de tempo que varia de poucos meses até anos, ocorre evolução para cura ou para outra forma clínica (ARAÚJO, 2003).

Há também o grupo da Hanseníase tuberculóide (HT). Na hanseníase tuberculóide, o grau de resistência ao bacilo é grande. Essa forma caracteriza-se por máculas ou placas em pequeno número, forma e tamanho variados, bem delimitadas e de tom castanho, podendo ser cheias ou apresentando um bordo mais ou menos elevado e o centro plano e hipocrômico. Há alterações acentuadas de sensibilidade nas lesões e pode haver acometimento de troncos nervos superficiais ou profundos, mas, geralmente, em pequeno número. Há comprometimentos neurológicos que são específicos para essa forma clínica. A baciloscopia é negativa e a histopatologia revela granulomas tuberculóides que, às vezes, tocam a epiderme, destroem filetes nervosos e os bacilos não são visíveis, a não ser em cortes seriados. Reação de Mitsuda sempre positiva forte (7 mm ou mais). Grande parte dos casos é autolimitada, curando-se espontaneamente (URA, 2002).

Há ainda o grupo da Hanseníase virchowiana (HV), caracterizando-se clinicamente pela disseminação de lesões de pele que podem ser eritematosas, infiltrativas, de limites imprecisos, brilhantes e de distribuição simétrica. Nos locais em que a infiltração for mais acentuada podem se formar pápulas, tubérculos, nódulos e placas chamadas genericamente de hansenomas. Pode haver infiltração difusa da face e de pavilhões auriculares com perda de cílios e supercílios. Devem ser valorizados sintomas gerais incluindo obstrução nasal e rinite, mesmo na ausência de lesões significativas de pele e de nervos (BRASIL, 2010).

Por fim, há o grupo da Hanseníase dimorfa (HD). É caracterizado por sua instabilidade imunológica, o que faz com que haja grande variação em suas manifestações clínicas, seja na pele, nos nervos, ou no comprometimento sistêmico. As lesões da pele revelam ser numerosas e a sua morfologia mescla aspectos de HV e HT, podendo haver predominância ora de um, ora de outro tipo. Compreendem placas eritematosas, manchas hipocrômicas com bordas ferruginosas, manchas eritematosas ou acastanhadas, com limite interno nítido e limites externos imprecisos, placas eritemato-ferruginosas ou violáceas, com bordas internas nítidas e limites externos difusos (lesões foveolares). Quando numerosas, são chamadas lesões em renda ou queijo suíço. (ARAÚJO,2003).

Temas em Saúde
Vol. 19, N. 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

Atualmente, a prevenção das deficiências e das incapacidades físicas resultantes da doença é realizada por meio do diagnóstico e do tratamento precoce. O tratamento da hanseníase compreende: quimioterapia específica; supressão dos surtos reacionais, com corticoides e talidomida; prevenção de incapacidades físicas; reabilitação física e psicossocial. A poliquimioterapia (PQT) com rifampicina, dapsona e clofazimina é a base do tratamento (PACHECO; SEIXAS, 2014).

A poliquimioterapia emprega esquemas baseados na classificação operacional. Para paucibacilares, são 6 doses, incluindo 1 dose de rifampicina 600 mg/mês e dapsona 100 mg/dia. Para multibacilares, são 12 doses, acrescentando clofazimina, 1 dose de 300 mg/mês e 50 mg/dia. Empregam-se esquemas substitutivos na contraindicação a alguma droga. Drogas alternativas são ofloxacina e/ou minociclina. Em casos excepcionais, recomenda-se a administração mensal do esquema ROM (rifampicina, 600 mg, + ofloxacina, 400 mg, + minociclina, 100 mg), 6 doses nos paucibacilares e 24 nos multibacilares (LASTÓRIA; ABREU, 2012).

Mesmo realizando tratamento um paciente acometido por hanseníase pode desenvolver recidiva, tendo como fatores que podem contribuir para que isso ocorra algumas características inerentes ao *Mycobacterium leprae* como bacilos persistentes e fatores relacionados à cinética das drogas como irregularidade de tratamento pelo paciente e alterações que possam levar a menor absorção. Tais condições podem resultar em recidivas ou mesmo manutenção da doença ativa, sendo necessário prolongar o tempo de tratamento em pacientes nessas condições (OLIVEIRA, 2014). 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 (SOUSA *et al*., 2013).

