



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

MARIA INDYAJARA DA SILVA FILGUEIRAS

**PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM ACERCA DA ADESÃO AO
TRATAMENTO DA HANSENÍASE**

**CAJAZEIRAS - PB
2019**

MARIA INDYAJARA DA SILVA FILGUEIRAS

**PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM ACERCA DA ADESÃO AO
TRATAMENTO DA HANSENÍASE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande/Centro de Formação de Professores, para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Rafaela Rolim de Oliveira.

CAJAZEIRAS

2019

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764
Cajazeiras - Paraíba

F481p Filgueiras, Maria Indyajara da Silva.
Percepção do profissional de enfermagem acerca da adesão ao tratamento da hanseníase / Maria Indyajara da Silva Filgueiras. - Cajazeiras, 2019.
90f.: il.
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Rafaela Rolim de Oliveira.
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2019.

1. Hanseníase - tratamento. 2. Hanseníase - paciente. 3. Paciente - adesão e abandono do tratamento. I. Oliveira, Rafaela Rolim de. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 616-002.73

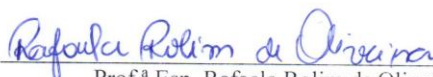
MARIA INDYAJARA DA SILVA FILGUEIRAS

**PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM ACERCA DA ADESÃO AO
TRATAMENTO DA HANSENÍASE**

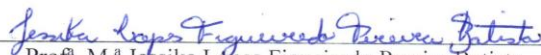
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Coordenação do Curso de Bacharelado em
Enfermagem da Universidade Federal de
Campina Grande/Centro de Formação de
Professores, para obtenção do grau de
Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 11 de Julho de 2019

BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Esp. Rafaela Rolim de Oliveira
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG
Orientadora



Prof.ª M.ª Jessika Lopes Figueiredo Pereira Batista
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG
1º Membro



Prof.ª Dr.ª Fabiana Ferraz Queiroga Freitas
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG
2º Membro

Às pessoas mais importantes da minha vida:
Deus, Aurilene Paulino da Silva (mãe),
Geralda da Silva Paulino (avó) e Antônio
Francisco da Silva (avô).

AGRADECIMENTOS

Esse trabalho é fruto de uma longa caminhada de aprendizado, crescimento e amadurecimento. Assim deixo registrado meu agradecimento por cada um que de alguma forma contribuiu para a realização desse sonho.

Agradeço primeiramente a Deus, pela oportunidade de chegar até aqui, por me dar forças, me guiar e me ensinar todos os dias a seguir o melhor caminho e pelas bênçãos concedidas durante toda essa trajetória.

Agradeço a professora Rafaela, exemplo de orientadora, de profissional e de ser humano, que com muita sabedoria, ternura e tranquilidade, fez com que os momentos árduos se tornassem leves. Obrigada pelo presente da orientação e da amizade. Você é perfeita!

Agradeço a minha mãezinha Aurilene Paulino, por todo o amor, carinho, incentivo, conselhos e ensinamentos que me deu ao longo desses anos de graduação, para enfrentar todos os desafios, por sempre me mostrar que posso melhorar a cada dia e por nunca me deixar desistir. A senhora é exemplo de amor, caráter e de dedicação, responsável por todas as minhas conquistas, pois foi em você que me espelhei durante toda uma vida. Obrigada por tudo! Te amo demais.

Agradeço ao meu pai Antônio Filho (in memória), sem ele eu não estaria aqui realizando esse sonho e tenho certeza que de onde quer que ele esteja está feliz com essa conquista.

Agradeço aos meus avós que sempre se orgulharam e apostaram em mim enquanto profissional.

Agradeço ao meu grande companheiro e incentivador, Caio Rangel, que sempre esteve ao meu lado com muita cumplicidade, dedicação e amor, que nunca mediu esforços para me ajudar, me acalmar nos momentos de dificuldade e sempre me motivando a continuar. Amo você.

Agradeço a minha prima, Amanda Laysse, pela disponibilidade em me ajudar durante o curso e a vida e por entender meus medos e angústia quando as coisas não estavam fáceis.

Agradeço a todos os demais familiares que contribuíram direta ou indiretamente para essa conquista.

Agradeço aos meus amigos, em especial Geiza Lisboa e Mateus Andrade pelo convívio, apoio, ajuda, incentivo e principalmente por me aguentarem nos momentos mais desesperadores da minha vida acadêmica. Mas, principalmente, por nunca terem me deixado abdicar esse sonho. Levarei a amizade de vocês por toda a vida!

Agradeço ao corpo docente da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), pela transmissão dos saberes e por terem contribuído em meu desenvolvimento profissional.

Agradeço a banca examinadora, por aceitar o convite e fazerem parte dessa etapa final.

Agradeço a minha supervisora de estágio supervisionado I, Jéssika Lopes, por todo o apoio, toda a sabedoria que me transmitiu e toda a disponibilidade prestada. Você é um ser humano de muita luz.

Agradeço a professora Fabiana Ferraz por tantos conhecimentos repassados, pela doçura e simpatia com que leciona e por ser uma das pessoas essenciais nessa jornada. Você é maravilhosa.

Agradeço a enfermeira Fernanda que me acolheu com tanto carinho durante o período de estágio supervisionado I, que me transmitiu tantos ensinamentos e que acabou se tornando uma amiga.

Agradeço aos profissionais do Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB), do Hospital Regional de Cajazeiras (HRC) e de outras unidades de saúdes que nos acolheram e nos proporcionaram a oportunidade de aperfeiçoar os saberes teórico e prático adquiridos em sala de aula.

E por fim, agradeço a todos os enfermeiros que aceitaram e se dispuseram a participar dessa pesquisa.

“Não o adoro pelo que ele faz, nem menos por bens materiais, eu o adoro pelo que ele é. Eu sou dele, tudo é dele.”

(Trecho da música: Jó - Midin Lima)

RESUMO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de caráter crônico, com alto potencial incapacitante, a qual tem como agente etiológico o *Mycobacterium leprae*. Embora os dados mostrem que os números de casos reduziram, ainda sim é considerada um problema de saúde pública, tendo em vista que seu controle é um desafio a ser enfrentado, não só no Brasil, o qual pode ser resultado de um diagnóstico tardio e conseqüentemente é tratada tardiamente, ou não realizada corretamente. Objetivou-se avaliar a percepção do profissional de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família acerca da adesão ao tratamento da hanseníase, no município de Cajazeiras-PB. Trata-se de um estudo de campo, exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa. Que foi realizada, nos meses de janeiro e fevereiro, nas Unidades de Saúde da Família do município de Cajazeiras, o qual atualmente apresenta um total de 23 unidades, das quais 17 encontra-se na zona urbana e 6 na zona rural. A amostra obtida foi composta por 13 enfermeiros atuantes na zona urbana do município da pesquisa, que tinham vínculo com a unidade há pelo menos 6 meses. Os dados da foram apurados por meio de uma entrevista semi- estruturada, através de um roteiro elaborado pelas autoras, contendo questões objetivas e subjetivas, as quais foram inquiridas pela pesquisadora participante, com a utilização de um gravador portátil. A pesquisa seguiu respeitando os aspectos éticos e legais presentes na Resolução nº 466/12. Foi possível indentificar que as dificuldades encontradas na realização do tratamento são: a não aceitação do paciente, o tempo de duração do tratamento, a ocorrência de reações medicamentosas e hansenicas e o próprio preconceito. As irregularidades no tratamento pelo pacientes relatadas pelos enfermeiros foram: interrupção ou abandono de tratamento, uso de álcool e outras drogas e desconhecimento da doença. Quanto às estratégias utilizadas pelos profissionais para uma melhor adesão, os mesmos relataram que realizam: rodas de conversa, busca ativa, esclarecimentos e conscientização. Esse estudo pode contribuir para que os profissionais e a gestão municipal conheçam os fatores que levam ao abandono ou a dificuldade de adesão e a partir desse conhecimento crie estratégias para facilitar o tratamento, reduzindo o número de pessoas infectadas e conseqüentemente a ocorrência de incapacidades físicas.

Palavras-chaves : Abandono. Adesão. Hanseníase. Tratamento.

ABSTRACT

Leprosy is an infectious, chronic disease with a high incapacitating potential, which has *Mycobacterium leprae* as the etiological agent. Although the data show that the numbers of cases have reduced, it is still considered a public health problem, since its control is a challenge to be faced, not only in Brazil, which can be the result of a late diagnosis and consequently is treated late, or not performed correctly. The objective of this study was to evaluate the perception of the nursing professional of the Family Health Strategy regarding the adherence to the treatment of leprosy in the municipality of Cajazeiras-PB. This is an exploratory, descriptive field study with a qualitative approach. This study was carried out in January and February at the Family Health Units of the municipality of Cajazeiras, which currently has a total of 23 units, of which 17 are in the urban area and 6 in the rural area. The sample was composed of 13 nurses working in the urban area of the research municipality, who had been linked to the unit for at least 6 months. The data were obtained through a semi-structured interview, through a script prepared by the authors, containing objective and subjective questions, which were surveyed by the participant researcher, using a portable recorder. The research continued to respect the ethical and legal aspects of Resolution 466/12. It was possible to identify that the difficulties encountered in the accomplishment of the treatment are: the patient's non-acceptance, the duration of treatment, the occurrence of medication and hansen reactions and the prejudice itself. The irregularities in the treatment by the patients reported by the nurses were: interruption or abandonment of treatment, use of alcohol and other drugs and ignorance of the disease. As for the strategies used by the professionals for a better adhesion, they reported that they perform: conversation wheels, active search, clarification and awareness. This study can contribute to professionals and municipal management know the factors that lead to abandonment or difficulty of adherence and from this knowledge create strategies to facilitate treatment, reducing the number of people infected and consequently the occurrence of physical disabilities.

Keywords: Abandonment. Adhesion. Leprosy. Treatment.

LISTA DE QUADROS E TABELA

Tabela 1 - Distribuição dos participantes do estudo de acordo com o sexo, estado civil, idade, especialização e tempo de vínculo com a instituição	37
Quadro 01 – CATEGORIA-1: Dificuldades encontradas durante a realização do tratamento da hanseníase.	40
Quadro 02 – CATEGORIA - 2: Irregularidades no tratamento da hanseníase pelo paciente.....	51
Quadro 03 – CATEGORIA - 3: Estratégias utilizadas pelos profissionais de enfermagem para melhor adesão do tratamento da hanseníase.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB- Atenção Básica

AC- Análise de Conteúdo

ACS- Agente Comunitário de Saúde

APS- Atenção Primária a Saúde

CAPSad- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

CNS- Conselho Nacional de Saúde

ENF- Enfermeiro

ESF- Estratégia Saúde da Família

HT- Hanseníase Tuberculoide

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MB- Multibacilares

MS- Ministério da Saúde

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS- Organização Mundial da Saúde

PB- Paraíba

PB- Paucibacilar

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

PNCH- Programa Nacional de Controle da Hanseníase

PQT- Poliquimioterapia

PQT-A- Poliquimioterapia Acompanhada

PQT-U- Esquema unificado poliquimioterapia

PSF- Programa de Saúde da Família

SINAN- Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS- Unidade Básica de Saúde

UFCG- Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 OBJETIVOS.....	19
2.1 Geral.....	19
2.2 Objetivos Específicos.....	19
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	20
3.1 A HANSENÍASE COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	20
3.1.1 Breve histórico.....	20
3.1.2 Etiologia e Transmissão.....	22
3.1.3 Forma clínicas e quadro Clínico.....	22
3.2 TRATAMENTO DA HANSENÍASE NO BRASIL.....	25
3.2.1 Terapia medicamentosa.....	25
3.2.2 Adesão ao tratamento da hanseníase.....	26
3.3 PAPEL DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DO TRATAMENTO DA HANSENÍASE.....	28
3.3.1 Estratégias utilizadas pelo enfermeiro para facilitar a adesão.....	28
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	31
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	31
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	31
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	32
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	32
4.5 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS.....	32
4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	33
4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	35
5 ANÁLISE E DISCURSÃO DOS RESULTADOS.....	37
5.1 CARACTERIZAÇÕES DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES.....	37
5.2 ANÁLISES DAS DIFICULDADES ENCONTRADAS DURANTE A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO DA HANSENÍASE.....	40
5.2.1 Não aceitação da doença.....	41
5.2.2 Preconceito.....	43
5.2.3 Reações medicamentosas e hansenicas.....	46

5.2.4 Tempo de duração do tratamento.....	49
5.3 ANÁLISES DAS IRREGULARIDADES NO TRATAMENTO DA HANSENÍASE PELO PACIENTE.....	51
5.3.1 Interrupções ou abandono de tratamento.....	51
5.3.2 Uso de álcool e outras drogas.....	54
5.3.3 Desconhecimento da doença.....	56
5.4 ANÁLISES DAS ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMGEM PARA MELHOR ADESÃO DO TRATAMENTO DA HANSENÍASE.....	58
5.4.1 Rodas de conversa.....	58
5.4.2 Busca ativa.....	61
5.4.3 Esclarecimentos e conscientização a cerca da doença.....	63
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
REFERÊNCIAS.....	67
APÊNDICES.....	78
APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS ENTREVISTA (ROTEIRO).....	79
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE.....	80
ANEXOS.....	83
ANEXO A - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL.....	84
ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR PARTICIPANTE.....	85
ANEXO C - TERMO DE COMPROMISSO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	86
ANEXO D - TERMO DE ANUÊNCIA.....	87
ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	88

1. INTRODUÇÃO

A hanseníase, doença infectocontagiosa de caráter crônico, devido à multiplicação lenta do seu agente etiológico o *Mycobacterium leprae*, o qual apresenta predileção pelas células cutâneas e nervos periféricos, é considerada uma patologia com alto potencial incapacitante (FINEZ; SALOTTI, 2011; ARAÚJO, *et al.*, 2014).

A referida doença apresenta classificação com base nas manifestações clínicas, ou seja, características das lesões, e com base na carga bacilar, esta denominada de classificação operacional, a qual é fundamental para o estabelecimento do tratamento, podendo ser paucibacilar ou multibacilar, sendo esta a responsável pela manutenção da cadeia de transmissão em indivíduos não tratados, a qual se dá através das vias aéreas superiores mediante gotículas de saliva expelidas na tosse, espirro ou fala, sendo assim, o trato respiratório é a porta de entrada do bacilo no organismo (BRASIL, 2014a).

Apesar da redução do número de casos notificados nos últimos anos, a patologia em questão ainda se configura como uma problemática preocupante no contexto da saúde pública não somente no Brasil, pela sua abrangência e por sua capacidade de causar incapacidades físicas que evoluem para deformidades muitas vezes irreversíveis, as quais resultam de um diagnóstico tardio e conseqüentemente tratamento realizado tardiamente, ou não realizado adequadamente, o que pode interferir significativamente no contexto social, econômico e psicoemocional do doente, resultando em estigma e discriminação do mesmo (GIRÃO *et al.*, 2013; BRITO *et al.*, 2014).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza como tratamento para hanseníase a Poliquimioterapia (PQT), a qual é composta pela associação dos seguintes antibióticos: Rifampicina, Dapsona e Clofazimina. Sendo a porta de entrada para os casos, o serviço de Atenção Primária a Saúde (APS), que tem por finalidade não somente realização do tratamento, como também é responsável pela prevenção, diagnóstico precoce, tratamento das incapacidades físicas, prevenção de deformidades e vigilância dos contatos, onde conta com apoio da Atenção Secundária e Terciária para minimizar o grau de endemicidade da doença e assegurar uma assistência de qualidade, mediante as necessidades (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2008a).

Considerando esse contexto, o enfermeiro que atua na equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) na Atenção Básica (AB), tem papel significativo na assistência ofertada ao paciente com hanseníase (CABRAL *et al.*, 2016). Entre as suas responsabilidades, estão: identificar os doentes com a forma contagiosa da enfermidade logo no início do tratamento;

examinar as lesões frequentemente, especialmente nas extremidades; investigar os contatos; realizar o seguimento terapêutico; deixar claro ao paciente e aos familiares a relevância dos exercícios ativos e passivos dos membros acometidos, como forma de prevenção de incapacidades físicas; proporcionar ajuda para amenizar os estigmas provocados pela doença e enfrentamento da mesma (DUARTE *et al.*, 2014).

Com relação ao tratamento vale salientar se o mesmo este sendo eficaz, o abandono e a não adesão das pessoas atingidas pela doença é motivo de preocupação, pois esse comportamento aumenta o risco de transmissão dos casos bacilíferos detectados e não tratados corretamente, dessa forma, há um seguimento da cadeia de transmissão que tinha sido suspensa com o início da PQT, aumentando o risco de o paciente desenvolver incapacidades físicas e deformidades, além de favorecer a resistencia do bacilo aos medicamentos do esquema terapêutico (SOUSA, *et al.*, 2013; ALMEIDA, *et al.*, 2011).

A não adesão ou o abandono do tratamento da hanseníase pode está ligado ao alcoolismo; drogas; as crenças religiosas; estigma relacionado à doença e ao tratamento, em que se encontram os estados reacionais e efeitos colaterais das medicações; o desconhecimento com relação à doença; a exclusão da sociedade; desmotivação; a mudança de profissionais da equipe de saúde; descrença na cura; o não apoio de familiares, até mesmo a não aceitação da doença. Nessa situação, é possível reconhecer que tal comportamento aumenta os números de recidivas e morbidades (SANTOS, 2014; JUNIOR, 2011).

Por meio disso, considerando a problemática referente à adesão ao tratamento da hanseníase, percebeu-se a necessidade do desenvolvimento de pesquisas acerca da temática em pauta, surgindo assim a seguinte questão norteadora: Quais os principais entraves existentes na visão dos profissionais de enfermagem, com relação à realização do tratamento da hanseníase?

Com isso o interesse pela temática surgiu diante do contexto acima citado, considerando a incidência da patologia, números de casos notificados anualmente, no Brasil, que apesar de ser perceptível a redução deste número, ainda se configura como um problema de saúde pública a ser equacionado, como também mediante a importância do tema abordado, juntamente à indispensabilidade de avaliar a existência de entraves no processo da realização do tratamento, se há abandono da terapia medicamentosa e quais os motivos que contribuem para isso, considerando as consequências da descontinuidade do tratamento da doença, que por sua vez reflete negativamente no quadro clínico do paciente, como também na sociedade, tendo em vista que promove a perpetuação da patologia.

Dessa forma, o estudo torna-se relevante, pois, a partir dos resultados encontrados e posteriormente apresentados aos participantes e instituição coparticipante da pesquisa, possa assim facilitar, viabilizar e incentivar os próprios profissionais de saúde e as instituições de saúde a elaborarem estratégias para realização do tratamento, com o propósito de uma melhor adesão e conseqüentemente redução dos casos de abandono, de modo a interromper a disseminação da patologia, diminuição de pessoas infectadas e ocorrência de incapacidades físicas, mediante um trabalho intersetorial. Além do fato da existência de poucos trabalhos tratem da problemática sob a ótica do enfermeiro, tendo em vista que estes profissionais realizam um seguimento mais contínuo do tratamento, com um contato mais prologando com o paciente, o que possibilita um reconhecimento, na maioria das vezes, de situações que possam afetar negativamente o tratamento.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

- Avaliar a percepção do profissional de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família acerca da adesão ao tratamento da hanseníase, no município de Cajazeiras-PB.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar os principais entraves encontrados durante a realização da poliquimioterapia da hanseníase nas falas dos enfermeiros;
- Investigar a presença de irregularidades no tratamento da hanseníase pelo doente, na percepção do enfermeiro;
- Averiguar as estratégias utilizadas pelo profissional de enfermagem para uma melhor adesão ao tratamento da hanseníase.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 HANSENÍASE COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

3.1.1 Breve histórico

A hanseníase é uma patologia que acomete pessoas no mundo todo há mais de três mil anos e era comumente conhecida por lepra. Em Levítico, no Antigo Testamento da Bíblia, fala-se sobre hanseníase, onde trás ideias fantasiosas e preconceitos que circundavam a doença, pois a mesma era vista como um pecado ou castigo de Deus, que acometia os impuros e estes eram excluídos e isolados do convívio social por ter uma doença contagiosa, que causa deformidades e mutilações, por não existir tratamento nos séculos passados. Essa segregação dos doentes pela sociedade ocorreu durante muitos anos por intermédio destes fatores, com o intuito de controlar a endemia (OLIVEIRA, 2003; RIBEIRO, 2012).

O bacilo *Mycobacterium leprae* foi detectado em 1823 pelo médico norueguês Gerhard Armauer Hansen, como uma bactéria intracelular obrigatória com preferência por nervos periféricos e células cutâneas, visualizado em lesões nos indivíduos afetados pela doença (RIBEIRO, 2012; PAIVA, 2013).

Conta-se que a hanseníase tenha emergido no sudeste do continente asiático onde hoje é a Índia e tenha se disseminado pela Europa com a volta das tropas de Alexandre, o Grande, depois da vitória da Pérsia. Na Europa, a doença resultou em um sério problema de saúde pública no decorrer de toda a Idade Média, já que se manifestava no aspecto mutilador, os pacientes acometidos apresentavam muitas deformidades, contribuindo para a ideia que a forma mais preocupante da doença era predominante (PAIVA, 2013).

No começo do processo de colonização portuguesa das terras brasileiras, começaram a descobrir casos que foram trazidos de diferentes países como Holanda, França, Espanha ou Portugal (ARAÚJO, 1929). Estes imigrantes doentes foram responsáveis pela disseminação da hanseníase por várias gerações, onde até aquele momento, não tinha nenhum caso registrado, já que os nativos eram ditos como sadios por viajantes como Colombo, Pero Vaz de Caminha e Padre Manuel da Nóbrega, não tendo referencias distintas à lepra (PRENDES, 1963). Hoje pode-se dizer que ela chegou nas terras brasileiras pelo elemento colonizador, em um gesto de mudanças próprio ao ato de colonizar (CROSBY, 1972).

No Brasil em 1600 houve as primeiras notificações de casos no Rio de Janeiro, onde os doentes eram discriminados, perseguidos e isolados da sociedade. Apesar disso,

começaram a serem construídos no país os hospitais-colônia, asilos e dispensários, através de terras e materiais ofertados pelos religiosos e pessoas da sociedade civil nos séculos XVIII e XIX, de modo que a construção das Santas Casas de Misericórdia também foi significativa para tomar conta dos pobres e doentes (PAIVA, 2013; RIBEIRO, 2012). Essas instituições tinham um perfil mais caritativo, de assistência e piedade aos doentes, diferente da época atual, onde se tem um caráter curativo. Porém, é importante ressaltar que o conhecimento que a ciência e medicina tinham sobre a hanseníase nessa época é que a mesma não era tratável e não era passível de cura (MACIEL; FERREIRA, 2014).

Consideraram por muitos anos que isolar os doentes da sociedade, os colocando em leprosário fosse o suficiente para assegurar a descontinuidade da transmissão, pois se pensava que a internação compulsória protegeria a sociedade sadia de se contagiar com a doença (RIBEIRO, 2012).

O movimento filantrópico no Brasil foi marcado por Alice Toledo Tibiriçá, Maria Conceição C. Neves e Eunice Wivers, que propagavam suas lutas na busca de um isolamento humanitário, contando com ajuda da sociedade civil e do Presidente da República Getúlio Vargas, persuadindo de modo considerável na construção das políticas públicas que seriam realizadas no combate à lepra (SILVEIRA, 2013).

Em 1991, ao longo da Assembleia Mundial de Saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou o Plano de Eliminação da Hanseníase enquanto problema de Saúde Pública, objetivando a diminuição de sua prevalência até o ano de 2000 para menos de um caso para cada 10.000. Ocorreu uma diminuição global em torno de 85% da prevalência da hanseníase, entretanto, em alguns países até mesmo o Brasil não conseguiram alcançar o objetivo inicial (RIBEIRO, 2012; BRASIL, 2012a).

De acordo com o autor supracitado, por esse motivo foi criado a Estratégia Global para Maior Redução da Carga da Hanseníase e a Sustentação das Atividades de Controle da Hanseníase, visando tratar e reduzir os problemas que ainda existia, adotando como próxima ação a criação do “Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal (2006-2010)”, acompanhando os princípios da OMS e intensificando a detecção de novos casos, o revigoramento da vigilância epidemiológica, da rede de referência e contra referência e a capacitação dos profissionais envolvidos. Hoje existe o “Plano Integrado de Ações Estratégicas (2011 – 2015)” que coloca a erradicação da hanseníase como problema de saúde pública, fundamentado no obstáculo de possibilitar o desenvolvimento de atividades que ajudem a diagnosticar precocemente os indivíduos com menos de 15 anos.

3.1.2 Etiologia e Transmissão

O agente etiológico da hanseníase é o *Mycobacterium leprae*, um bacilo álcool-ácido resistente, de evolução lenta, intracelular, com tropismo para os macrófagos da pele e para as células de Schwann dos nervos, sendo capaz de causar incapacidades físicas. Tendo o homem como o único hospedeiro da doença, apesar de ter sido encontrado animais naturalmente infectados, como o tatu, o macaco mangabeí e o chipanzé (RAMOS-E-SILVA; REBELLO, 2001; BRASIL, 2014c; BRASIL, 2005a).

A patologia é transmitida de pessoa para pessoa através do contato prolongado com os doentes do tipo multibacilares que não foram diagnosticados e/ou não estão realizando a PQT, sendo as pessoas que vivem no mesmo domicílio os comunicantes mais susceptíveis. Esses doentes têm uma alta carga bacilar que facilita a transmissão, e as mucosas das vias aéreas são as principais fontes da mesma, sendo capaz de infectar uma grande quantidade de pessoas, porém, são poucos os que adoecem (FUNASA, 2002; MARTELI *et. al*, 2002; BRASIL, 2008b).

O período de multiplicação do bacilo é demorado, com tempo de incubação entre 7 meses o tempo mais curto e 10 anos o mais longo, por esse motivo a hanseníase é menos frequente na infância, ainda assim, em áreas com maior endemicidade a exposição precoce em focos domiciliares, torna maior a incidência da doença nessa faixa etária. Diante disso, este é um dos fatores considerados para avaliar se o programa de controle da doença está sendo efetivo (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2009).

3.1.3 Forma clínicas e quadro Clínico

Os sinais clínicos da doença variam muito e depende tanto da imunogenicidade do bacilo, como do sistema imunológico do hospedeiro, mas em geral é apontado como um provável caso de hanseníase quando o indivíduo apresenta áreas da pele ou manchas hipocrômicas, acastanhadas ou avermelhadas, com sensibilidade alterada a temperatura, dor e/ou ao tato; queixas de choques, formigamentos e câimbras nos braços e/ou pernas, que progridem para dormência (a pessoa se queima ou se machuca sem perceber); pápulas, tubérculos e nódulos, geralmente sem sintomas; redução ou queda de pelos, em um local ou em vários, principalmente nas sobrancelhas (madarose); pele infiltrada (avermelhada), com redução ou ausência de suor no local (BRASIL, 2010c; BRASIL, 2014d; BRASIL, 2017b).

A fim de buscar um tratamento correto, os doentes são considerados de acordo com a classificação operacional, em paucibacilares (PB), podendo surgir até cinco lesões de pele

com resultado negativo na baciloscopia ou multibacilares (MB) com aparecimento de mais de 5 lesões de pele com baciloscopia positiva. No entanto, nem todos os pacientes vão apresentar lesões de fácil visualização na pele, podendo apresentar apenas lesões nos nervos, estas sendo conhecidos como hanseníase primariamente neural, ou as lesões podem surgir apenas quando se inicia o tratamento. Desta forma existe a classificação de Madri do ano 1953 para melhor entendimento e facilitar no diagnóstico, onde a hanseníase é classificada da seguinte maneira: hanseníase indeterminada (PB), tuberculóide (PB), dimorfa (MB) e virchowiana (MB) (WHO, 1997).

A hanseníase indeterminada normalmente apresenta apenas uma lesão que é mais clara do que a pele ao redor, com bordas mal delimitadas, sem elevação, não há presença de suor na respectiva área. Há perda ou diminuição da sensibilidade (hipoestesia ou anestesia) térmica e/ou dolorosa, mas a tátil se mantém. A prova da histamina é incompleta na lesão, a biópsia de pele na grande maioria não confirma o diagnóstico e a baciloscopia é negativa. Por isso, os exames laboratoriais com resultados negativos não descartam o diagnóstico clínico positivo de hanseníase. É importante ter atenção às pessoas que apresentam manchas hipocrômicas grandes e espalhadas que ocorrem em mais de um membro, já que pode se tratar de um caso de hanseníase dimorfa macular que é a forma multibacilar, neste caso, é frequente os pacientes se queixarem de formigamentos nos pés e mãos, e/ou câimbras, e na palpação se observa com frequência a presença de espessamentos (BRASIL, 2017b).

A hanseníase tuberculóide é a forma mais frequente da doença e é a qual o sistema imune do indivíduo acometido é capaz de matar os bacilos naturalmente, a mesma apresenta uma mancha com aumento do seu relevo com relação à pele adjacente, completamente anestésica ou por lesões com bordas elevadas, bem delimitadas e centro claro. Pode se mostrar com menor frequência apenas um nervo espessado com perda total de sensibilidade na inervação. Nessa situação, a baciloscopia é negativa e a biópsia de pele geralmente não indica a presença de bacilos, e nem garante sozinha o diagnóstico. Será sempre indispensável fazer conexão clínica com o resultado da baciloscopia e/ou biópsia, quando for necessário serem realizados esses exames. Na grande maioria a realização dos exames subsidiários não é necessário para o diagnóstico, pois os paciente normalmente apresenta de forma localizada a perda total de sensibilidade, acompanhada ou não de alteração na função motora (BRASIL, 2016a; AVELLEIRA *et al.*, 2013).

A hanseníase dimorfa demora cerca de 10 anos ou mais para ocorrer em virtude da lenta multiplicação do bacilo. É caracterizada por normalmente apresentar inúmeras manchas

avermelhadas ou esbranquiçadas na pele, com bordas em relevo, mal definidas na periferia ou por muitas lesões bem definidas, similar à lesão da tuberculóide, no entanto a borda externa apresenta-se pouco definida. Tem ausência parcial a total da sensibilidade, com redução de funções autonômicas como a sudorese e vasorreflexia à histamina (BRASIL, 2017b).

Segundo o referido autor é frequente ocorrer comprometimento desigual de nervos periféricos, que algumas vezes é possível serem identificados ao realizar o exame clínico. A baciloscopia dessa forma não é realizada nos lóbulos das orelhas e cotovelos e sim da borda infiltrada das lesões, quando coletada corretamente e corada geralmente o resultado dá positivo, á exceção dos casos raros na qual a doença está limitada aos nervos.

A hanseníase virchowiana é a forma mais fácil da doença de ser transmitida. O individuo contaminado não exibe manchas aparente, a pele mostra-se seca, avermelhada, infiltrada, da qual os poros apresentam-se dilatados com aparência de casca de laranja, que normalmente não acomete as áreas quentes, como o couro cabeludo, axilas e o meio da coluna lombar. É bastante frequente no desenvolvimento da doença surgirem os hansenomas, que são nódulos e pápulas escuras, rígidos e sem sintomas. Pode acontecer a queda parcial ou total das sobrancelhas (madarose), assim como dos cílios, quando a doença está em estágio mais avançado, o rosto é geralmente liso por causa da infiltração, a pele e os olhos secos, apresenta congestão nasal, pés e mãos arroxeados e edemaciados (AVELLEIRA *et al.*, 2013; BRASIL, 2016a; RIBEIRO, 2012).

De acordo Brasil (2017b), há uma ausência ou redução da sudorese em grande parte do corpo, é comum os pacientes reclamarem de câimbras e formigamentos nas mãos e pés, que apesar disso, ao que parece se mostram normais, exibe os nervos periféricos e seus ramos superficiais simetricamente espessados, tornando difícil a comparação. Por esse motivo, é de extrema relevância avaliar e procurar por alterações de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil nas extensões dos nervos facial, ulnar, fibular, tibial, e em regiões frias do corpo, como joelhos, pernas, cotovelos e nádegas. Essa forma de hanseníase pode ser facilmente diagnosticada pela confirmação da baciloscopia feita nos lóbulos das orelhas e cotovelos.

Existem outras formas da doença além dessas citadas, uma delas é hanseníase neural pura a qual é caracterizada por apresentar sinais e sintomas neurais, com alterações na sensibilidade, como parestesias (queimação, dormência) ou perda da sensibilidade ao cortar a pele onde está o nervo afetado, relacionado ou não a deficiência motora e/ou alterações tróficas ou autonômicas, sem lesões cutâneas (GOULART; GOULART, 2008).

3.2 TRATAMENTO DA HANSENÍASE NO BRASIL

3.2.1 Terapia medicamentosa

Foi lançado no Brasil o Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) com intuito de atingir as metas propostas de eliminação da doença. Esse programa determina as normas e aponta as operações de vigilância em saúde visando combater e extinguir essa patologia (LANZA, 2014). As ações são realizadas na Atenção Básica (AB), por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), onde são realizadas atividades que tem como objetivo a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação aplicada com integralidade da assistência à saúde, apresentando como ponto central, as ações voltadas para a família, onde se analisa a situação cultural, econômica, social e epidemiológico da população adstrita (BRASIL, 2012b).

A tática de supervisão e continuidade do tratamento da hanseníase para garantir que o paciente o realize corretamente são feitos pela AB. Na ida mensal do doente a Unidade Básica de Saúde (UBS) para tomada da dose supervisionada e busca da medicação, é realizada uma análise do mesmo para observar como está o desenvolvimento das lesões e o comprometimento neural, recebem orientações quanto aos métodos de autocuidado e prevenção de incapacidades e deformidades (BRASIL, 2002).

A PQT é o tratamento específico da hanseníase sugerido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil, onde ocorre uma combinação dos seguintes antibióticos: Rifampicina, Dapsona e Clofazimina, que se apresentam em blisters. Essa combinação faz com que ocorra uma redução da resistência medicamentosa do bacilo que acontecem muito quando se faz uso de um só medicamento, tornando a cura dessa patologia mais difícil. Sua utilização se dá por meio de um esquema padrão, estabelecido de acordo com a classificação operacional que o paciente apresenta: PB e MB. Assim que se definir o diagnóstico é preciso iniciar a PQT logo na primeira consulta, desde que não haja nenhuma contraindicação com relação à presença de alergia à sulfá ou à rifampicina (BRASIL, 2014e; BRASIL, 2017b).