Na medida em que as taxas de alta por cura e de abandono do tratamento praticamente estabilizaram-se, a meta de eliminação da hanseníase ficou protelada. Provavelmente porque, ao implementar a PQT, questões relevantes como os prejuízos causados pelos efeitos adversos às drogas, assim como o manejo desses efeitos não foram levados em consideração, sendo que tais questões podem contribuir efetivamente para o afastamento do paciente e, ainda, levar à adoção de esquemas monoterápicos pelas equipes de saúde, que aumentam a probabilidade de resistência medicamentosa (GOULART *et al*., 2002).

Segundo Junior (2008), alguns motivos que levam os pacientes a abandonar o tratamento da hanseníase são esses: a distância da casa do doente para a unidade de saúde

Temas em Saúde
Vol. 19, N. 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

pode-se mostrar como um impedimento para o tratamento correto da doença, outro motivo pode ser a duração do tratamento, que dependendo do tipo de hanseníase pode levar de 6 a 12 meses de tratamento contínuo e diário, e por último podemos enfatizar as reações hansênicas, que embora bastante raras acometem alguns indivíduos durante o tratamento, fazendo com que estes interrompam ou mesmo abandonem o tratamento.

O uso do esquema de poliquimioterapia reduz o tempo de tratamento. O tratamento da hanseníase paucibacilar é de no mínimo 6 meses e estendendo a 9 meses, caso tenha pausa/interrupção no tratamento. Enquanto a multibacilar é de 12 a 18 meses, também sendo influenciado pela pausa/interrupção. O tratamento da hanseníase não pode ser interrompido, pois pode provocar recaída e reaparecimento dos bacilos, tornando o doente novamente contagiante. O tratamento que foi interrompido pode e deve ser recomeçado em qualquer época. Ao final do tratamento o doente fica curado e recebe alta, não sendo necessário ficar sob o controle supervisionado dos serviços de saúde. Qualquer doente, mesmo em tratamento, pode apresentar reações, caroços vermelhos com febre alta, dor nos nervos e outras manifestações. Todos esses casos devem ser encaminhados aos médicos, porque existem outros remédios para controlar essas crises (PIAUÍ; LUZ, 2009).

Ações da Estratégia Saúde da Família no combate ao abandono do tratamento da hanseníase.

O atual cenário da atenção primária à saúde no Brasil está ancorado na Estratégia de Saúde da Família (ESF), que tem papel fundamental na reorientação do modelo assistencial e na consolidação das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). A ESF está pautada em princípios da família como foco de abordagem, território definido, a descrição da clientela, trabalho em equipe multidisciplinar, com responsabilização, integralidade, resolutividade, intersetorialidade e estímulo à participação social (LANZA; LANA, 2011).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, a atenção primária é responsável pelo manejo das necessidades de saúde de maior frequência e relevância no território, realizando ações de promoção da saúde, proteção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação no âmbito individual e coletivo. No entanto, estudos evidenciam que os municípios brasileiros ainda enfrentam dificuldades na integração das ações de controle da hanseníase (ACH) na APS, tanto no âmbito individual, devido à ausência de profissionais capacitados para realizar o diagnóstico e tratamento, como no âmbito

Temas em Saúde
Vol. 19, N. 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

coletivo, com a realização de ações educativas pontuais para a comunidade, busca dos contatos e vigilância epidemiológica (LANZA, 2014).

A hanseníase é um grande problema de saúde pública e seu controle depende da participação de todas as instâncias do sistema municipal de saúde. Nesse contexto, a UBS é um serviço da atenção básica que, por ser uma das portas de entrada dos pacientes nos serviços de saúde, tem uma função primordial no diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos portadores de hanseníase. Um serviço é porta de entrada quando identificado pela população e pela equipe como o primeiro recurso de saúde. Para isso, deve ser de fácil acesso e disponível (SOUZA *et al.,* 2013).

A consulta de enfermagem é capaz de identificar além das demandas específicas, outras demandas pertencentes ao dia a dia do ser doente, incluindo as que estão relacionadas ao estigma e ao potencial incapacitante da hanseníase, tomando as necessidades do doente como centro de suas intervenções e práticas. Busca-se na consulta de enfermagem, a criação de vínculo e confiança com o cliente, para oferecer uma atenção de qualidade, humanizada e efetiva, priorizando-se a cura e prevenção de incapacidades (HIRLE, 2009).

Desse modo, é função da (o) Enfermeira(o) da ESF proporcionar uma educação continuada dos auxiliares e técnicos de enfermagem, bem como dos agentes comunitários de saúde, e principalmente, realizar consultas de enfermagem que proporcionem, dentre outras funções, a identificação dos fatores de risco e de adesão no tratamento da hanseníase (JUNIOR *et al*., 2008).