O tratamento para os casos PB tem duração de 6 meses, onde será administrada uma dose de 600 mg de Rifampicina supervisionada pelo profissional uma vez ao mês e o paciente será orientado a tomar 100 mg de Dapsona todos os dias em casa, caso a Dapsona necessite ser interrompida, ela será substituída pela Clofazimina 50 mg por dia, assim o paciente a

tomará também 300 mg na dose supervisionada. Já o tratamento dos doentes MB tem duração de 12 meses, no qual o paciente irá tomar uma dose de 600 mg de Rifampicina, 300 mg de Clofazimina e 100 mg de Dapsona por mês, na dose supervisionada. O paciente irá tomar em casa doses diárias de 100 mg de Dapsona e 50 mg de Clofazimina, se por acaso a Dapsona precise ser interrompida, esta deverá ser trocada pela Minociclina 100 mg ou pela Ofloxacina 400 mg que será tomada todos os dias e também na dose supervisionada (BRASIL, 2017b).

Conforme o autor supracitado se o paciente vir a apresentar náuseas, será feito a administração de metoclopramida uma hora antes de tomar o medicamento. Para crianças com hanseníase, a PQT será realizada considerando mais importante o peso corporal do que a idade, seguindo orientações que são preconizadas, como: no caso de crianças que apresentam mais de 50 kg é realizado o mesmo tratamento estabelecido para adultos; crianças com peso entre 30 e 50 kg, o tratamento é feito com as cartelas infantis (marrom/azul); para crianças com menos de 30 kg, é feito o ajustamento de dose de acordo com o esquema terapêutico empregado para crianças que pesam menos de 30kg.

Em casos de adultos desnutridos ou crianças acima do peso, a dose terapêutica diária de Dapsona não pode exceder 2 mg por kg. É importante salientar alguns pontos importantes, como: adultos com peso inferior a 50kg têm que ser medicados de acordo com as doses preconizadas para o tratamento de crianças; o tratamento padrão não é contraindicado em casos de gravidez ou aleitamento materno e mulheres que se encontram na idade reprodutiva devem fazer uso de métodos contraceptivos nos primeiros 7 dias após a dose supervisionada, pois a rifampicina pode interagir com anticoncepcionais orais diminuindo assim o seu efeito (BRASIL, 2017b; BRASIL, 2014e).

O paciente receberá alta por cura quando o mesmo estiver com as 6 doses nos casos PB e 12 dose nos MB, completas. Após isso são realizados o exame dermatológico, à avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física, sendo perceptível a melhora do quadro, receberá alta por cura. Já os pacientes MB que não mostram melhora do quadro clínico, apresentando no fim do tratamento de 12 doses, lesões ativas da doença, estes serão referenciados para serviços especializados (municipal, regional, estadual ou nacional) para analisar qual será o procedimento mais apropriado para essa situação (BRASIL, 2014e).

3.2.2 Adesão ao tratamento da hanseníase

É importante que a adesão por parte do paciente seja positiva, objetivando dessa

forma, que haja uma diminuição contínua dos casos de abandono dos mesmos, no qual é indicado como uma das mais importantes razões do baixo controle da hanseníase no Brasil (GOULART *et al.*, 2002). Doentes do tipo PB e MB que não concluíram a quantidade de doses preconizadas no tempo estabelecido e não comparecem ao serviço de saúde durante 12 meses seguidos, são considerados caso de abandono de tratamento (BRASIL, 2007). Caso o paciente não esteja comparecendo uma vez ao mês às consultas agendadas para a tomada da dose supervisionada, o serviço de saúde considera como um paciente faltoso (BRASIL, 2008a).

O abandono do tratamento pode causar vários prejuízos, dentre eles encontra-se, o seguimento da cadeia de transmissão que tinha sido descontinuada anteriormente em razão de ter iniciado o tratamento com a PQT, o desenvolvimento de resistência aos antibióticos, aumenta a possibilidade de desenvolver deformidades e incapacidades físicas e consequentemente ser estigmatizado e discriminado pela sociedade. Pois ainda na atualidade, os pacientes sofrem com o preconceito e estigma social que a doença causa desde os seus primórdios, podendo fazer com que o paciente abandone ou mesmo ignore o tratamento (GOULART *et al.*, 2002; SOUSA, 2013; VIDERES, 2016; PENHA *et al.*, 2015).

Desse modo, é muito relevante conscientizar os pacientes quanto à importância do tratamento regular e da cooperação do mesmo para prevenir incapacidades e alcançar o êxito da cura, assim como também, desenvolver educação em saúde para tentar desmistificar essa ideia que a população tem com relação à doença (SOUSA *et al.*, 2013; ALEXANDRE, *et al.*, 2009).

Apesar de não existir dúvidas quanto à efetividade da PQT, acredita-se que existem alguns motivos que estão relacionados a não adesão ao tratamento, como à duração do tratamento, que dependendo da forma da doença ou com o surgimento de alguma reação, este pode chegar até 18 meses; os efeitos colaterais ocasionados pelo uso dos medicamentos da PQT; falta de incentivo; alcoolismo; uso de drogas; a falta de tempo devido ao trabalho; o conhecimento deficiente sobre a doença; a exclusão da sociedade; a não aceitação da doença e até a falta de informação também favorece para que os doentes abandonem ou não busquem o tratamento. A hanseníase é uma doença como qualquer outra, entretanto trás um preconceito enraizado por causa do seu passado tenebroso (BRASIL, 2005b; ANDRADE, 1996; OPROMOLLA, 1997).

Antes de ficarem doentes de hanseníase todos foram comunicantes, em vista disso são apontados com relevância epidemiológica se tratando de endemia e indicam um grupo de

maior risco no ponto de vista da cadeia de transmissão. Dentre as sugestões para alcançar os objetivos de erradicação da doença, está o ato de examinar as pessoas que tem contato íntimo e prolongado ou que moram na mesma residência com o doente, visto que esses são os mais vulneráveis (CARRASCO; PEDRAZZANI, 1993).

A hanseníase ainda é considerada um problema de saúde pública no Brasil, mesmo com a redução do número de novos casos, e requer uma vigilância resolutiva (BRASIL, 2005b). Tal problemática traz como algumas de suas consequências os problemas psicológicos que estão diretamente relacionados com as incapacidades físicas causadas pela doença, quando o tratamento não é realizado ou realizado de maneira incorretamente. (BRASIL, 2001).

A não adesão ao tratamento por parte do doente pode agravar o quadro da doença e causar várias consequências graves no organismo do indivíduo, como o comprometimento do olfato, tato, visão e a mobilidade, melhor dizendo, quando os nervos da pele, das pernas e dos braços, são alterados, torna mais difícil a movimentação dos doentes; os olhos passam a não fechar completamente, e simultaneamente ocorre a queda dos cílios; as extremidades do corpo como os dedos, as orelhas e nariz podem ser lesados de uma forma que o doente pode perdê-los (LOPES; RANGEL, 2014).

3.3 PAPEL DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DO TRATAMENTO DA HANSENÍASE

3.3.1 Estratégias utilizadas pelo enfermeiro para facilitar a adesão

O profissional de enfermagem tem papel essencial na execução das políticas de controle e tratamento desses doentes, visto que lida de maneira direta com o cuidado junto às comunidades atingidas, buscando sempre entender as suas carências atuais e montando estratégias junto à mesma para tentar solucionar os problemas que possam aparecer (DOS SANTOS, *et al.*, 2012).

O indivíduo quando adoece muitas vezes tem a necessidade de cuidados variados e se torna uma pessoa frágil, aumentando essa fragilidade ainda mais quando se trata da hanseníase, na qual é uma doença que ainda hoje é estigmatizada pela sociedade por causa da falta de informação deste e por ainda causar incapacidades, trazendo prejuízo para a vida do doente (RODRIGUES, *et al.*, 2009; LIMA, *et al.*, 2013).

A atuação da enfermagem é gigantesca, especialmente no momento que é ressaltada a educação em saúde como indispensável no tocante do controle da doença por meio do

envolvimento do profissional, dos serviços de saúde, veículos de comunicação e população em geral. Além disso, é responsabilidade da enfermagem realizar a busca ativa de casos, o tratamento de incapacidades físicas dependendo do tipo, do nível de acometimento e conseqüentemente, na existência de alguma incapacidade, o paciente é referenciado à serviços especializados, sendo acompanhado por profissionais como fisioterapeutas, por exemplo, ou até necessitam de intervenções cirúrgicas para o tratamento da deformidade e manter o indivíduo no convívio social (MARTINS; BOUÇAS, 2010).

Quando um paciente não comparece na consulta para tomada da dose supervisionada da PQT, é preciso fazer a busca para descobrir por que o mesmo não foi ao serviço e orientar o paciente quanto à importância de realizar o tratamento corretamente no tempo estabelecido. Se isso não for suficiente, deverá ser agendada uma visita para que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) vá até a casa do paciente tentar descobrir porque ele não compareceu mais ao serviço de saúde e motivá-lo a prosseguir com o tratamento (OMS, 2010).

De acordo com o autor acima, o ideal a ser feito é realizar a visita domiciliar quando completa um mês do primeiro não-comparecimento. O paciente que tem dificuldade de ir ao serviço pode ser necessário fazer a dispensação de vários blisters de uma vez, para reduzir as suas visitas ao serviço. Nessa situação, é aconselhável que tenha uma pessoa responsável para supervisionar o tratamento (um vizinho, um integrante da família ou um voluntário da comunidade) para auxiliar na continuidade correta do tratamento em casa (isso é denominado de PQT Acompanhada ou PQT-A).

É importante que o enfermeiro demonstre interesse e dedicação pelo problema que o paciente está passando; ser gentil desejando um bom dia, tocar no paciente, excluindo todas as probabilidades de sentimento de preconceito da doença, tanto do profissional como do paciente; esclarecer sobre a doença, destacando que a hanseníase nos dias de hoje tem cura, que o tratamento é disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de forma gratuita; deixar claro o quando é importante aderir ao tratamento para que não ocorra resistência e falência e deixe claro sobre a transmissão e as reações mais comuns que os medicamentos podem causar (BRASIL, 2017b).

O profissional precisa está apto para identificar os principais sinais e sintomas da hanseníase e prestar assistência, ajudando os doentes para que eles sejam capazes e saibam lidar com os preconceitos que possam vir a existir por parte da sociedade, da família ou até mesmo do próprio doente, este dificultando a adesão completa do tratamento. Por ser uma doença que demanda uma obediência nas tomadas e o tempo de tratamento é longo, acaba

tornando dificultoso fazer com que os doentes sigam o tratamento a risca (LIMA, *et al.*, 2013). Nessas situações o enfermeiro e sua equipe são responsáveis por incentivar o paciente com hanseníase a não desistir e realizar o tratamento corretamente, sempre amparando quanto aos seus medos e preconceitos. Enfatiza-se ainda que seja papel da enfermagem também, dá ajuda necessária à família do doente (MARTINS; BOUÇAS, 2010).

Um dos pontos principais para iniciar é o acolhimento ao paciente com hanseníase, este deve ser marcado pela ética profissional, visualizando o doente de maneira holística, buscando compreender suas aflições e angústias, esclarecendo suas dúvidas, pois só adquirindo saberes o paciente terá uma nova visão e modificará seus hábitos, assim sendo o protagonista de sua própria história. Ao proceder o acolhimento, o enfermeiro tem a obrigação de ver que aquela pessoa é um ser humano capaz de promover a sua própria saúde. Para um bom acolhimento ao doente de hanseníase é necessário ser ágil, ter conhecimento, sensibilidade, comprometimento, tratar cada indivíduo como um ser único, cabendo à equipe de enfermagem traçar estratégias que facilitem na adesão ao tratamento (OLIVEIRA, 2013).

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de campo, exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa. Para Marconi e Lakatos (2010), o objetivo do estudo de campo é conseguir resultado para uma determinada situação difícil, por meio do alcance de informações e/ ou conhecimentos, tendo também como objetivo confirmar os pressupostos, encontrar novos acontecimentos ou ainda sua ligação através da análise dos casos ou acontecimentos.

O estudo descritivo tem o propósito de relatar a população estabelecida ou o ocorrido, ou ainda o estabelecimento de ligação entre aspectos, no qual o pesquisador relata os acontecimentos que foram examinados sem intrometer-se, usufruindo de estratégias próprias conforme o protocolo para a coleta das informações, como a entrevista, o questionário e análise organizada (PRODANOV; FREITAS, 2013).

De acordo com Gil (2007), a pesquisa exploratória de campo tem a finalidade de possibilitar maior aproximação com o problema, com objetivo de torná-lo mais claro, que inclui a revisão bibliográfica do tema e as informações, análises e concepções baseado nos assuntos colhidos com os sujeitos estabelecidos.

Na pesquisa qualitativa, o pesquisador tem a finalidade de investigar profundamente e tentar entender os fenômenos que se pesquisa, como as atitudes das pessoas, coletividades ou organizações em seu ambiente ou contexto social, interpretando-os conforme o ponto de vista das pessoas que participam da circunstância, sem se importar com representação numérica, relações lineares de causa e efeito e generalizações estatísticas (GUERRA, 2014).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Cajazeiras que está situado no Estado da Paraíba, se estende por aproximadamente 565.899 km², apresentando um clima tropical quente-úmido. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017) o mesmo conta com uma população de 62.187 habitantes, em estimativa de 2017. Esta cidade figura-se a 4^a Macrorregião de Saúde e 9^a Gerência Regional de Saúde da Paraíba.

O referido município onde foi desenvolvida a pesquisa, apresentou um quantitativo reduzido de casos notificados nos últimos anos. Segundo os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foram notificados 19 casos de hanseníase em 2016, 43 casos em 2017 e 8 casos em 2018, no município supracitado (BRASIL, 2016b; BRASIL,

2017c; BRASIL, 2018). Esse quantitativo de casos, que pelo fato de ser reduzido, em um município que é endêmico, pode está associado à subnotificações.

A execução do estudo, de forma mais precisa ocorreu na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município em questão, que no momento contém 23 ESFs, sendo que 17 se encontram na zona urbana e 6 na zona rural.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é estabelecida como um grupo de elementos que mostram determinados atributos em comum, entendendo o meio que será aprofundado, o qual será determinado por intermédio da indagação, adversidade ou finalidade do estudo (ZAPELINI; ZAPELINI, 2013).

De acordo com Marconi e Lakatos (2010), a amostra engloba uma pequena parte dos elementos do meio que será estudado, os quais são escolhidos de forma criteriosa e exigente, passando a ser parte do conjunto do meio.

A população do estudo foi constituída por 23 enfermeiros que trabalham nas ESF do município de Cajazeiras – PB, porém a amostra obtida e apresentada no presente estudo foi composta por 13 enfermeiros, a qual foi selecionada a partir dos critérios de inclusão e exclusão aplicados, assim como por meio de saturação teórica, ou seja, quando as informações fornecidas por novos participantes pouco acrescentavam ao material já coletado, não havendo a necessidade de persistir em sua obtenção.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Dentre os critérios de inclusão que foram empregados para selecionar a amostra do estudo estavam, enfermeiros assistencialistas atuantes nas ESFs localizadas na zona urbana do município da pesquisa, que tinham vínculo com a Unidade Básica de Saúde (UBS) há pelo menos 6 meses.

Foram excluídos da amostra os enfermeiros que estavam de férias, licença ou afastados de suas funções no período da coleta e que não acompanhou casos de hanseníase durante atuação.

4.5 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

Inicialmente foi solicitado da Rede Escola do Município de Cajazeiras, após apresentar a proposta da pesquisa, a emissão do Termo de Anuência para execução da

pesquisa.

Posteriormente o atual estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP), da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)/Centro de Formação de Professores (CFP), por intermédio da Plataforma Brasil, e após aprovação do mesmo foi realizada a coleta de dados propriamente dita.

Em seguida a pesquisadora entrou em contato com os enfermeiros por meio de visitas as UBSs para agendamento de datas e horários para a realização da coleta de dados juntamente aos profissionais participantes, que aconteceram nas próprias dependências das UBS.

Logo depois foi realizado o teste piloto, onde o mesmo consiste na aplicação do instrumento de coleta de dados com um participante, para poder avaliar se o roteiro para entrevista de fato estava adequado, compreensível e contemplando os objetivos. Esse teste não foi incluído nos resultados da pesquisa, não fazendo parte da amostra.

A coleta dos dados ocorreu através de uma entrevista semi- estruturada, por meio de um roteiro elaborado pelas autoras (APÊNDICE A), contendo questões objetivas e subjetivas com o intuito de identificar qual a percepção dos enfermeiros quanto à adesão ao tratamento da hanseníase pelos doentes, as quais foram inquiridas pela pesquisadora participante.

Antes da aplicação do instrumento de coleta, os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e foram apresentados aos mesmos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - APÊNDICE B), o qual foi assinado em duas vias após a leitura, ficando uma cópia com os enfermeiros e a outra com a pesquisadora, no qual continham a informação do conteúdo científico e as propriedades da pesquisa no momento da coleta de dados.

Com a utilização de um gravador portátil, foi realizada a gravação das entrevistas e posteriormente transcritas na íntegra pela pesquisadora.