O cuidado é cultural, pois cada povo tem seu próprio jeito de cuidar, considerando como diversidade do cuidado. Nessa perspectiva, para uma assistência adequada, a(o) enfermeira(o) pode avaliar os comportamentos de cuidados culturais, decidindo com a pessoa se são preserváveis, mutáveis ou negociáveis (JUNIOR *et al*., 2008).

O cuidar desses pacientes envolve objetivos, como avaliar, confortar, ajudar, favorecer, promover, restabelecer, restaurar e etc. Esse cuidado almeja a cura, mas independe de sua consecução. Deve ser um cuidado permanente e holístico, envolvendo os vários aspectos da vida do paciente (SANTOS *et al.,* 2012).

A hanseníase é uma doença de notificação compulsória em todo o território nacional e de investigação obrigatória. A ficha de notificação/ investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN deve ser preenchida para os casos novos, recidivas, transferidos, reingressos de abandono, outros reingressos e enviada à Gerência de Dermatologia Sanitária (GDS). Para os casos diagnosticados em menores de quinze

Temas em Saúde
Vol. 19, N. 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

anos, preencher o Protocolo complementar de diagnóstico de hanseníase em menores de 15 anos e anexar à notificação (RIO DE JANEIRO, 2010).

O SINAN representa a fonte nacional de informações sobre agravos de notificação, apresenta ainda algumas limitações relacionadas à fidedignidade dos dados, à duplicidade de registros e à ausência de padronização no lançamento dos dados; entretanto, tem se aperfeiçoado a cada ano e vem se consolidando como uma importante fonte de dados em pesquisas em saúde (LANA; CARVALHO; DAVI, 2011).

O diagnóstico da hanseníase é feito a partir da apresentação clínica e/ou da identificação do *M. leprae*. A baciloscopia da linfa é o exame microscópico onde se observa o *M. leprae* diretamente nos esfregaços de raspados intradérmicos das lesões hansênicas ou de outros locais de coleta selecionados: lóbulos auriculares e/ou cotovelos (MOREIRA *et al*., 2006).

O diagnóstico de caso de hanseníase na atenção básica de saúde 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). Os casos com suspeita de comprometimento neural sem lesão cutânea (suspeita de hanseníase neural pura) e aqueles que apresentam área(s) com alteração sensitiva e/ou autonômica sem lesão cutânea evidente deverão ser encaminhados para unidades de saúde de maior complexidade para confirmação diagnóstica. Deve-se abordar, na anamnese, a presença dos sinais e sintomas, bem como acolher as dúvidas, impressões e opiniões do paciente (BRASIL, 2007).

O exame dermatológico consiste na identificação de lesões de pele por meio de inspeção de toda a superfície corporal do paciente e realização de pesquisa de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil nas lesões e/ou áreas suspeitas para verificar qualquer alteração. O profissional deverá orientar o paciente como os testes serão realizados, certificando-se de sua compreensão para maior colaboração. É necessária a concentração do examinador e do paciente (BRASIL, 2007).

Já a avaliação neurológica deve ser realizada no processo de diagnóstico, semestralmente e na alta do tratamento, na ocorrência de neurites e reações ou quando houver suspeita das mesmas, durante ou após o tratamento PQT e sempre que houver queixas. Os principais nervos periféricos acometidos na hanseníase são os que passam: pela face – trigêmio e facial, que podem causar alterações na face, nos olhos e no nariz; pelos braços – radial, ulnar e mediano, que podem causar alterações nos braços e mãos; pelas pernas – fibular comum e tibial posterior, que podem causar alterações nas pernas e pés (BRASIL, 2001).

Temas em Saúde
Vol. 19, N. 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

É necessário trazer os contatos para ser examinados e fazer a profilaxia por meio da vacinação com o Bacilo de Calmette e Guérin (BCG). Pelas normas atuais do Ministério da Saúde, a prevenção consiste no diagnóstico precoce de casos e na utilização do BCG por via intradérmica. Para tal, recomenda-se o exame dermatoneurológico de todos os contatos intradomiciliares do caso diagnosticado nos últimos cinco anos (LIMA *et al.,* 2014).

O contato da equipe de saúde com a pessoa em tratamento deverá ocorrer mensalmente. Nesse momento, deverá ser administrada a dose supervisionada do medicamento indicado pelo tratamento PQT e, também, ser entregue os medicamentos correspondentes ao mês subseqüente para que seja utilizado de forma auto-administrada, sempre de acordo com o preconizado pelos esquemas anteriormente apontados. O esquema de administração da dose supervisionada deve ser o mais regular possível – de 28 em 28 dias. Porém, se o contato não ocorrer na unidade de saúde no dia agendado, não se deve deixar de provocá-lo, mesmo que no domicílio, pois a garantia da administração da dose supervisionada e da entrega dos medicamentos indicados para a automedicação é imprescindível para o tratamento adequado (BRASIL, 2001).

Alguns critérios para alta nos casos paucibacilares serão considerados curados os pacientes que completarem as seis doses supervisionadas num período de até 09 meses, já nos casos multibacilares serão considerados curados os pacientes que completarem as doze doses supervisionadas num período de até 18 meses. Pacientes que apresentarem pouca ou nenhuma melhora após completarem o tratamento devem ser encaminhados para unidade de referência (RIO DE JANEIRO, 2010).

METODOLOGIA

Desenho do estudo

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.

Conforme Minayo (2008), a metodologia destina-se viabilizar a obtenção dos dados que serão estudados e que servirão para o enriquecimento dos conhecimentos científicos. Para tanto, o modelo metodológico adotado deve ser capaz de abranger os

Temas em Saúde
Vol. 19, N. 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

fenômenos observados no mundo empírico e, assim, descrever e explicar esses fenômenos.

Dentre a discussão de Prestes (2008), o estudo descritivo busca traçar o perfil de certas variáveis através de métodos qualitativos. Nesse contexto, argumenta que a abordagem qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis.

Segundo Gil (2008), a pesquisa exploratória "tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema com vista a torná-lo mais explícito ou a constituir hipótese e tem como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições". A pesquisa quantitativa se centra na objetividade, influenciada pelo positivismo, que considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis (GERHARD; SILVEIRA, 2009).

Na abordagem qualitativa, será utilizado o método de análise de conteúdo (AC) proposto por Bardin, o qual busca revelar a visão dos participantes acerca de um assunto, consistindo em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter a desição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens (BARDIN, 2011).

A metodologia quanti-qualitativa foi escolhida em virtude das questões expressas nesta pesquisa que podem ser classificadas a partir de falas vindas dos próprios sujeitos, pois permite estudar entre outras coisas, os fatores relacionados ao abandono ou interrupção do tratamento da hanseníase. Deste modo, a abordagem quanti- qualitativa se caracteriza como o método que atende a proposta desse estudo.

Local do estudo

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 – IBGE (2010)

Temas em Saúde
Vol. 19, N. 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

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.

População e amostra

Na pesquisa cientifica, população é definida como um conjunto definido de elementos que possuem determinadas características. Dessa forma, consiste no universo a ser pesquisado, definido a partir do problema, pergunta, hipóteses ou objetivos da pesquisa (ZAPELINI; ZAPELINI, 2013). A amostra é parte da população ou do universo, selecionada de acordo com uma regra ou um plano. Refere-se ao subconjunto do universo ou da população, por meio do qual estabelecemos ou estimamos as características desse universo ou dessa população (PRODANOV; FREITAS, 2013).

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.

Critérios de inclusão e exclusão

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.

Temas em Saúde
Vol. 19, N. 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

Coleta de dados e instrumento

Inicialmente, o projeto foi encaminhado para submissão e apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade Santa Maria. Após aprovação do CEP, sob parecer nº 1.248.614 iniciou-se o processo de coleta de dados. Posteriormente foi encaminhado um ofício para as unidades de saúde selecionadas com objetivo de obter autorização para a realização da pesquisa. Antes da coleta de dados, a pesquisadora e os pacientes assinaram em duas vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ficando uma cópia com cada uma das partes envolvidas, o qual informa o teor científico e as características da pesquisa no momento da coleta de dados.

Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado 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. Após término, os dados obtidos foram analisados.

Análise de dados

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 (MINAYO, 2008). A sistematização dos dados foi realizada através da técnica de Análise de Conteúdo por Categorias Temáticas, proposta por Bardin (2011).

Bardin (2011), ressalva a dificuldade de se compreender a análise de conteúdo como método uniforme, alertando para o fato de que se trata, antes, de um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Por isso, a autora complementa que a mesma deve ser entendida não como instrumento, mas como leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações.

Temas em Saúde
Vol. 19, N. 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

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: tem o objetivo de tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais numa espécie de pré-análise, conduzindo um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise, sendo o tratamento dos resultados obtidos conduzidos de forma a serem significativos e válidos, passíveis de interpretação por meio de estatísticas simples ou de análise fatorial;
- Codificação: incide numa transformação, seguindo regras concisas, de dados brutos do texto, passando do recorte, agregação e enumeração, atingindo uma representação do conteúdo ou da sua expressão, possível de esclarecer o analista acerca das características do texto e facilitar a escolha das categorias analíticas;
- Categorização: refere-se a uma classificação operacional de elementos característicos de um conjunto por diferenciação e sucessivamente por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos, formando categorias/classes que reúnem grupos de elementos com características semelhantes/comuns, sob um título genérico;
- Inferência: é o andamento de indução, quando o pesquisador visa obter inferências válidas sobre a relação causa/efeito utilizando o canal da comunicação e as mensagens com significação.