A entrevista é um encontro cara a cara entre duas pessoas de uma maneira cuidadosa, com o intuito de adquirir informações a respeito da temática que está sendo pesquisado, através de conversa de carácter profissional (MARCONI; LAKATOS, 2010).

4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os resultados obtidos por meio da entrevista foram analisados e codificados na intenção de não ocorrer identificação das unidades de saúde e dos profissionais que comporam o estudo. Para garantia do sigilo do profissional o mesmo foi codificado por meio de letras e números no qual só o pesquisador soube a qual profissional estava e referindo.

Sendo utilizadas as taxonomias Enf. 01 à Enf. 13 para representar cada enfermeiro participante do estudo.

As questões objetivas referentes aos dados sócio-demográficos foram trabalhadas de forma descritiva com frequência absoluta e relativa, por meio da construção de tabelas.

Um propósito importante do investigador qualitativo é que ele consiga enxergar através dos olhos dos sujeitos que estão sendo estudados (BAUER, 2002).

A análise das informações coletadas por meio das questões subjetivas aplicadas foi baseada na técnica de Análise de Conteúdo (AC) de Laurence Bardin. Segundo Bardin (2009), enquanto método, a AC transforma-se em uma agregação de técnicas de análise das informações que faz uso de processos organizados e objetivos de exposição do conteúdo das informações.

De acordo com Bardin (2011), a AC é composta por diversas técnicas na qual procura explicar o assunto proferido no processo de conversação, que seja através de falas ou de conteúdo escrito. Assim sendo, a técnica é formada por métodos ordenados que possibilitem a investigação de indicadores (quantitativos ou não) facilitando a efetuação de inferência de conhecimentos.

Há várias maneiras de registrar o material coletado, na maior parte é realizado por material textual, fichas de documentação, diário de pesquisa, notas de campo, transcrição, entre outros. Além disso, pode-se utilizar o material documentado através de filmes, fotos, áudios e outros, visto que todas as formas de documentação são importantes no processo da investigação, permitindo uma análise correta (FLICK, 2009).

Esse método segundo Bardin (2006), é composta por 3 etapas, que são organizadas em três fases: a pré-análise; a exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na pré-análise é a fase onde irá suceder a organização do material a ser investigado com o propósito de transforma-lo operacional, organizando a ideologia inicial. É referente à sistematização através de quatro etapas: 1- leitura flutuante, onde se estabelece contato com os registros da coleta de dados, fase em que se inicia o conhecimento do conteúdo; 2- seleção dos registros, que compreende na determinação do que será averiguado; 3- elaboração do pressuposto e dos objetivos; 4- referenciação dos índices e construção de indicadores, que cerca a definição de parâmetros através de recortes do escrito nos registros de verificação (BARDIN, 2011).

A investigação do material compõe a segunda fase, a qual se fundamenta na análise

do material com a elucidação de categorias (sistemas de codificação) e a reconhecimento dos itens de registro (item de significação a codificar diz respeito à parcela do assunto a conceituar como item fundamental, tendo como objetivo à classificação e à contagem presencial) e dos itens de contexto nos registros (item de entendimento para codificar o item de anotação que equivale à parte da comunicação, com intuito de entender o sentido exato do item de registro). A análise do material representa uma etapa relevante, pois irá viabilizar ou não a riqueza das interpretações e inferências. Esta é a fase da caracterização analítica, que refere-se aos documentos textual coletados, sujeitado a um análise aprofundada, direcionado pelos pressupostos e referenciais teóricos. A vista disso, a codificação, a categorização e a classificação são essenciais nesta fase (BARDIN, 2006).

A terceira fase corresponde à conversação dos resultados, inferência e interpretação. Esta etapa é designada para a conversação; verifica-se nela a compreensão e a ênfase das informações para análise, resultando nas conclusões a partir das interpretações; é a etapa da percepção, da análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2011).

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

4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O estudo prosseguiu cumprindo os princípios éticos presentes na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, após parecer favorável de nº 3.091.182 pelo CEP, seguindo as normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos, incorporando os quatro referenciais da bioética, que são autonomia, não maleficência, beneficência e justiça do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e no cumprimento do TCLE, que foi lido e assinado pelo participante.

Vale salientar que em toda a execução da pesquisa foi respeitada a confidencialidade de todas as informações coletadas, bem como os participantes foram informados que a entrevista poderia ser gravada de acordo com seu consentimento.

Foi direito dos entrevistados decidirem por participar ou não da pesquisa, sem que isto causasse danos, prejuízo ou constrangimento ao mesmo, os quais não tiveram sua identidade exposta pela pesquisadora.

Com relação aos riscos da pesquisa, foram mínimos, visto que foi realizada através de entrevista por meio de um roteiro e havendo o anonimato do participante. Caso ocorresse desconforto ou constrangimento, o participante seria orientado sobre a oportunidade da

suspensão da entrevista. Caso ocorresse algum prejuízo ao participante com relação à pesquisa este seria indenizado pela instituição proponente.

No que diz respeito aos benefícios, esta pesquisa contribuiu para possibilitar uma visão ampliada sobre os fatores que dificultam o tratamento e a partir disso seja possível colocar ações em prática voltada ao controle de casos de abandono ou não adesão do tratamento, conseqüentemente reduzindo o risco do paciente evoluir para incapacidades e/ou deformidades e tentar reduzir o número de casos novos da doença. Buscando também incentivar os pesquisadores a desenvolver mais estudos voltados para essa temática.

5. ANÁLISE E DISCURSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados da pesquisa são apresentados de acordo com a descrição dos participantes da mesma, onde os dados sóciodemográficos estão expostos em tabela e os discursos dos entrevistados encontram-se dispostos em ordem através do método de categorias temáticas, onde tem a intenção de atingir os objetivos apresentados no estudo. Foram analisadas 13 entrevistas realizadas com os profissionais de enfermagem que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Cajazeiras.

5.1 CARACTERIZAÇÕES DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES

Neste tópico serão elencados os dados sócio-demográficos relacionados à descrição da amostra visto que torna possível a primeira análise dos profissionais estudados.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes do estudo de acordo com o sexo, estado civil, idade, especialização e tempo de vínculo com a instituição.

VARIÁVEIS	F	%
SEXO		
Masculino	03	23,07
Feminino	10	76,92
TOTAL	13	100
ESTADO CIVIL		
Solteiro (a)	8	61,53
Casado (a)	4	30,76
Outros	1	7,69
TOTAL	13	100
FAIXA ETÁRIA		
20 a 29 anos	3	23,07
30 a 39 anos	8	61,53
40 a 49 anos	1	7,69
50 a 59 anos	0	0
≥ 60	1	7,69
TOTAL	13	100

(continuação)

VARIÁVEIS	F	%
POSSUI ALGUMA ESPECIALIZAÇÃO		
Sim	11	84,61
Não	02	15,38
TOTAL	13	100
TEMPO DE VÍNCULO COM A INSTITUIÇÃO		
≥ 6 meses	2	15,38
1 - 3 anos	7	53,84
4 – 6 anos	3	23,07
7 – 9 anos	0	0
≥ 10 anos	1	7,69
TOTAL	13	100

Fonte: Dados do Estudo/2019

Observando os dados apresentados na tabela 1 é possível identificar uma predominância do sexo feminino com relação ao masculino, pois dos 13 enfermeiros entrevistados na pesquisa, 10 (76,92%) eram do sexo feminino.

O estudo mostra a predominância do sexo feminino, concordando com os resultados de Farias *et al.*, (2016), onde a maior parte dos elementos da sua pesquisa sobre o perfil de enfermeiros fluminenses da Estratégia de Saúde da Família (ESF) participantes de um curso de especialização era do sexo feminino. A percentagem de profissionais do sexo feminino foi 84%, em contra partida com os profissionais do sexo masculino, que chegaram a 16% dos registros.

A existência do maior número de mulheres atuando na área da enfermagem na ESF é um achado que reforça a confirmação do perfil e o histórico das práticas de enfermagem. Além do que, está de acordo com outros estudos executados com profissionais da mesma área (COFEN, 2015; TANABE; KOBAYASHI, 2013).

Tradicionalmente, o cargo de enfermagem desde sempre esteve relacionada à imagem feminina, em conformidade com os cuidados feitos pelas mães, companheiras ou pelas práticas caridosas realizadas por religiosas no acolhimento dos desfavorecidos e enfermos (RODRIGUES; HIGARASHI, 2014). Depois do reconhecimento da profissão de enfermagem, a propagação do modelo nightingaleano, onde não incluía os homens, despertou o desenvolvimento de feminização da enfermagem, o qual ainda hoje é muito frequente (RODRIGUES; HIGARASHI, 2014; CORDEIRO *et al.*, 2017).

O estudo evidenciou que com relação ao estado civil há uma diferença significativa com relação a solteiros, casados e outros, onde foi possível observar que houve predominância de enfermeiros solteiros.

Divergindo do presente estudo, uma pesquisa realizada com enfermeiros lotados em exercício na divisão de enfermagem, demonstrou que esses profissionais declararam que a maioria é solteiro, o que corresponde a 43 (50,6%) e 42 (49,4%) declararam ser casados (ROCHA, 2018).

Com relação à faixa etária, demonstrou que a idade predominante ficou de 30 a 39 anos de idade. Essa parcela converge para a proporção observada em outro estudo em que foi possível identificar que ainda existe uma elevada predominância de profissionais com menos de 40 anos, cerca de 86% do total dos participantes (FARIAS *et al.*, 2016).

Outras pesquisas apontaram semelhança ao presente estudo, que foi o caso da análise dos profissionais que atuam na ESF de Fortaleza-CE, onde se verificou que o maior número dos enfermeiros, correspondendo à 90 (52,6%), estava entre de 33 a 42 anos (BEZERRA *et al.*, 2013).

Isso indica a frequência de enfermeiros experientes e com uma maior maturidade pessoal, caracterizando um aspecto significativo para possibilitar segurança no decorrer da execução das ações de assistência de enfermagem, com mais competência e segurança (GALINDO *et al.*, 2017).

A respeito da especialização foi possível constatar que um grande número dos entrevistados possui algum tipo de especialização, enquanto uma pequena parcela da amostra não possui nenhuma especialização concluída. Dentre as especializações apresentadas houve uma predominância para saúde da família, saúde pública, saúde coletiva, então foi notado que a grande maioria tem especialização dentro da área.

De acordo com Santos *et al.* (2018), no que diz respeito a pós-graduação os achados corroboram com seu estudo onde detectou que 70,3% disse ter algum tipo de especialização, sendo que 41,6% informou que seu curso lato sensu é na área da saúde da família.

Nos últimos anos, foi verificado um grande crescimento dos cursos de pós-graduação lato sensu, como o de Programa de Saúde da Família (PSF) e de Atenção Primária à Saúde (APS). Esta expansão de vagas sucedeu pelo impulsionamento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e pela conseguinte ampliação da Saúde da Família como estratégia de reorientar a APS (FARIA *et al.*, 2016).

Através desse perfil é possível observar que os profissionais de enfermagem estão

interessados em tornar melhor suas atividades e ações na prática, além de ser uma maneira dos mesmos permanecerem no serviço por causa dos vínculos empregatícios incertos que esses profissionais estão submetidos. Além disso, o crescente número de enfermeiros sanitários revelado nesse estudo pode ser compreendido como responsabilidade dos profissionais em aprimorar seus respaldos científicos para o trabalho na ESF.

Pesquisas apontam que o enfermeiro procura a pós-graduação nesta área pela possibilidade de trabalhar em diversos lugares que tenham como finalidade a promoção da saúde, bem como na saúde pública (PAZ; KAISER, 2011).

Quanto ao tempo de vínculo com a instituição predominou o período de 1 a 3 anos que alguns enfermeiros atuavam na mesma unidade de saúde.

No que se refere ao tempo que os enfermeiros estão atuando na ESF, é perceptível que essa duração na unidade, a prática e vivência profissional podem exercer influência no processo das atividades e na criação do vínculo com os pacientes, óptica importante para as práticas executadas na ESF, em particular as que são focadas à promoção da saúde e prevenção de agravos e desta forma ofertar uma melhor assistência à comunidade.

A criação desse vínculo facilita a corresponsabilização pela saúde ao longo do período, através da construção de ligação de confiança e carinho entre os profissionais da saúde e a população (BRASIL, 2013). Entretanto, esse vínculo e confiança leva tempo. Assim, um profissional que atua há mais tempo em uma mesma unidade é muito importante para que ações como o cuidado com pacientes de hanseníase sejam alcançadas.

5.2 ANÁLISES DAS DIFICULDADES ENCONTRADAS DURANTE A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO DA HANSENÍASE

Considerando a resposta da questão, quais foram as dificuldades encontradas durante a realização do tratamento da hanseníase foi possível apreender dos discursos dos participantes quatro temáticas: não aceitação da doença, preconceito, reações medicamentosas e hanseníase e tempo de duração do tratamento (**QUADRO 01**).

Quadro 01 – CATEGORIA-1: Dificuldades encontradas durante a realização do tratamento da hanseníase.

SUBCATEGORIA	<i>f'</i>
Não aceitação da doença	04
Preconceito	04
Reações medicamentosas e hanseníase	06

Tempo de duração do tratamento	03
TOTAL	17 ¹

Fonte: Dados do Estudo/2019.

5.2.1 Não aceitação da doença

A partir dos relatos de quatro participantes, constatou-se como dificuldade encontrada durante a realização do tratamento da hanseníase a não aceitação da doença, a qual foi expressa nos discursos que seguem:

“A primeira é a aceitação do paciente em si, do que ele tá se tratando, e é mais essa questão da aceitação dele. Saber que é algo que se tem cura, que é algo que querendo ou não tem a sequela dependendo da... e ele aceitar tomar isso pra si...”. (Enf. 01)

“... Às vezes a gente vai encontrar paciente que tem sintomas há anos e que não faziam o tratamento simplesmente porque não aceitam a doença. Como eu já tive pacientes, assim, em um nível educacional alto e que não aceitava de forma alguma a doença. É que acha que é uma doença de populações com condições mais precárias. Acho que é uma das maiores dificuldades é essas...”. (Enf. 07)

“Éee. A não aceitação deles! Não aceitar que tem a doença, não aceitar que a doença trás, é, consequências, que a doença pode trazer sequela... É eles não aceitarem de jeito nenhum. A maior parte é só isso.” (Enf. 10)

“... eu acho que de início é o paciente aceitar que tem a doença, né? Porque até então eles... tem alguns pacientes que tem resistência, né...”. (Enf. 12)

A não aceitação do problema de saúde por parte do doente causa um impacto negativo no acesso ao diagnóstico e nos resultados do tratamento, além de causar dano no

¹ O total foi maior do que o número dos participantes, devido ao fato de que alguns entrevistados referiram mais de uma dificuldade.

funcionamento social, tornando uma dificuldade para os programas de eliminação e controle da hanseníase (SMITH *et al.*, 2017; WHO, 2016; STEPHEN; SELVARAJ; PARAMESWARI, 2014).

Videres (2010) e Costa *et al.* (2012), afirmam que alguns pacientes com hanseníase apresentam resistência em aceitar as manchas, cicatrizes e deformidades que são causadas pela doença. Dessa forma, a hanseníase é reconhecida como um problema que amedronta e que resulta em sofrimento, problemas psicossociais, dificuldade de adesão e abandono. Fato que pode relacionar-se a esta enfermidade ser potencialmente destruidora na visão da sociedade, pois força o doente a se ocultar e negar seu estado aos que o rodeiam (SILVEIRA *et al.*, 2014).

Quando há confirmação do diagnóstico o doente manifesta várias atitudes de comportamento e emocional, como o medo, baixa autoestima, tristeza, vergonha, fúria e sensação de impotência, tais sentimentos são constantemente vistos nos indivíduos acometidos pela patologia (SOUZA *et al.*, 2014). Assim, é possível perceber como é difícil para o paciente lidar com a doença e aceitar o diagnóstico. Para muitos deles é mais fácil se esconder para que ninguém descubra, do que enfrentar os problemas que possam vir a acontecer.

No que diz respeito aos comportamentos, Videres (2010), apresenta que a maior parte das pessoas com hanseníase no começo da doença atravessam uma fase em que a atitude mais frequente é o de não aceitar a doença como uma tática para enfrentar dificuldades ao encarar a nova realidade. Silveira (2012), indica que essa enfermidade pode desenvolver e provocar um estado de conflito, causando tensões e mudanças de ordem psicológica, física e social. Dessa forma, o conjunto de sintomas referentes à doença provoca dificuldades não só para o enfermo, mas também para a família.

Conseqüentemente a não aceitação do doente com relação a seu estado de saúde é um dos motivos que dificultam o tratamento e que podem trazer conseqüências para o mesmo, caso ele permaneça com esse pensamento e não aceite realizar o tratamento. Assim, é importante que o enfermeiro procure saber o que a hanseníase representa para o paciente, qual é o entendimento que o mesmo possui com relação à doença, pois essas ações podem auxiliar o acometido pela patologia a reconstituir seu projeto de vida e assim o profissional saberá como planejar e por em prática as estratégias certas para alcançar a cura de cada paciente. Desta forma, é responsabilidade desse profissional, incentivar esse indivíduo a conversar, se posicionar e colaborar no seu tratamento.