Após a transcrição das entrevistas, foram visualizadas as falas, e em seguida, foram agrupadas em categorias de análise (método de análise por categorias temáticas).

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, foram esclarecidas as informações, objetivos, interesse e motivo da pesquisa; respeitados os direitos legais de confidencialidade e liberdade dos participantes do estudo; além de observados os princípios da Bioética no que concerne a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Respeitando o anonimato do participante, bem como, a desistência do mesmo em qualquer fase de desenvolvimento dessa pesquisa.

Temas em Saúde
Vol. 19, N. 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Buscando atingir os objetivos propostos do estudo e uma melhor compreensão dos resultados, este capítulo apresenta a descrição e análise dos resultados da pesquisa.

A seguir serão apresentados os resultados alcançados através do roteiro de entrevista semiestruturada. Os dados foram divididos em duas partes, a primeira referente aos dados sócio demográficos e na segunda parte são apresentados os resultados da pesquisa diante das falas dos participantes a respeito dos motivos para abandono ou interrupção do tratamento.

A identificação das participantes foi preservada, utilizando-se das taxonomias de *P01 a P9.*

Caracterização sociodemográfica

Neste capítulo será abordado os dados referentes ao perfil sociodemográfico, uma vez que possibilita o primeiro reconhecimento dos pacientes analisados.

Temas em Saúde
Vol. 19, N. 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

Tabela I: Distribuição dos participantes do estudo conforme sexo, idade, estado civil e escolaridade. Brasil. Cajazeiras - Paraíba, 2015.

	VARIÁVEIS	N°	%
Idade	34-40	3	33,3
	49-58	4	44,4
	64-66	2	22,2
Total		9	100%
Sexo	Masculino	5	55,6
	Feminino	4	44,4
Total		9	100%
Estado civil	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
Total		9	100%
Escolaridade	Ensino Fundamental Incompleto	6	66,7
	Não Alfabetizado	3	33,3
Total		9	100%

Fonte: Própria pesquisadora/2015.

Analisando os dados da tabela I, pode-se observar que houve uma prevalência maior nos indivíduos com idade entre 49 a 58 anos, totalizando 44,4%dos entrevistados. De acordo com Pereira et al. (2012), 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 infecto-contagiosas.

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 (2010), embora

Temas em Saúde
Vol. 19, N. 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

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 (BRITO et al. 2014 p. 2690).

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. De acordo com Fogos; Oliveira e Garcia (2000), 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.

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 *et al*., (2013), 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 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.

Temas em Saúde
Vol. 19, N. 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

Tabela II: Distribuição dos participantes do estudo conforme número de pessoas no domicilio, ocupação atual e renda mensal familiar. Brasil. Cajazeiras - Paraíba, 2015.

	VARIÁVEIS	N°	%
N° de pessoas no domicílio	1-2	2	22,2
	3-4	5	55,6
	5-7	2	22,2
Total		9	100%
Ocupação atual	Autônomo	1	11,1
	Do lar	5	55,6
	Servente	2	22.2
	Desempregado	1	11,1
Total		9	100%
Renda Mensal familiar	<1 Salário Mínimo	5	55,6
	1 Salário Mínimo	4	44,4
Total		9	100%

Fonte: Própria pesquisadora/2015

Em relação ao número de pessoas que residem no domicilio, 5 (55,6%) dos pacientes relataram ter entre 3-4 membros residentes no domicilio, 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. De acordo com Oliveira (2014), 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.

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 possuí profissão definida, ocupando-se basicamente em serviços gerais. Esses dados corroboram com Santos; Castro; Falqueto, (2008), 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%), seguido de lavradores 79 (21,9%), aposentados 51 (14,2%) e braçais 15 (4,2%). Como visto nos resultados dos dois estudos mencionados, 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

Temas em Saúde
Vol. 19, N. 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

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, 4 (44,4%) com um salário mínimo. Os resultados da pesquisa demonstraram que a maioria dos entrevistados vivem 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. Esses dados tem conformidade com o estudo de Gomes et al.(2014), realizado na cidade de Cajazeiras- PB onde os resultados mostram baixa renda mensal familiar, 10 (50%) dos acometidos pela hanseníase relataram possuir renda mensal de 1 salário mínimo (SM), 4 (20%) menos de 1 SM e 6 (30%) afirmaram receber entre 2 e 3 SM. Nota-se que a maioria dos pacientes é de baixa renda.

Motivos para não adesão ao tratamento

Esta segunda parte do estudo mostra a apresentação dos resultados da coleta de dados relacionados às questões direcionadas ao principal objetivo do estudo. Os dados foram divididos em categorias sendo analisados a partir da Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin.

Quanto aos dados diretamente relacionados ao objeto de estudo, estratificou-se em categorias como: Motivos para não tomar o medicamento e sub-categorias: Esquecimento; Atividades laborais; Efeitos colaterais; Problemas familiares; problemas alcoólicos. Na segunda categoria: Orientações dispensadas pela enfermagem sobre o tratamento da hanseníase. E como sub-categorias tomar medicamento no horário certo e complicações decorrentes da doença.

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 (BRASIL, 2008).

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

Temas em Saúde
Vol. 19, N. 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

implicações, mas também reduz o risco do desenvolvimento de resistência à PQT (TRINDADE et al. 2009)

CATEGORIA I-MOTIVOS PARA NÃO TOMAR O MEDICAMENTO.

SUBCATEGORIA 1.1–ESQUECIMENTO
"Já esqueci, tomava às vezes, tinha dias que esquecia passava uns dias sem tomar no mês, né". P2 *"Esquecia ás vezes. Por que esquecia". P3* *"Não, às vezes, não esquecia sempre". P8*

Quadro 01– Subcategoria 1.1: Motivos para não tomar o medicamento Esquecimento. Brasil. Cajazeiras-PB.
Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Quanto ao esquecimento as falas acima mostram a indiferença que os participantes tem em relação ao medicamento. É de grande importância que o paciente não 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 (FERREIRA, 2012).

Temas em Saúde
Vol. 19, N. 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

SUBCATEGORIA 1.2 - ATIVIDADES LABORAIS
"O motivo foi o trabalho, estava trabalhando aí esquecia". P4

Quadro 02– Subcategoria 1.2: Atividades laborais. Brasil. Cajazeiras-PB.
Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Observa- se no relato acima que as atividades laborais diárias surgem como um fator que dificulta a não adesão ao tratamento da hanseníase, o mesmo esquecia 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 (LUNA et al,2010). 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.

SUBCATEGORIA 1.3 – EFEITOS COLATERAIS
"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

Quadro 03– Subcategoria 1.3: Efeitos colaterais. Brasil. Cajazeiras-PB.
Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

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

Temas em Saúde
Vol. 19, N. 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

reencaminhados com indicação de esquema substitutivo para acompanhamento mensal na unidade de atenção primária (TARDIN et al. 2010).

De acordo com Garcia (2011), 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.

SUBCATEGORIA 1.4 - PROBLEMAS FAMILIARES E ESTRESSE
"Devido o movimento de coisa de famia mesmo em casa mesmo". (SIC) P7

Quadro 04– Subcategoria 1.4: Problemas familiares estresse. Brasil. Cajazeiras-PB.
Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Com o relato acima podemos observar que a família deve apoiar o paciente no momento que mais precisa, e não desprezá-lo, na maioria das vezes seus familiares tendem a abandonar seus entes queridos.

De acordo com Baialardi (2007), 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.

Além disso, Figueiredo (2012), 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.

SUBCATEGORIA 1.5 – ALCOOLISMO
"Pelo fato de beber eu não tomava o remédio". P9

Quadro 05– Subcategoria 1.5: Problemas alcóolicos. Brasil. Cajazeiras-PB.
Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Temas em Saúde
Vol. 19, N. 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Conforme relato acima percebe-se que o uso do álcool 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 o estudo de Rocha (2010), a dependência do álcool e outras drogas apontam como relevantes às redes sociais, como a família, para a redução ou abstinência das substâncias psicoativas. No entanto, as famílias dos alcoolistas estão permeadas por ambiguidades e estresse, desgastadas e desacreditadas pelas recaídas do familiar doente, enquanto outros alcoolistas perderam o vínculo familiar, por causa da dependência, tornando a ajuda desta rede social muito difícil. Por esta razão, a equipe multiprofissional que trabalha na atenção primária tem a atribuição relevante de auxiliar os alcoolistas, no papel de uma rede social de ajuda, mais ainda quando este alcoolista é também acometido pela hanseníase pois, nesta situação, juntam-se doenças altamente estigmatizantes que colocam o indivíduo duplamente sem possibilidades de acesso a redes sociais de ajuda.

De acordo com Luna *et al.,* (2010), um 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 pode-se beber moderadamente. Mas, o álcool não deve superar 4%da ingestão energética diária. O alcoolismo provoca mudanças nos hábitos alimentares.