A não aceitação do tratamento favorece também na continuidade da transmissão da doença, afetando a conservação da segurança da comunidade, sendo capaz também de causar estragos nas outras funções de vida, como se comunicar, mobilizar, distrair e trabalhar (LUNA, *et al.*, 2010). No que se refere à conservação da segurança da comunidade, a não utilização da poliquimioterapia (PQT), ou seja, a não adesão ao tratamento e o não seguimento do autocuidado caracterizam condições desfavoráveis à proteção do paciente e das pessoas próximas a ele, pois a pessoa não tratada pode transmitir a doença para outras, mantendo assim a perpetuação da cadeia de transmissão da patologia.

A adesão ao tratamento da hanseníase necessita que o doente assuma alguns compromissos para o enfrentamento da doença, pois é parte fundamental para a cura e o mesmo tem que estar ciente disso, pois a adesão é uma atitude que implica em um processo de adaptação a uma nova forma de viver (BRITO *et al.*, 2014). Dessa forma, para uma terapêutica exitosa, é preciso que o paciente tenha o conhecimento do que é a doença, sua forma de tratamento e participe de maneira efetiva, não só com a tomada das doses medicamentosas, como também com a realização do autocuidado diário na prevenção das incapacidades, para que com esse empoderamento diminua os índices de transmissão e abandono. Sendo assim é indispensável que o mesmo adira e colabore no seu tratamento medicamentoso, auxiliando de modo efetivo.

O suporte familiar e um bom acompanhamento da equipe de saúde também são essenciais para que a pessoa acometida, aceite seu novo estado de saúde e não se sinta excluída (SILVEIRA *et al.*, 2014) neste processo, colaborando para uma melhor adesão ao tratamento. Além do apoio familiar para que haja a aceitação da doença por parte do paciente e uma boa adesão ao tratamento, é essencial que os profissionais de enfermagem estejam atentos ao comportamento do indivíduo e que o mesmo também colabore nessa fase de sua vida. A transmissão de informações incorretas ou até mesmo a falta de informação, as consultas de enfermagem rápidas, sem muita atenção do profissional para com o doente ou a carência de cuidados, costumam contribuir para que ocorra a não aceitação da doença, dificultando assim a adesão ou causando o abandono da terapêutica.

5.2.2 Preconceito

Conforme o relato de quatro participantes constatou-se o preconceito como dificuldade encontrada durante a realização do tratamento da hanseníase, o qual foi expresso pelos relatos que seguem:

“[...] a dificuldade é que existe ainda muito, muito preconceito. A maior dificuldade é essa! Principalmente em relação a criança, é, no âmbito escolar. Nas mães não querer contato, às vezes vizinho, a maior dificuldade é que ainda se encontra o preconceito.” (Enf. 01)

“[...] percebe até na fala do paciente, quando você olha de perto... é... auto preconceito[...].” (Enf. 04)

“[...] o preconceito com a doença, né? Esse tipo de diagnóstico. Aí no início dificulta um pouco [...]”. (Enf. 05)

“[...] ainda existe muito preconceito, né? Infelizmente existe. Então é um dos grandes motivos que inclusive dificulta a procura deles...”. (Enf. 07)

O aspecto principal dos discursos foi que os enfermeiros mostraram ser constante a fragilidade dos pacientes acometidos pela hanseníase em consequência do preconceito da sociedade que ainda hoje existe. Além disso, o Enf. 04 na sua fala relata que o mesmo consegue identificar que o preconceito não se mostra presente apenas na sociedade, é possível identificar no próprio paciente também, acarretando assim em um número maior de casos de pessoas acometidas pela doença que ocultam seu problema de saúde, não realizando o tratamento e transmitindo a patologia para outras pessoas, aumentando o número de pessoas infectadas.

Esses profissionais confessam que trabalhar com a hanseníase na comunidade ainda hoje é muito dificultoso e quase impossível não se abater com a força que o estigma tem na vida das pessoas.

Desde a antiguidade essa doença é carregada de um forte estigma, que vem deixando marcas social e cultural de grande relevância até os dias de hoje. Mesmo já existindo cura, essa tem sua origem em ideias sociais que ainda mantêm-se, pois está frequentemente associada às deformidades físicas, causando o medo e aversão da população, resultando assim em sofrimento com sérias consequências em sua vida pessoal (SESHADRI *et al.*, 2015; BATISTA *et al.*, 2014). Dessa forma é fácil perceber que esse preconceito que vem enraizado

de anos atrás e ainda perdura nos dias atuais é um dos fatores que afetam negativamente e diretamente a adesão do tratamento.

O estigma é o aspecto principal do impacto social da hanseníase. O amplo alcance e os negativos impactos desta leva o doente a afastar-se dos serviços de saúde, à deterioração pessoal da saúde, da condição socioeconômica e diminuição da qualidade e eficiência dos programas de saúde pública no controle da doença (BATISTA *et al.*, 2014; KAZEEM; ADEGUN, 2011).

A associação de preconceito social, restrição funcional e angústia humana, ligados a esse problema de saúde, esclarecem porque as pessoas tem tanto receio desta doença se compararmos a outras, muitas vezes até mais graves (COSTA *et al.*, 2012). O preconceito causa perturbações de cunho pessoal, familiar, profissional, financeiro e psicossocial, acarretando frequentemente na ausência da participação social, por causa do repúdio que está relacionado à doença.

A percepção de pessoas afetadas pela hanseníase envolve preocupação, desconfiança e resistência em aceitar o diagnóstico, vivenciado pela vergonha e medo de sofrerem preconceito (PELIZZARI *et al.*, 2016). Dessa forma o doente deixa de realizar o tratamento adequado, aumentando assim o risco de sequelas, além de continuar disseminando a doença para a comunidade.

O abalo psicológico de receber o diagnóstico da doença, tanto para o doente quanto para os familiares, precisa de um comportamento adequado pela equipe de saúde, que contribua na aceitação do problema, na superação das adversidades e para uma melhor adesão ao tratamento. Esse cuidado deve ser ofertado não só no momento do diagnóstico, mas também ao longo do tratamento e se preciso, após a alta (BRASIL, 2017d).

Os resultados do presente estudo corroboram com os resultados de Lira *et al.* (2017), que também identificou na sua pesquisa, do tipo revisão integrativa, que o preconceito provocado pela sociedade é mencionado na maioria das publicações como um dos possíveis motivos da fuga de pacientes, tendo em vista que, após o diagnóstico, passam muitos sentimentos na cabeça da pessoa doente, em especial o pavor de ser exposto e notado como “o doente de hanseníase”.

Dessa forma, a segregação e o abandono causam cicatrizes imensas no dia a dia dos doentes e são frequentes, uma vez que muitos não sabem como de fato decorre a doença (HAMESTER, 2016). Desse modo, é clara a dificuldade do paciente em entender e aceitar, exatamente por conta do preconceito, este podendo ser procedente da comunidade ou do

próprio paciente.

Considerando esse contexto o enfermeiro apresenta papel importante, tendo em vista que o mesmo pode atuar no acolhimento, contribuindo com a troca de conhecimento, esclarecendo dúvidas ainda existentes e assim buscando minimizar o preconceito e seus efeitos, fazendo com que a pessoa doente sinta-se melhor (SILVEIRA *et al.*, 2014; SESHADRI *et al.*, 2015). Auxiliando dessa forma para que o mesmo não experimente nenhum tipo de limitação em sua vida pessoal e social. Então é indispensável que esses profissionais estejam aptos e sejam capazes de reduzir o impacto causado pelo diagnóstico da hanseníase, esclarecendo as dúvidas do paciente, família e comunidade, com o propósito de tranquilizá-los e conseqüentemente favorecer assim a adesão dos doentes ao tratamento medicamentoso.

É frequente o preconceito em pacientes com hanseníase e o cuidado e atenção para essa situação ainda é muito reduzido tanto na prática quanto na pesquisa. E consta que um adequado entendimento do preconceito sofrido por estas pessoas pode colaborar para redimensionar a assistência à saúde aos mesmos, introduzindo os preceitos do cuidado integral que abrangem as dimensões biopsicossocial e espiritual (LIMA *et al.*, 2013).

5.2.3 Reações medicamentosas e hansenicas

A partir do relato de seis participantes, percebeu-se como dificuldade encontrada durante a realização do tratamento da hanseníase as reações medicamentosas e hansenicas, expressa nos discursos que seguem:

“[...] assim eu consideraria como probleminha algumas reações aos medicamentos, né? Porque, é, quando faz a dose supervisionada alguns tem desconforto epigástrico, tem uns que se queixam, tá entendendo? E outros tem reação ao próprio medicamento que as vezes é necessário a troca da dose [...]”. (Enf. 02)

“Então... os entraves que eu percebi nesses pacientes que eu acompanho até hoje... reações adversas, né? da medicação, reações leves, mas incomodas. É... As reações hansenicas em si também...”
(Enf. 04)

“[...] vêm as questões dos... das reações que tem[...].” (Enf. 05)

“[...] grande problema... as reações. Que eles associam às reações a medicação não está fazendo efeito, né? “Então se não tá fazendo efeito, eu tô tendo reação, então eu vou parar, porque não tá servindo, não tá servindo, eu quero outra medicação que essa aqui não serve.”...” (Enf. 07)

“[...] as reações à medicação após o início, que a pele ela fica um pouco mais escura e aí os pacientes eles tendem a querer desistir, aqui tem uma resistência...” (Enf. 09)

“Geralmente [...] os efeitos colaterais. Eles abandonam principalmente por conta disso. [...] o receio dele em relação aos efeitos colaterais [...]” (Enf. 13)

Através da fala do Enf. 07 apresentada no presente estudo, torna-se evidente que alguns indivíduos acometidos possuem um baixo nível de instrução acerca das reações medicamentosas e das reações hansenicas que possam vir a surgir, o que é bastante preocupante visto que esses fatores se configuram como motivos que possam dificultar a realização do tratamento medicamentoso.

Os estados reacionais são causados por imunoinflamatórios, sintomáticos na maior parte das vezes. Pode ser localizado ou sistêmico e acontecer antes, durante ou após o tratamento principalmente nos casos multibacilares. São provocados, intensificados ou sustentados por infecções, mudanças hormonais e estresse emocional e físico além de causar comprometimento agudo e agressivo dos nervos periféricos (ALVES *et al.*, 2014; BRASIL, 2017d).

As sequelas ocorrem de maneiras diferentes, como parestias, dor neuropática crônica ou deformidades físicas incapacitantes. As reações hansenicas estão relacionadas ao agravamento na qualidade de vida e estigmatizam o doente. Os mecanismos necessários pelos quais os eventos reacionais ocorrem ainda não são conhecidos (ARAÚJO, 2013).

As crises reacionais podem ser provocadas por diversos eventos que causam desequilíbrio do sistema imunológico como: gravidez, intervenções cirúrgicas, estresse físico

e psicológico, antibióticoterapias, traumas, fatores hormonais e infecções (PASCHOAL; SOLER, 2015). Assim é interessante ressaltar a importância de capacitar os profissionais de enfermagem para a prevenção de deformidades, incapacidades, bem como observar o cuidado com o tratamento, pois dessa forma reduziria os casos de pacientes que apresentam dificuldade na realização de tratamento devido às possíveis reações medicamentosas e principalmente hansenicas.

É importante enfatizar também a necessidade dos profissionais estarem preparados para identificarem os quadros reacionais e realizarem a intervenção em tempo hábil considerando a gravidade do caso.

As reações hansenicas podem contribuir de modo efetivo para o afastamento do paciente, até então assistido pelo programa de controle e são causadores do abandono de tratamento e incapacidades físicas, pois por inúmeras vezes o início dos quadros reacionais leva o doente a pensar que o tratamento não está surtindo resultado ou que este está lhe fazendo mal. Esses quadros reacionais que pioram os sintomas iniciais da doença tornam mais fortes a tristeza do paciente, fazendo com que voltem a ocultar as marcas da hanseníase por trás de histórias que são criadas com intenção de se proteger da discriminação, visto que as reações tornam evidente a doença (SILVA, 2014; SILVEIRA *et al.*, 2014).

À vista disso, é de relevância a responsabilidade dos profissionais de enfermagem na assistência aos pacientes acometidos pela doença em crise reacional, principalmente em detectar precocemente neurite silenciosa através do exame neurológico, tal ação voltada para a prevenção de incapacidades físicas decorrentes do comprometimento neurológico causado pela doença e intensificado pelos quadros reacionais.

Já no que se refere aos efeitos colaterais decorrentes dos fármacos utilizados no tratamento medicamentoso a pesquisa de Kar *et al.* (2010), mostrou que os efeitos colaterais das drogas envolvidas na PQT é a segunda maior causa (25,98%) de abandono da terapia medicamentosa, ficando atrás apenas por causas ocupacionais (33,07%), onde os pacientes deixavam de ir aos serviços de saúde para não faltar ao trabalho.

Uma revisão sistemática acerca dos motivos relacionados a não adesão ao tratamento da hanseníase apresentou vários estudos que mostravam as reações adversas as drogas da terapia como a principal razão de não conclusão do tratamento (GIRÃO *et al.*, 2013). Dentre eles, um estudo retrospectivo realizado nas Filipinas revelou que 40% dos pacientes verificaram efeitos adversos como cefaleia, vertigem, náuseas, desconforto gastrointestinal, fraqueza e outros, como as principais razões da não adesão (HONRADO *et al.*, 2008).

A análise brasileira de Souza *et al.* (2009), elencou os principais efeitos adversos que incomodavam os pacientes e os levavam a abandonar o tratamento: anemia, hepatotoxicidade (associada à rifampicina e à dapsona), hiperpigmentação (relacionado à clofazimina) e agranulocitose e neuropatia (devido à dapsona).

O êxito do método terapêutico estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para a eliminação da hanseníase depende amplamente da competência dos serviços de saúde e do comprometimento dos pacientes. O elevado índice de não adesão ao tratamento tem severas consequências, pois pode contribuir para a disseminação da doença, resistência aos medicamentos, risco de desenvolver incapacidades físicas e resultar na falha do programa de combate à hanseníase, visto que está relacionada à insistência de possíveis fontes de infecção, com curas incompletas, além das irreversíveis complicações para o próprio doente e o risco para coletividade (GIRÃO *et al.*, 2013; RODRIGUES *et al.*, 2015).

Ainda que haja um entendimento a respeito da cura da hanseníase, a permanência dos sintomas e o surgimento das reações provoca o aparecimento de dúvidas. Então é de extrema importância que os doentes tenham o entendimento que a mesma se configura como um problema de saúde que tem cura, desde que o tratamento seja realizado corretamente e sem interrupções.

5.2.4 Tempo de duração do tratamento

Conforme o relato de três participantes percebe-se o tempo de duração do tratamento como sendo também uma dificuldade encontrada durante a realização do tratamento, na percepção do enfermeiro, como expresso nos relatos que seguem:

“... Eu acho que quando é multibacilar é um pouco mais difícil por ser um ano de tratamento. Já aconteceu de terminar o tratamento de um ano e ter que fazer por mais doze meses, aí realmente essa quantidade aí de... O maior entrave é esse, a quantidade de meses da multibacilar, que eles reclamam bastante [...]”. (Enf. 05)

“É... Essa responsabilidade da medicação todo santo dia, pra eles é muito complicado, sabe? Eles querem tomar um dia sim outro não, outro não...” (Enf. 07)

“...Pacientes resistentes ao tratamento por achar prolongado [...]”.
(Enf. 08)

Corroborando com o presente estudo, de acordo com Kroger *et al.* (2008), apesar da eficiência da PQT aconselhada pela OMS, existem algumas restrições, e uma delas é o tempo de tratamento que afeta a adesão ao mesmo e conseqüentemente resulta em altas taxas de abandono.

Percebe-se no estudo que os pacientes com maior dificuldade durante o tratamento da hanseníase são aqueles com classificação operacional do tipo multibacilar, isso acontece pelo fato da sua duração ser de 12 meses de tratamento, dessa forma alguns pacientes não tem paciência e não querem ficar com a obrigação de tomar o medicamento todos os dias e ir a Unidade Básica de Saúde (UBS) uma vez por mês para a realização da dose supervisionada.

Segundo Martins e Bouças (2010), por se tratar de uma enfermidade que tem um tempo longo de tratamento e requer certa disciplina por parte do doente, há bastante dificuldade em fazer com que os pacientes sigam o tratamento de modo correto, dentro do tempo preconizado. Nesse sentido, é competência dos enfermeiros, bem como da equipe atuante no serviço, ajudar os pacientes a serem firmes na terapêutica, ajudando a superar os seus receios. É papel também de toda a equipe conceder o auxílio necessário, orientações e dedicação na prevenção de incapacidades, dado que a hanseníase existe e suas sequelas são reais.

Acredita-se que se os profissionais da saúde desenvolvessem mais ações com os acometidos pela doença utilizando a transmissão de informações sobre como é importante à adesão, a tomada da medicação corretamente e até concluir, podendo evitar assim um acréscimo de meses durante o tratamento e demonstrassem as conseqüências que a doença pode causar se o tratamento não for realizado, os mesmos se conscientizariam mais e dessa forma reduziria os casos de abandono ou interrupção da terapêutica medicamentosa, auxiliando também na quebra da transmissão e na diminuição do número de doentes com deformidades.

Defronte de tais limitações, foi sugerido um esquema unificado de poliquimioterapia (PQT-U) para todos os acometidos pela hanseníase, independente da forma clínica da doença, com 6 meses de rifampicina, clofazimina e dapsona (GONÇALVES *et al.*, 2012).

De acordo com o autor supracitado esse esquema unificado tem causado discussões, propondo um possível aumento na ocorrência de recidivas. Particularmente, tem-se debatido a

respeito da eficácia da PQT-U nos pacientes multibacilares. Em decorrência dessas polêmicas, esse método não é muito utilizado pelos profissionais de enfermagem, logo o tempo de tratamento continua sendo uma dificuldade, pois permanece prolongado, principalmente para os doentes multibacilares, tornando difícil a adesão ao tratamento ou que eles façam o tratamento de forma correta.

5.3 ANÁLISES DAS IRREGULARIDADES NO TRATAMENTO DA HANSENÍASE PELO PACIENTE

Considerando a resposta da questão, quanto às irregularidades no tratamento da hanseníase pelo paciente foi possível apreender dos discursos dos participantes três temáticas: interrupção ou abandono de tratamento, uso de álcool e outras drogas e desconhecimento da doença (**QUADRO 02**).

Quadro 02 – CATEGORIA - 2: Irregularidades no tratamento da hanseníase pelo paciente.

SUBCATEGORIA	<i>f</i> ¹
Interrupção ou abandono de tratamento	05
Uso de álcool e outras drogas	03
Desconhecimento da doença	04
TOTAL	12 ²

Fonte: Dados do Estudo/2019.

5.3.1 Interrupções ou abandono de tratamento

A partir do relato de cinco participantes, percebeu-se como irregularidade no tratamento da hanseníase pelo paciente a interrupção ou abandono de tratamento, a qual foi expressa nos relatos que seguem:

“Eu já me deparei com... já! Assim, eu tive um paciente bem problemático. Ele fez três, eles chegou a fazer três tratamentos. Ele não chegou a abandonar, ele levou o tratamento até o final, só que ele não fez como deveria fazer. [...] E ele tomou as doze doses supervisionadas, porém o tratamento dele não foi eficaz porque ele não fazia as doses diária em casa...” (Enf. 02)

² Em relação à frequência ter apresentado total menor do que o número de participantes deve-se ao fato de que alguns elementos da pesquisa não relataram irregularidades no tratamento.

“Sim. Nesse período que eu tô aqui [...] tive problema com um. Ele abandonou o tratamento e... Ele na verdade, ele ainda fez dois meses... Aí depois não concluiu mais [...]. (Enf. 05)

“Alguns! Uns, acho que dois ou três já.” (Enf. 07)

“Já, já! Com dois já. Que pra voltar até a gente, eu tive que ameaçar a ele o emprego. [...]e ele voltou contra vontade dele...” (Enf. 10)

“Com certeza. Assim a gente tem na verdade, nós temos dois pacientes complicados. [...] agora um desses no terceiro retorno dele ao tratamento, ele veio num estado deplorável [...] veio pedir socorro....” (Enf. 11)

Nas falas apresentadas é possível identificar que muitos dos enfermeiros entrevistados relataram que durante sua atuação na ESF já se depararam com casos de pacientes que abandonaram ou interromperam o tratamento da hanseníase. Dessa forma, é possível perceber que mesmo depois de tantos anos que a hanseníase existe, ainda não foi possível ser erradicada, se configurando ainda nos dias atuais como um problema de saúde pública, no Brasil.

De acordo com um estudo do tipo revisão integrativa, foi manifestado que a não adesão ao tratamento com a PQT, acontece no momento que o paciente diagnosticado deixa de frequentar continuamente às consultas na unidade de saúde que são agendadas antecipadamente (LIRA, *et al.*, 2017).

Com tantas falas relatando a interrupção e abandono do tratamento por parte dos doentes, se torna evidente o motivo para que ainda hoje essa doença tenha alta incidência e prevalência na sociedade e nos faz refletir que medidas devem ser tomadas para que haja uma boa adesão.

Conforme Ignotti *et al.* (2001), é essencial que ocorra adesão efetiva do doente ao tratamento, objetivando a diminuição progressiva dos casos de abandono do mesmo, que é mencionada como um dos principais motivos do subcontrole da doença no Brasil. Este abandono e interrupção caracteriza uma das importantes razões para o crescimento de

resistência aos antibióticos, incapacidades físicas e continuação da cadeia de transmissão (GOULART; PENA; CUNHA, 2002).

A permanência da cadeia de transmissão da hanseníase se caracteriza, entre outras circunstâncias, pelo abandono do tratamento, visto que os doentes bacilíferos que param de fazer uso dos medicamentos transmitem o bacilo para indivíduos saudáveis e suscetíveis. Esta é a principal situação para a continuação do ciclo de aumento das incapacidades e de problemas associados ao preconceito social provocado pela doença (SOUSA *et al.*, 2013).

Segundo Lira *et al.* (2017), sua pesquisa evidenciou que os pacientes em situação de abandono da terapia medicamentosa possuem menores condições de trabalho, moradia, renda, em comparação daqueles que executaram todo o tratamento. Também verificaram que pacientes que se encontram em tratamento irregular ou que abandonaram o mesmo, em sua maioria, são pessoas que não realizam atividade remunerada fixa e/ou têm entre um e dois salários mínimos, vivendo em casas cedidas pela prefeitura ou outras pessoas, juntamente com quatro ou mais familiares e que apresentam dificuldade de acesso ao transporte. Outros artigos debatem o baixo nível de escolaridade como problema socioeconômico a ser levado em consideração no âmbito da não adesão ou abandono do tratamento da hanseníase.

Nesse caso o vínculo enfermeiro-pacientes, a facilidade de acesso ao serviço de saúde da área, quer seja no acolhimento ou atendimento ao doente que vai até à UBS para diagnóstico ou atendimentos seguintes, são de extrema relevância para que dessa forma ocorra a continuidade destes pacientes na terapêutica e não ocorra a perda do paciente.

Esta contextualização demonstra a importância do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) na rede básica, assim como leva à análise da atual aplicação das diretrizes do Ministério da Saúde (MS) que norteiam a ESF. Muitos pacientes assim que descobrem o diagnóstico, simplesmente não aderem ao tratamento porque moram distante da unidade de saúde, o que requer das equipes uma maior intervenção, principalmente no que se refere à busca ativa de faltosos e dos contatos domiciliares (VIEIRA *et al.*, 2008).

De acordo com Lira *et al.* (2017), em todas os artigos selecionados para seu estudo, realizados no Brasil, o enfermeiro apresenta-se com papel muito relevante no atendimento ao paciente com hanseníase, visto que o mesmo não é apenas o responsável técnico pela efetivação do PNCH, mas é o que está presente durante todo o tratamento. Os artigos demonstram que cabe a esses profissionais a elaboração e aplicação de estratégias assistenciais focadas na permanência dos pacientes durante a terapêutica.

5.3.2 Uso de álcool e outras drogas

Conforme o relato de três participantes percebeu-se o uso de álcool e outras drogas como contribuintes para ocorrência de irregularidades no tratamento da hanseníase pelo paciente, o qual foi expresso nas falas que seguem:

“[...] é mais por questão de uso de álcool ou drogas... É isso mesmo... não tem assim, outros fatores” (Enf. 03)

“Uso de bebida alcóolica diariamente, resistência em comparecer ao serviço de saúde [...]”. (Enf. 08)

“Álcool primeiro, é o fator primordial [...]. Um deles é ele ser usuário de droga, que, que é um outro fator.” (Enf. 11)

Pelos relatos dos enfermeiros que participaram do estudo percebe-se que o consumo de álcool e outras drogas causam impactos na saúde das pessoas e trás consequências negativas como a irregularidade no tratamento por parte dos doentes que fazem uso dessas substâncias.

A utilização imoderada dessas substâncias causa consequências e danos físico, mental e social, assim como acidentes, relações sexuais sem a devida proteção, exposição à violências, propagação de doenças infecciosas e ruptura familiar (MORETTI-PIRES, *et al.*, 2011). Desta forma, o consumo das mesmas favorece também para a irregularidade do tratamento da hanseníase, pois quando o paciente está fazendo uso dessas substâncias acabam não tomando as medicações regularmente e não comparecendo à unidade de saúde nas datas agendadas.

Os problemas referentes ao consumo abusivo das drogas psicoativas associado ao uso de novas drogas de abuso prevalentes resultaram em um sério problema de saúde pública nos dias atuais. A rapidez como se mostram as novas drogas, acrescido do uso de crack, álcool e outras, e sua ligação com acontecimentos acidentais ou ocorrências de violência, mostra o aumento na gravidade das lesões e a redução dos anos de vida dos cidadãos, expondo os indivíduos a condutas de risco (WHO, 2014; UNODC, 2013). Diante dos relatos dos enfermeiros foi possível identificar que o consumo de álcool e outras drogas pelos doentes pode representar um aspecto que provoca condutas isento de responsabilidades,

quanto ao cuidado com si mesmo e por consequência a irregularidade ou abandono do tratamento medicamentoso.

Após a doença ser detectada, a adesão ao tratamento é um fator que contribui para a mudança na qualidade de vida com a adoção de práticas saudáveis que é parte complementar no plano de cuidado, e que muitas vezes não é compreendido pelo paciente. As práticas etilistas podem ser consideradas multifatoriais, relacionadas a condições biopsicosociais, que se complementam no esclarecimento etiológico do alcoolismo (LUNA *et al.*, 2010). Na UBS o enfermeiro tem uma maior chance de identificar os problemas associados ao consumo de álcool e de outras drogas, bem como também aperfeiçoar as atividades assistenciais para preservar o contato próximo às pessoas que utilizam os serviços de saúde.

No entanto, existem situações que o enfermeiro sozinho não é capaz de resolver, como nos casos de pacientes que fazem uso de álcool e outras drogas. Assim é importante a articulação com outras redes, como o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad) para uma melhor assistência e conseqüentemente melhor resultado.

O consumo do álcool é negativo no decorrer de um processo infeccioso por reduzir a imunidade dos acometidos pela hanseníase, além de sobrecarregar o seu fígado com o uso simultâneo de antibióticos (SUSAN, 2005). Diante do exposto, o uso de bebidas alcoólicas e outras drogas entre os doentes de hanseníase apresentam um problema ainda maior, pois a utilização das mesmas em conjunto com a PQT afeta diretamente na ação da terapêutica, propiciando para um aumento do número de doentes com incapacidades.

Segundo um estudo acerca da adesão ao tratamento da hanseníase, aponta o consumo da bebida alcoólica como uma causa que dificulta tanto a adesão ao tratamento como a irregularidade deste (LUNA *et al.*, 2010).

No presente estudo, através das falas dos enfermeiros foi possível observar que muitos indivíduos fazem uso do álcool e outras drogas e subentende que essa conduta é uma forma de fuga dos problemas ou para conseguir enfrenta-los sem medo. No entanto, os pacientes no decurso do tratamento precisam compreender que essas práticas impossibilitam a eficiência do tratamento.

Dessa forma, os profissionais que atuam na APS têm função importante de assistir essas pessoas, no papel de uma rede social de apoio, ainda mais quando estes são também acometidos pela hanseníase, pois além do paciente ter problema com o uso de álcool e outras drogas ainda existe o estigma que a doença carrega (ROCHA, 2010).

5.3.3 Desconhecimento da doença

De acordo com o relato de quatro participantes percebeu-se o desconhecimento da doença por parte do paciente como fator que resulta em irregularidade no tratamento da hanseníase pelo paciente, o qual foi expresso pelos discursos que seguem:

“[...] eles não tem muita noção do quanto isso pode ser, ser grave pra eles, pode se agravar pra eles. Acreditam que o máximo que eles vão ter é uma febre, uma dor muscular, dor nos nervos e só. Não tem dimensão da grandiosidade.” (Enf. 07)

“[...] a falta de conhecimento acerca da temática e sobre a doença e a sua respectiva cura e as consequências que ela pode ocasionar com a não realização do tratamento...” (Enf. 09)

“[...] quando ele ver uma melhora, quando ele ver uma coloração diferente no organismo ele mesmo para... O maior fator é só esse mesmo... Então, é, termina ele mesmo, por si só, achando que já tá curado e para com tudo...” (Enf. 10)

“[...] desconhecimento da própria doença. Porque se eles tivessem, né? Conhecimento do que, do que vem acarretar, do que uma hanseníase não tratada [...]. Enfim, os problemas que eles vão encontrar, né?... Mas eu acho que é o próprio desconhecimento [...]”.
(Enf. 11)

Por ser uma enfermidade infectocontagiosa a hanseníase acaba sendo estigmatizada pela sociedade e por alguns membros da família. Alguns motivos como a ausência de conhecimento da população e o preconceito contribuem de maneira negativa no tratamento dos pacientes, dessa forma é essencial uma averiguação interpessoal (SANTOS, 2010).

A ausência de informações corretas com relação à hanseníase pelos amigos, familiares e vizinhos provoca situações preconceituosas, pois está arraigado no inconsciente das pessoas que esta é de fácil propagação e, em vista disso, pessoas sadias não podem ter contato com indivíduos acometidos para não ser contaminados por uma doença que incapacita e deforma como prevalece na concepção formada da sociedade (PONTE; XIMENES NETO,

2005).

O preconceito decorrente da falta de conhecimento por parte da família, amigos, vizinhos e comunidade tem efeito negativo para o tratamento do doente. O desconhecimento da doença por parte do próprio paciente também representa um fator dificultador. Quando o doente não tem o conhecimento do que é a enfermidade, como ela é transmitida, qual a importância do tratamento e quais as consequências ela pode trazer para sua vida, isso acarretará em um maior número de pessoas que não iram aderir à terapêutica, ocultando assim seu problema de saúde em decorrência do preconceito, aumentando o número de incapacidades que a doença pode causar, bem como, a disseminação do bacilo contaminando outras pessoas.

Esse desconhecimento do paciente também pode acarretar em abandono ou interrupção do tratamento, pelo simples fato do mesmo achar que está curado depois de observar algumas melhoras dos sintomas, assim como foi relatado na fala do Enf. 10.

Em uma pesquisa feita com pacientes que tinham hanseníase multibacilar em tratamento em uma UBS localizada na sede do município de Sobral (CE), onde tinha como objetivo reconhecer seu entendimento sobre a patologia e o tratamento, foi analisado que quase sempre este entendimento pouco está ligado com as informações repassadas pelos profissionais de saúde. Um membro do estudo informou não entender as informações dadas pelos profissionais. A linguagem técnica que em muitas situações se faz presente na conexão entre profissionais não são compatíveis às capacidades de entendimento dessas informações pelos pacientes (NUNES *et al.*, 2011).

À vista disso é possível perceber a deficiência na comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes, pois parcela significativa da população pesquisada nos estudos supracitados realizados com os doentes, os mesmos não entendem as informações repassadas ou as acham incompletas, resultando assim em uma causa para irregularidade no tratamento. Dessa forma é muito importante que os profissionais ampliem essas informações para a população em uma linguagem que eles entendam e não na linguagem científica, para que assim consiga sucesso com relação ao entendimento sobre o que é hanseníase e suas características por parte dos pacientes, fazendo com que isso não se torne um problema durante o tratamento.

Deste modo, proporcionar informações à comunidade a respeito dessa temática é dever da equipe de saúde. Que por sua vez deve ser desenvolvida por um grupo de profissionais que trabalhe em harmonia entre si e seja capaz de se aproximar do paciente de modo eficaz para compreender suas necessidades e alcançar de forma interdisciplinar, agir de

maneira holística sobre essas demandas, de forma que cada profissional colabore com seu conhecimento para obtenção da resolubilidade (SANTOS; QUEIROZ; SACCHETIM, 2015).

5.4 ANÁLISES DAS ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM PARA MELHOR ADESÃO DO TRATAMENTO DA HANSENÍASE

Considerando a resposta da questão, quanto às estratégias utilizadas pelos profissionais de enfermagem para melhorar adesão do tratamento da hanseníase, foi possível apreender dos discursos dos participantes três temáticas: rodas de conversa, busca ativa e esclarecimentos e conscientização a cerca doença (**QUADRO 03**).

Quadro 03 – CATEGORIA - 3: Estratégias utilizadas pelos profissionais de enfermagem para melhor adesão do tratamento da hanseníase.

SUBCATEGORIA	<i>f'</i>
Rodas de conversa	05
Busca ativa	05
Esclarecimentos e conscientização a cerca da doença	10
TOTAL	20 ³

Fonte: Dados do Estudo/2019.

5.4.1 Rodas de conversa

A partir do relato de cinco participantes, percebeu-se como estratégia utilizada pelos profissionais de enfermagem para melhor adesão do tratamento da hanseníase as rodas de conversa, expressa nos relatos que seguem:

“Aqui a gente geralmente faz roda de conversa, com uns pacientes, tanto os que já terminaram o tratamento, como os que já tão em tratamento. Porque um acaba ajudando o outro...” (Enf. 01)

“[...] fazemos roda de conversa....” (Enf. 04)

“[...] agente faz uma roda de conversa com eles, a equipe, o médico também conversa...” (Enf. 05)

³ O total foi maior do que o número dos participantes, devido ao fato de que alguns entrevistados referiram mais de uma estratégia.