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

Quadro 06– Subcategoria 2.1. Orientações dispensadas pela enfermagem sobre o tratamento da hanseníase. Brasil. Cajazeiras-PB.
Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Do ponto de vista cientifico de Duarte; Ayres; Simonette (2008), 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

Temas em Saúde
Vol. 19, N. 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

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.

De acordo com a subcategoria II, 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.

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

Quadro 07– Subcategoria 2.2 Complicações decorrentes da doença. Brasil. Cajazeiras-PB.
Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

De acordo com Vieira et al. (2012), deixa 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", 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.

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,

Temas em Saúde
Vol. 19, N. 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

realizada de maneira mais efetiva e de qualidade esclarecendo todas as dúvidas, explicando os mesmo 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 estigmas e preconceitos eles ficam 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

ARAÚJO, Marcelo Grossi. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, [S.l], v.36, n. 3, p. 373-382, maio/jun. 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle da hanseníase na atenção básica: guia prático para profissionais da equipe de saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Temas em Saúde
Vol. 19, N. 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de procedimentos técnicos: baciloscopia em hanseníase**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE** – Diretoria de Pesquisa. Coordenação de população e indicadores sociais. Censo. 2010.

_____. Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Resolução n° 466 de 2012**. Brasília, DF, 12 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. v. 44, n. 11, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRITO, Karen Krystine Gonçalves et al. Epidemiologia da hanseníase em um estado do nordeste brasileiro. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 8, n. 8, p. 2686-2693, ago. 2014.

DUARTE, Marli Teresinha Cassamassimo; AYRES, Jairo Aparecido; SIMONETTI, Janete Passuto. Consulta de enfermagem ao portador de Hanseníase: proposta de um instrumento para aplicação do processo de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.61, p. 767-773, 2008.

FERREIRA, Isis Polianna Silva. **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.** 2012. 88p. Dissertação [Mestrado]. Universidade de Brasilia, 2013.

Temas em Saúde
Vol. 19, N. 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

FIGUEREDO, Andréia Pinto Prevedello de. **Hanseníase: do isolamento familiar ao social.** 2012. 36p. Monografia [Graduação]. Fundação UNIRG, 2012.

FOGOS, Andressa Ribeiro; OLIVEIRA, Elizabete Regina Araújo; GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. Análise dos motivos para o abandono do tratamento - o caso dos pacientes hansenianos da Unidade de Saúde em Carapina/ES. **Hansen. Int.**, [S/l], v. 25, n. 2, p. 147-156, 2000.

GARCIA, Meirielly de Oliveira. **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.** 2011. 34p. Monografia [specialização]. Fundação de Assistência e Educação – FAESA. 2011.

GERHARD, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOULART, Isabela Maria Bernades et al. Efeitos adversos da poliquimioterapia em pacientes com hanseníase: um levantamento de cinco anos em um Centro de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, [S.l], v. 35, n. 5, p. 453-460, set./out., 2002.

HIRLE, Keila Ferreira; MURAI, Hogla Cardozo. Intervenção de enfermagem em Hanseníase: instrumentos e políticas públicas. **Rev. Enferm. UNISA**, [S.l], v. 10, n. 1, p. 34-38, 2009.

JÚNIOR, Fernando José Guedes Silva et al. Assistência de enfermagem ao portador de Hanseníase: abordagem transcultural. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, p. 713-717, 2008.

LANA, Francisco Carlos Félix; CARVALHO, Ana Paula Mendes;DAVI, Raquel Ferraz Lopez. Perfil epidemiológico da hanseníase na microrregião de Araçuaí e sua relação com ações de controle. **Esc. Anna Nery,** Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, jan./mar. P. 62-67, 2011.

Temas em Saúde
Vol. 19, N. 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

LANA, Francisco Carlos Félix. O estigma em hanseníase e sua relação com as ações de controle. **Rev. Enferm.UFSM**, [S.l], v. 4, n. 3, p. 556-565, jul./set., 2014.

LANZA, Fernanda Moura; LANA, Francisco Carlos Félix. Processo de trabalho em hanseníase: tecnologias e atuação da equipe de saúde da família. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 20, p. 238-46, 2011.

LANZA, Fernanda Moura et al. Avaliação da Atenção Primária no controle da hanseníase: proposta de uma ferramenta destinada aos usuários. **Rer. Esc. Enferm. USP**, [S.l], v.48, n. 6, p.1054-1061, 2014.

LASTÓRIA, Joel Carlos; ABREU, Marilda Aparecida Milanez Morgado. Hanseníase: diagnóstico e tratamento. **Diagn. Tratamento**, [S.l], v. 17, n. 4, p.173-9, 2012.

LIMA, Pereira Diogo et al. Estudo da prevalência das formas clínicas da hanseníase na cidade de Anápolis-GO. **Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, Campo Grande, v. 16, n. 1, p. 55-67, 2012.