“... *A gente faz roda de conversa... Janeiro é um mês alusivo, então...
mês de desenvolver essas atividades...*” (Enf. 07)

Os profissionais de enfermagem mostraram que durante sua atuação na ESF, fazem uso de atividades educativas como as rodas de conversa para relacionar-se com os acometidos pela hanseníase e com a população em geral, assim, essa estratégia é uma maneira de facilitar a adesão do tratamento da hanseníase, uma vez que o conhecimento correto com relação à doença diminuirá o preconceito, contribuindo para conscientização da pessoa doente e comunidade.

O MS preconiza que as atividades de educação em saúde sejam destinadas tanto aos acometidos pela hanseníase, famílias e coletividade, quanto para a equipe de saúde, objetivando a grande propagação de informações atualizadas sobre a doença. (BRASIL, 2016c).

A roda de conversa é uma unidade de conhecimento, onde o elemento social participante é uma pessoa livre, autônomo, com inúmeras experiências culturais de vida a serem respeitadas. Esse sujeito-cidadão, através da comunicação, compartilha e se liga com os outros, tendo a competência de ensinar e aprender, consolidar e ser consolidado, raciocinar, refletir e escolher pelo bem-estar pessoal e coletivo no cenário de suas vivências e experiências (SAMPAIO *et al.*, 2014).

Como ferramentas de construção dialógica, as rodas de conversa constituem conhecimentos coletivos e contextualizados, ao favorecerem o discurso crítico e a escuta sensível, de maneira lúdica, não utilizando nem a escrita, nem a leitura da palavra, mas sim dos modos de vida cotidianos (FREIRE, 1996).

Essa estratégia procura também vencer os mitos e tabus sobre a hanseníase. Esse tipo de ação permite um melhor contato entre os profissionais, pacientes e comunidade, contribuindo para uma melhor adesão dos doentes ao tratamento, visto que dessa forma os mesmos terão conhecimento do problema que estão enfrentando e a comunidade se conscientizará com relação ao preconceito, diminuindo assim a agustia do paciente. A educação em saúde é vista de forma relevante não só para essa finalidade, mas também como uma forma de prevenção.

O profissional de enfermagem tem que encorajar a presença dos doentes no programa, oferecendo tranquilidade e criando a troca de experiências e o debate de questões e

dos valores pressupostos em sua vida e de seus familiares. Acredita-se ser essencial e propiciar ao paciente entendimento com relação à doença, através de ações individuais ou em grupo, que favorecerá na adesão ao tratamento e das alterações de atividades essenciais para a prevenção de incapacidades (BRITO *et al.*, 2014; GALAN *et al.*, 2014; RODRIGUES *et al.*, 2015).

Essas ações de educação em saúde são fundamentais na assistência a esses pacientes, promovendo a troca de experiência entre os envolvidos e a construção compartilhada de conhecimentos. Percebemos no presente estudo que as rodas de conversa são ferramentas consideráveis, pois as mesmas sanam e esclarecem as dúvidas existentes, dado que a comunidade em geral possui várias dúvidas sobre essa doença. Assim essas ações tem como finalidade também alcançar uma melhor adesão por parte do paciente.

O Enf. 07 na sua fala chamou atenção ao ressaltar que como o mês de janeiro é dedicado à hanseníase, ou seja, mês destinado para conscientização em relação ao diagnóstico e tratamento da doença, então o mesmo relata que é nesse mês que ele usa para desenvolver as atividades. Infelizmente isso é uma realidade presente não só na cidade onde ocorreu a pesquisa, onde os enfermeiros só desenvolvem essas atividades naquele período de alusão a doença. Então é importante salientar que as atividades educativas como as rodas de conversa, não devem ser pontuais, realizadas apenas em um mês especificamente, isso é uma ação que precisa ser enfatizada sempre nas unidades, pois se não houver esse tipo de atitude do enfermeiro haverá o aumento de pessoas sem conhecimento sobre o que é a doença, quais os sinais, sintomas e as consequências da mesma. Todos os meses devem ser reforçados esse compromisso que o enfermeiro tem com a comunidade, de controle da hanseníase, especialmente em áreas endêmicas.

É importante destacar a ausência de trabalhos em grupos específicos para hanseníase, com participação da equipe multidisciplinar, e acionamento até mesmo de outros profissionais que compõem a APS como os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), por exemplo, que é um ponto muito relevante e que em nenhum momento é mencionado por parte dos participantes da pesquisa.

Dessa forma é essencial que os enfermeiros se conscientizem com relação à importância dessas ações, principalmente se os mesmos estiverem atuando em uma área endêmica. Assim é fundamental a realização dessas atividades mensalmente, onde pode ser feito a criação de grupos com os pacientes para orientações das técnicas de autocuidado e orientações para a população em geral.

5.4.2 Busca ativa

De acordo com o relato de cinco participantes, percebeu-se a busca ativa como estratégia utilizada pelos profissionais de enfermagem para melhor adesão do tratamento da hanseníase, expressa nas falas que seguem:

“[...] a gente realiza a busca ativa também dentro da unidade, principalmente, a gente tem bastante caso. Quando começa a decair o número de casos aí a gente sempre faz busca ativa aí sempre aumenta. Quando a gente começa fazer busca ativa, eu digo: isso não é bom, porque é sinal que vêm trabalho (risos)! Quando começa ficar dois, três, aí diz: vamos fazer busca ativa. Pronto agora enche. Teve um caso de busca ativa que juntando as duas unidades parece que ficaram dezoito casos. Disse meu Deus do céu! E dá trabalho viu?...”
(Enf. 02)

“[...] faz a busca ativa também na residência, né?...” (Enf. 03)

“... Sim... a busca ativa, que eu procuro... sempre eu vou com os agentes de saúde...” (Enf. 06)

“Busca ativa na casa do paciente que já é hansênico [...]”. (Enf. 10)

O enfermeiro possui um papel essencial na prestação da assistência aos indivíduos afetados pela hanseníase, tanto na UBS quanto nos centros especializados. A busca ativa e o diagnóstico precoce, a educação em saúde, a avaliação dos contatos, a dose supervisionada e a visita domiciliar são práticas primordiais determinadas pelo MS e executadas pelos enfermeiros (RODRIGUES *et al.*, 2015; SILVA; PAZ, 2017).

A busca ativa assume um papel significativo, visto que ela é uma ferramenta que leva o reconhecimento antecipado dos casos na comunidade, o acréscimo do número de casos, indica os acometidos pela hanseníase que abandonaram o tratamento e identifica a doença na fase inicial, colaborando para que sejam diminuídas as incapacidades, a exclusão social e o preconceito, a partir de um diagnóstico precoce (RODRIGUES *et al.*, 2015). Assim sendo, a busca ativa não é somente primordial para detecção de novos casos como também de pacientes faltosos, dos casos que há irregularidades de tratamento, dos contatos domiciliares e

resgate de quem não compareceu à UBS.

Consiste numa importante ferramenta para também conhecer o real contexto que o doente está inserido. O enfermeiro sabendo onde esse paciente reside, identificando quais os fatores de risco presentes e que conseqüentemente contribuem para interrupção ou abandono, fica mais fácil de intervir no caso.

A fala do Enf. 10 chamou atenção pelo fato de somente ele ter ressaltado a questão da busca ativa dos faltosos. Dessa forma podemos constatar que a atuação de alguns enfermeiros ainda é bastante falha no tocante ao controle da hanseníase e que essa é uma das causas para que continue ocorrendo a disseminação da doença.

A busca ativa dos casos faltosos com utilização de algumas ferramentas adequadas, como o estabelecimento de vínculo entre profissional e paciente, a demonstração de interesse do enfermeiro em querer ajudar o paciente, passar informações claras sobre a data que esse deve ir a UBS para a dose supervisionada e pega da cartela, explicando os benefícios dessa conduta, entre outros. Essas ferramentas são de extrema importância para que esses pacientes não se afastem do serviço de saúde e realizem seu tratamento corretamente, diminuindo assim os casos de abandono, irregularidades de tratamento e evitando que a hanseníase seja transmitida para outras pessoas.

No que diz respeito à supervisão dos comunicantes de hanseníase é essencial, pois são pessoas que se encontram em um risco elevado de contrair a doença, e no contexto familiar e social, as ações referentes ao controle dos mesmos tem sido pouco considerado pelos profissionais e serviços de saúde (SOUSA *et al.*, 2014). Portanto, destaca-se também o valor da busca ativa dessas pessoas que vivem em contato frequente com o doente, para que se consiga alcançar o controle da doença.

A disposição e participação no estudo de hanseníase é dever de todo o grupo de trabalho, pois os contatos intradomiciliares de hanseníase são o caminho para a continuidade da endemia (TEMOTEO *et al.*, 2013).

A busca ativa de casos suspeitos de hanseníase estabelece sem duvidas uma base fundamental no cotidiano de trabalho da equipe de saúde para reduzir a propagação desta doença, visto que facilita o completo diagnóstico e tratamento dos casos identificados, além de que, há que prestar atenção à identificação passiva, quer dizer, aos casos que chegam à consulta por meio de demanda espontânea e encaminhamento (PEDRAZA, 2014).

É interessante salientar a fala do Enf. 06 onde relata que no momento da busca, ele sempre acompanha o Agente Comunitário de Saúde (ACS), isso é muito importante, pois o

mesmo realiza a consulta em domicílio otimizando o tempo e o processo de trabalho da equipe.

Com relação ao controle da hanseníase em campo municipal, é essencial a ação eficiente das equipes da ESF, principalmente dos ACS, visto que eles atuam em contato direto e constante com a comunidade, por obrigatoriamente morarem no mesmo lugar que atuam, são a conexão entre a equipe e a sociedade, o que os fazem conhecer o dia a dia da comunidade com mais intensidade do que os outros profissionais de saúde (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000). Dessa forma facilitando na busca ativa dos casos faltosos.

5.4.3 Esclarecimentos e conscientização

Conforme o relato de dez participantes percebe-se o esclarecimento e conscientização como estratégias utilizadas pelos profissionais de enfermagem para melhor adesão do tratamento da hanseníase, como expresso nos relatos que seguem:

“[...] gosto de normalmente explicar como é o tratamento, o que é que vai passar no tratamento. [...] eu explico o que é a hanseníase, mas numa forma leve e que tem que ser tratada, porque se não tratada inicialmente ela pode evoluir pra uma fase mais avançada do problema...”. (Enf. 02)

“[...] explico a doença, falo sobre os efeitos adversos falo sobre as reações esperadas. É... urina avermelhada, pele escurecida. É... falo sobre os auto cuidado, né? a importância dos auto cuidado, a importância da hidratação da pele, dos olhos, das mucosas... Se eu vejo que existe uma... alguns mitos, eu acabo falando com a família também, dizendo o que é hanseníase ou como pega, o que precisa fazer...” (Enf. 04)

“... Conscientizar o paciente a respeito da doença que ele tem, como é a doença, quais as incapacidades e deformações que ela provoca, a importância da medicação e a cura...” (Enf. 08)

“... Mostrando, é, os benefícios do tratamento e, é, o que a doença pode causar, né... Eu acho que é a principal fonte de, de orientação

para o paciente, [...]. Porque às vezes eles chegam, eles não tem o conhecimento do que é a, a doença, então assim, muitas vezes eles já vêm porque [...] tem um vizinho que tem algum receio de chegar perto, ainda tem aquela cultura de achar que a hanseníase pega só no simples toque, alguma coisa assim, né. Então a gente precisa orientar o paciente quais as formas de tratamento, como que se transmite a hanseníase...” (Enf. 12)

“Geralmente é bom na questão da conversa [...] e você esclarecer muito das dúvidas. Porque muitos dos abandonos é a falta, a falta do conhecimento, tá entendendo? Dele saber quais são os efeitos, de quanto tempo faz o tratamento... Então, então é bom que você esclareça muito [...]. (Enf. 13)

Nas falas antecedentes percebemos que é de extrema importância o esclarecimento e a conscientização dos pacientes, através das consultas de enfermagem, com relação aos diversos aspectos da hanseníase, com o propósito de que entendam os sinais e sintomas da doença, o valor da adesão à terapêutica e que se sintam incentivados ao autocuidado, pois isto é indispensável para a reestabelecer sua saúde.

Segundo Rolim *et al.* (2016), o indivíduo afetado pela hanseníase necessita entender o seu dever no tratamento e saber que ele é o sujeito ativo deste processo e o profissional de saúde precisa trabalhar de maneira integrada com os familiares para melhorar o cuidado.

Além do acesso ao tratamento e à medicação gratuita, os pacientes têm direito de receber notícia sobre o seu problema de saúde, informações sobre o seu diagnóstico e como se procede o tratamento. Tal informação tem a obrigação de ser repassada de modo claro, necessitando sempre levar em consideração a personalidade, o nível de conhecimento e as situações clínicas e psíquicas do indivíduo (BRASIL, 2008d; RODRIGUES *et al.*, 2015).

Segundo os autores supracitados o esclarecimento deve abranger princípios inerentes ao tipo de doença, a sua evolução, o tratamento que será realizado, os riscos relacionados à doença, a importância da adesão ao tratamento e do controle dos comunicantes a fim de incentiva-los ao cuidado na residência. Então, nota-se que, além da relevância do esclarecimento a respeito da enfermidade, é fundamental que os profissionais de saúde ratifiquem as informações dadas pelo paciente, ou seja, eles necessitam saber o nível de

compreensão do doente sobre seu problema de saúde, para esclarecer mitos e preconceitos que flagelam o indivíduo.

Assim o esclarecimento e conscientização não só do doente, mas também da população no geral é de extrema importância para que o doente aceite o tratamento e com o apoio da família e comunidade consiga dar seguimento ao mesmo até a sua cura e dessa forma pare de transmitir a doença para a população, reduzindo o número de pessoas infectadas.

Nesse ponto de vista, Minuzzo (2008), descreve em sua pesquisa a importância de oferecer informações corretas acerca da doença e seu tratamento ao paciente, à população em geral e em especial às famílias dos hansenianos. O conhecimento familiar correto quanto à hanseníase e sua ligação no processo saúde/doença do paciente é considerado recurso eficaz para a desmistificação da transmissão da doença para as pessoas próximas.

O diálogo entre os doentes de hanseníase e a equipe de saúde é uma maneira fundamental para entender como é importante aderir ao tratamento, bem como o desenvolvimento da capacidade de autonomia (SOUZA *et al.*, 2014).

No presente trabalho percebe-se através das falas dos participantes a existência das orientações para o paciente sobre a doença, e que o enfermeiro tem um cuidado de explicar para que a doença seja vista de uma maneira mais leve e que não cause tanto impacto, no entanto ainda se observa a resistência dos pacientes na aceitação da patologia, realização do tratamento, como os próprios profissionais apresentam.

Segundo Silveira *et al.* (2014), as orientações e a maneira de como as quais são repassadas pelos profissionais da saúde deixam os pacientes mais calmos e confiantes durante o diagnóstico, reduzindo assim o impacto deste e facilitando a sua adesão à terapêutica.

Os esclarecimentos e a conscientização com relação ao uso correto da medicação e aos efeitos colaterais que podem ocorrer são pontos importantes que reduzem os casos de abandono do tratamento. Essas orientações é responsabilidade de todos os integrantes da ESF, dentre eles o enfermeiro. Assim, o conhecimento sobre a temática é crucial para a efetivação de tais ações (RIBEIRO, 2017). Importante também enfatizar para o paciente e comunidade que a hanseníase é uma doença que se tratada corretamente tem cura, bem como buscar outros meios, que nem a entrega de material sobre hanseníase (ex. cartilhas e folhetos) para que assim o esclarecimento e a conscientização sejam mais efetivos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo proporcionou conhecimentos acerca das dificuldades que os profissionais de enfermagem encontram durante a realização do tratamento da hanseníase, quais são as irregularidades encontradas na realização da poliquimioterapia pelo paciente, bem como as estratégias utilizadas pelos profissionais de enfermagem para melhor adesão do tratamento da doença.

Pôde-se constatar através dos relatos dos entrevistados que a hanseníase ainda é um problema de saúde trabalhoso, considerando sua longa história de preconceito, e o estigma experimentado pelo doente torna um empecilho para o tratamento e a cura da doença.

É fundamental identificar as situações para que com base nisso seja possível elaborar ações de controle da hanseníase, com ênfase na adesão ao tratamento. Enfatizando que os métodos de educação em saúde necessitam ser incentivados na prevenção da doença, estimulando a presença da família como forma de apoio durante a terapêutica ao paciente, na adesão dos doentes ao tratamento e na elucidação do preconceito instalado ao longo do tempo, tornando menor o estigma que o diagnóstico dessa doença causa.

A assistência da enfermagem deve estar direcionada para práticas educativas que sejam capazes de melhorar o entendimento desse público afetado por enfermidades como a hanseníase e da população em geral, na esperança de uma melhor adesão ao tratamento e consequentemente à cura, livre de incapacidades físicas e deformidades irreversíveis.

Mesmo havendo um aumento ao estímulo das estratégias para eliminação e/ou controle da hanseníase para reduzir ou acabar com o abandono do tratamento e preconceito, é necessário novas ações educativas, pois ainda existe o olhar depreciativo a respeito da hanseníase. Então é indispensável o trabalho de um grupo interdisciplinar nas unidades de saúde, para realizar ações que considerem os diversos fatores da hanseníase. As atividades com os aspectos psicológico, comportamentais, educacionais e sociais com o paciente e comunidade são necessárias para redução de casos de abandono, estabelecendo assim um tratamento eficaz e para que o cidadão se restitua à sociedade.