LIMA, Carliene Soares Oliveira et al. Hanseniase: vigilância dos comunicantes. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 8, n. 5, p.1136-41, maio, 2014.

LUNA, Izaildo Tavares et al. Adesão ao tratamento ao tratamento da Hanseníase: dificuldades inerentes aos portadores. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 983-990, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

MIRANZI, Sybelle de Souza Castro; PEREIRA, Lívia Helena de Morais; NUNES, Altacílio Aparecido. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 43, n. 1, jan./feb. 2010.

Temas em Saúde
Vol. 19, N. 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

MOREIRA, Adriana Souza et al. Baciloscopia da conjuntiva no diagnóstico e acompanhamento de pacientes portadores de hanseníase. **Arq. Bras. Oftalmol.**, [S.l], v. 69, n. 6, p. 865-869, 2006.

MOREIRA, Ana Jotta et al. Ação educativa sobre hanseníase na população usuária das unidades básicas de saúde de Uberaba-MG. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 234-243, abr./jun. 2014.

OLIVEIRA, Luciana Albuquerque. **Hanseníase entre contatos domiciliares no município de Maracaçumé – MA**. 2014. 98 f. São Luís, 2014. Trabalho de Conclusão de Mestrado (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Federal do Maranhão, 2014.

PACHECO, Marcos Antonio Barbosa; AIRES, Monica Lice Leite; SEIXAS, Emanuelle Samary. Prevalência e controle de hanseníase: pesquisa em uma ocupação urbana de São Luís, Maranhão, Brasil.**Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 30, p. 23-30, jan./mar., 2014.

PEREIRA, Diogo Lima et al. Estudo da prevalência das formas clínicas da hanseníase na cidade de Anápolis-GO. **Ensaios e Ciência.** Campo Grande, v. 16, n. 1, p. 55-67, 2012.
PIAUÍ, Darcilene Nery; LUZ, Laura Cristina Silva. O misticismo da lepra. **Revista Interdisciplinar**, [S.l], v. 11, n. 18, p. 1-19, 2009.

PRESTES, Maria Luci de Mesquita. **A pesquisa e a construção do conhecimento científico:**
do planejamento aos textos, da escola à academia. 3. ed.São Paulo: Rêspel, 2008.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Cesar de Freitas. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Sub-Secretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Superintendência de Atenção Primária Coordenação de Linhas de Cuidado e Programas Especiais. **Linha de Cuidado da Hanseníase**. 2010.

Temas em Saúde
Vol. 19, N. 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

SANTOS, Andréia Soprani dos; CASTRO, Denise Silveira de; FALQUETO Aloísio. Fatores de risco para transmissão da Hanseníase Fatores de risco para transmissão da Hanseníase. **Rev. Bras. Enferm**., Brasília, v, 61, p. 738-743, 2008.

SANTOS, P. N. et al. Detecção da hanseníase e a humanização do cuidado: ações do enfermeiro do programa de saúde da família. **Enfermería Global**, [S.l], n. 25, p. 116-128, jan. 2012.

SOUSA, Adriana Alves et al. Adesão ao tratamento da hanseníase por pacientes acompanhados em Unidades Básicas de Saúde de Imperatriz-MA. **ANARE**, Sobral, v. 12, n. 1, p. 06-12, jan./jun. 2013.

SOUZA, Viviane Bezerra de et al. Prevalência e controle de hanseníase: pesquisa em uma ocupação urbana de São Luís, Maranhão, Brasil. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [S.l], v. 26, n. 1, 2013.

TARDIN, Rachel Tebaldi et al. **Linha de cuidado da Hanseníase.** Superintendência de Atenção Primária Coordenação de Linhas de Cuidado e Programas Especiais Gerência de Dermatologia Sanitária. Rio de Janeiro, 2010.

TELMA, maria da silva rocha. **Intervenções breves para adesão ao tratamento dos Portadores de hanseníase que fazem uso Abusivo de bebida alcoólica.** 2010. 151p. Dissertação [Mestrado]. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010.

TRINDADE, Luciana Cavalcante et al. Fatores associados ao abandono do tratamento da hanseníase em João Pessoa, estado da Paraíba. **Cad . Saúde Colet**., Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 51 - 65, 2009.

URA, Diltor Vladimir Opromolla Somei. **Atlas de Hanseníase**. Bauru: Instituto Lauro de Souza Lima, 2002.

ZAPELINI, M. B.; ZAPELINI, S. M. K. C. **Metodologia científica e da pesquisa da FEAN**. Faculdade Energia de Administração e Negócios – FEAN. Florianópolis, 2013.