Houve limitações encontradas na realização do estudo, pois não foi possível realizar a pesquisa em mais cidades, para que assim houvesse um conhecimento das outras realidades.

Esse estudo pode contribuir para que os profissionais e a gestão municipal saibam quais os principais fatores que levam ao abandono ou a dificuldade de adesão do tratamento e a partir desse conhecimento elaborem estratégias para facilitar o mesmo, reduzindo assim o número de pessoas infectadas e consequentemente a ocorrência de incapacidades físicas.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, et al. Abandono de tratamento no programa de controle da hanseníase de um hospital universitário em São Luís - Maranhão. **Rev. do Hosp. Univ. / UFMA, periódico biomédico de divulgação científica do Hospital Universitário da UFMA**, São Luis, v. 1, n. 1, 1995. v. 10, n. 1, p. 40-44, 2009.

ALMEIDA, V.T. et al. Não adesão e abandono ao tratamento de hanseníase na cidade do Recife. **Hansenologia internationalis**, v. 36, n. 01, p. 105, 2011.

ALVES, E. D. et al. **Hanseníase: Avanços e desafios. Brasília** – NESPROM, 492 p., 2014.

ANDRADE, V. L. G. **Evolução da hanseníase no Brasil e perspectivas para sua eliminação como um problema de saúde pública**. Tese (Doutorado) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1996.

ARAÚJO, H. C. S. **A lepra. Estudos realizados em 40 países (1924-1927)**. Rio de Janeiro: Typ. do Instituto Oswaldo Cruz, 1929.

ARAÚJO, J. M. S. **Reação Hansênicas: perfil clínico e resposta imunológica a antígenos recombinantes de Mycobacterium leprae**. 2013. 93 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade Federal de Sergipe, Aracajú, 2013.

ARAÚJO, M. M.; SILVA, J. H. S.; GOMES, A. C. S.; LOPES, L. R. S.; MARQUES, R. B. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes que abandonaram o tratamento de hanseníase. **Hansen Int.**, v. 39, n. 2, p. 55-63, 2014.

AVELLEIRA, J. C. et al. **Micobacterioses: Hanseníase**. Azulay Dermatologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 396-424, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo** (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trans.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977), 2006.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BATISTA, T. V. G.; VIEIRA, C. S. S.A.; PAULA, M.A.B. A imagem corporal nas ações educativas em autocuidado para pessoas que tiveram hanseníase. **Rev. de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 89-104, 2014.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

BEZERRA, R. A.; COSTA, C. C.; LIMA, S. K. M.; CARNEIRO, J. L.; DAMASCENO, A. K. C. **Caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros que atuam na esf de fortaleza-ce**. 17º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem – SENPE. Natal/ RN. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. PMAQ: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF**, Brasília: 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. . Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância em Saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil. Programa Nacional de Controle de Hanseníase, Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Informe Epidemiológico**. Brasília: 2008c.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para o controle da Hanseníase**. Brasília, DF. 2008d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle de Hanseníase. Informe Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Vigilância em Saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil**. Brasília: 2008a.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **VIGILÂNCIA EM SAÚDE: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. Caderno de Atenção Básica. 2ª ed. rev., n. 21. Brasília 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Manual de prevenção de incapacidades**. Brasília: 2001.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde **Descrição da doença**. Brasília: 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde **Doenças em eliminação**. Brasília: 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação geral de hanseníase e doenças em eliminação. **Guia prático para operacionalização da Campanha Nacional de Hanseníase, Verminoses, Tracoma e Esquistossomose 2016**. Brasília: 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças Infecciosas e parasitárias: Guia de Bolso**. 8 ed. rev.

Brasília: 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de procedimentos técnicos: Baciloscopia em hanseníase.** Série A. Normas e Manuais técnicos. Brasília: 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância e Doenças Transmissíveis. **Guia prático sobre hanseníase.** Brasília: 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. **Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases: plano de ação 2011-2015.** Brasília: 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional,** Brasília: Ministério da Saúde, 2016c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso.** 5 Ed. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Epimiológica e morbidade.** Brasília: 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica.** 6ª ed. Brasília: 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde.** 2ª ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2017d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Hanseníase.** Brasília: 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Orientações.** Brasília: 2014d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Portaria n. 3125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase.** Brasília: 2010a.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Controle da Hanseníase.** Brasília: 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Tratamento.** Brasília: 2014e.

BRASIL. SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO – SINAN

NET. Hanseníase - Notificações Registradas: banco de dados. 2016b.

BRASIL. SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO – SINAN NET. Hanseníase - Notificações Registradas: banco de dados. 2017c.

BRASIL. SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO – SINAN NET. Hanseníase - Notificações Registradas: banco de dados. 2018.

BRITO, K. K. G.; ARAÚJO, D. A. L.; UCHÔA R. E. M. N. et al. Análise epidemiológica da hanseníase em um estado do Nordeste Brasileiro. **Rev. de enferm. UFPE**, Recife, Vol. 8, n. 8, p. 93-2686, 2014.

BRITO, K.K.G. et al. Práticas e limitações de clientes com hanseníase no cuidar das lesões cutâneas. **Rev. enferm. UFPE on line.**, Recife, v. 8, n. 1, p. 7-16, 2014.

CABRAL, C. V. S.; COSTA, M. A. O.; LIMA, R. B. O.; SILVA, J. S.; CABRAL, L. C.; ROCHA, N. M. C. O papel do enfermeiro na prevenção de incapacidades e deformidades no portador de hanseníase. **Rev Interdisc.** Vol. 9, n. 2, p. 77-168, 2016.

CARRASCO, M. A. P.; PEDRAZZANI, E. S. Situação epidemiológica da hanseníase e dos seus comunicantes em Campinas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, Vol. 27, n. 2, p. 8-124, ago. 1993.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde. **Perfil da Enfermagem do Brasil**. FIOCRUZ: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. 2015.

CORDEIRO, E. L. et al. Lifestyle and health of the nurse that Works the night shift. **J. Nurs. UFPE**, v. 11, n. 9, p. 74-3369, 2017.

COSTA, M. D. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes em surto reacional de hanseníase tratados em centro de referência. **A. Bras. Dermatol.**, Minas Gerais, v. 87, n. 1, p. 26-35, 2012.

CROSBY, A. W. **O Intercâmbio Colombiano: Conseqüências Biológicas e Culturais de 1492**. 3ª ed. Westport, Connecticut: Editora Greenwood, 1972.

DOS SANTOS, P. N. et. al. Detecção da hanseníase e a humanização do cuidado: ações do enfermeiro do programa de saúde da família. **Rev. Eléctron. Trimest. de enferm.**, n. 25, p. 116-128, 2012.

DUARTE, L. M. C. P. S.; SIMPSON, C. A.; SILVA, T. M. S.; MOURA, I. B. L., ISOLDI, D. M. R. Ações de autocuidado de pessoas com hanseníase. **Rev. Enferm. UFPE**. Vol. 8, n. 8, p. 22-2816, 2014.

FARIAS, M. G. A.; ACIOLI, S.; GALLASCH, C. H. Perfil de enfermeiros fluminenses da estratégia de saúde da família participantes de um curso de especialização. **Rev. Ofic. Cons. Fed. Enf**, Enferm. Foco, v. 7, n. 1, p. 52-55, 2016.

FINEZ, M. A.; SALOTTI, S.R.A. Identificação do grau de incapacidades em pacientes

portadores de hanseníase através da avaliação neurológica simplificada. **J. Health Sci Inst.** Vol. 29, n. 3, p.5-171, 2011.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa.** 3ª ed., J. E. Costa, Trad., São Paulo: Artmed. (Obra original publicada em 1995), 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática pedagógica.** São Paulo: Editora Paz e Terra, 1996.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE - FUNASA (BR). **Guia de vigilância epidemiológica.** 5ª ed. Brasília: FUNASA, 2002.

GALAN, N.G.A. et al. Avaliação da prática do autocuidado domiciliar em hanseníase. **Hansen. Int.**, v. 39, n. 2, p. 27-35, 2014.

GALINDO, I. S. et al. Absentism reasons in an ambulatorial nursing team. **J. Nurs. UFPE**, v. 11, n. 8, p. 205-3198, 2017.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GIRÃO, R. J. S. et al. Leprosy treatment dropout: a systemic review. **International Archives of Medicine**, v. 6, n. 34, p. 1-9, 2013.

GONÇALVES, H. S. et al. Ensaio clínico brasileiro de terapia multidroga uniforme para pacientes com hanseníase - a correlação entre os tipos de doenças clínicas e os efeitos adversos. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz**, v. 107, n. 1, p. 8-74, 2012.

GOULART, I. M. B.; GOULART, L. R. Leprosy: diagnostic and control challenges for a worldwide disease. **Arch. Dermatol. Res.**, v. 300, n. 6, p. 90-269, 2008.

GOULART, I. M. B.; PENA, G. O.; CUNHA, G. Imunopatologia da hanseníase: a complexidade dos mecanismos da resposta imune do hospedeiro ao Mycobacterium leprae. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 35, n. 4, p. 365-375, 2002.

GUERRA, E. L. A. **Manual de Pesquisa Qualitativa.** Belo Horizonte: Grupo Ânima Educação, 2014.

HAMESTER, C. **A hanseníase na experiência de vida de pessoas atendidas em ambulatório de referência no Distrito Federal.** 2016. 85 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

HONRADO, E. R. et al. Noncompliance with the world health organization-multidrug therapy among leprosy patients in Cebu, Phillipines: its causes and implications on the leprosy control program. **Dermatol. Clin.**, v. 26, n.2, p. 9-221, 2008.

IGNOTTI, E.; ANDRADE, V. L. G.; SABROZA, P. C. ARAÚJO, A. J. G. Estudo da adesão ao tratamento da hanseníase no município de Duque de Caxias/RJ. "Abandono ou Abandonados". **Hansenolog. Internat.**, v. 26, n. 11, n. 23-30, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas da**

população residente no brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2017. Diretoria de pesquisas-DPE, Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS. Censo 2017.

JUNIOR, F. A. C. P. **Motivos do abandono ou interrupção do tratamento da hanseníase: uma revisão sistemática da literatura.** Monografia (especialização em gestão de sistemas e serviços de saúde) - Centro de Pesquisas Ageu Magalhães. Recife. Fundação Oswaldo Cruz, v. 3, n. 5, p. 42, 2011.

KAR, S.; PAL, R.; BHARATI, D. R. Understanding non-compliance with WHO-multidrug therapy among leprosy patients in Assam, India. **J. Neurosci. Rural Pract.**, v. 1, n. 1, p. 9-13, 2010.

KAZEEM, O.; ADEGUN, T. Leprosy Stigma: Ironing out the creases. **Leprosy Review Journal**, v. 82, p. 103-108, 2011.

KROGER, A. et al. International open trial of uniform multi-drug therapy regimen for 6months for all types of leprosy patients: rationale, design and preliminar results. **Trop. Medic. and Internat. Healt.**, v. 13, n. 5, p. 594-602, 2008.

LANZA, F. M.; VIEIRA, N. F.; OLIVEIRA, M. M. C.; LANA, F. C. F. Avaliação da atenção primária no controle da hanseníase: proposta de uma ferramenta destinada aos usuários. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 48, n. 6, p. 61-1054, 2014.

LIMA, Z. S. et al. A prevenção e o controle da hanseníase: um desafio para o enfermeiro da atenção básica. **Rev. Cult. Científ. do UNIFACEX**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 11, p. 1-16, 2013.

LIRA, R. M. N.; SILVA, M. V. S.; GONÇALVES, G.B. Fatores relacionados ao abandono ou interrupção do tratamento da hanseníase: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Enferm. UFPI**, v. 6, n. 4, p. 8-53, 2017.

LOPES, V.A.S.; RANGEL, E.M. Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular. **Rev. Saú. em Deb.** Rio de Janeiro, Vol.. 38, n. 103, p. 817-829, out-dez, 2014.

LUNA, I. T., et al. Adesão ao tratamento da Hanseníase: dificuldades inerentes aos portadores. **Rev. bras. enf.**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 1-9, 2010.

MACIEL, L.R.; FERREIRA, I.R. **A presença da hanseníase no Brasil – alguns aspectos relevantes nessa trajetória.** Brasília: NESPROM, p. 492, 2014.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragem e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados.** 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTELI, C. M. T.; STEFANI, M. M. A.; PENNA, G. O.; ANDRADE, A. L. S. S. Endemias e epidemias brasileiras, desafios e perspectivas de investigação científica: hanseníase. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 5, n. 3, p. 85-273, 2002.

MARTINS, R. B.; BOUÇAS, P. D. P. **Hanseníase: o papel do enfermeiro na prevenção e na luta contra o preconceito.** Faculdades integradas de Ourinhos FIO-FEMM. Departamento de enfermagem, São Paulo, 2010.

MINUZZO, D.A. **O homem paciente de Hanseníase (Lepra): Representação Social, rede social familiar, experiência e imagem corporal.** Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Políticas de Bem-Estar em Perspectiva: evolução, conceitos e actores. Universidade de Évora, Évora, Portugal. 2008.

MORETTI-PIRES, R. O.; FERRO, S. B. G.; BÜCHELE, F. OLIVEIRA, H. M.; GONÇALVES, M. J. F. Enfermeiro de Saúde da Família na Amazônia: conceitos e manejo na temática do uso de álcool. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 4, p. 32-926, 2011.

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B. S.; RAMOS, Z. V. O. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde. **Cadernos do IPEA**, Rio de Janeiro, p. 1-28, 2000.

NUNES, J. M.; OLIVEIRA, E. N.; VIEIRA, N. F. C. Hanseníase: conhecimentos e mudanças na vida das pessoas acometidas. **Ciênc. Saúd. Colet.**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.1311-1318, 2011.

OLIVEIRA, D. F. **Perfil dos portadores de hanseníase da atenção primária a saúde: uma revisão narrativa.** 2013. 39f. Pós Graduação – Curso de especialização em atenção básica em saúde da família, Universidade Federal de Minas Gerais - Governador Valadares/MG, 2013.

OLIVEIRA, M. L. W.; MENDES, C. M.; TARDIN, R. T.; CUNHA, M. D.; ARRUDA, A. Social representation of Hansen's disease thirty years after the term „leprosy“ was replaced in Brazil. **Hist ciênc saúde-Manguinhos.** Rio de Janeiro, Vol.10, n.1, p. 8-41, mar. 2003.

OPROMOLLA, A. Manifestações de padrão tuberculoide reacional de hanseníase dimorfa: estudo histoquímico e imuno histoquímico comparativo antes e durante a poliquimioterapia. **An. Bras. Dermatol.** Uberaba, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015 : diretrizes operacionais (atualizadas).** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

PAIVA, M. F. L. **Estudo de aspectos epidemiológicos, clínicos e imunológicos da hanseníase em município hiperendêmico.** 2013. 96 f. Tese (Doutorado Ciência Fisiopatologia Clínica e Experimental) – Fisiopatologia clínica e experimental, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

PASCHOAL, V. D.; SOLER, Z. A. S. G. O fenômeno reacional na hanseníase e aspectos da assistência de enfermagem. **Rev. Fam., Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Universidade Federal do Triângulo Mineiro Uberaba, v. 3, n. 1, p. 46-51, 2015.

PAZ, P. O.; KAISER, D. E. A busca pela formação especializada em enfermagem do trabalho por enfermeiros. **Rev. Gaúc. Enferm.**, v. 32, n. 1, p. 23-30, 2011.

- PEDRAZA, L. M. B. **A busca ativa de hanseníase, em uma equipe de saúde da família de Ouro Branco**. 2014. 36f. Especialização. Universidade Federal de Minas Gerais. Ouro Branco Alagoas, 2014.
- PELIZZARI, V.D.Z.V. et al. Percepções de pessoas com hanseníase acerca da doença e tratamento. Peabiru, PR, **Rev. da Rene**, v. 17, n. 4, p. 74- 466, 2016.
- PENHA, A. A.G. et al. Desafios na adesão ao tratamento da hanseníase segundo enfermeiros da atenção primária à saúde. **Caderno de Cultura e Ciência**. Universidade Regional do Cariri, Vol. 14, n. 2, p. 75-82, 2015.
- PONTE, K. M. A.; XIMENES NETO, F. R. G. Hanseníase: a realidade para o ser adolescente. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 58, n. 3, p. 296- 301, 2005.
- PRENDES, M. G. **Historia de la lepra en Cuba**. Museo Histórico de las Ciencias Médicas “Carlos J. Finlay”: a Ha ana Comisi n Nacional de la Academia de Ciencias, p. 19- 50, 1963.
- PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico. 2ª ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.
- RAMOS-E-SILVA, M.; REBELLO, P. F. Leprosy: Recognition and Treatment. **Am. J. Clin. Dermatol.**, v. 2, n. 4, p. 203-211, 2001.
- RIBEIRO, G. C. **Fatores relacionados à prevalência de incapacidades físicas em hanseníase na microrregião de Diamantina, Minas Gerais**. 2012. 121 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.
- RIBEIRO, M. D. A.; CASTILLO, I. S.; SILVA, J. C. A.; OLIVEIRA, S. B. A visão do profissional enfermeiro sobre o tratamento da hanseníase na atenção básica. **Rev. Bras. Prom. Saúd.**, Fortaleza. v, 30, n. 2, p. 221-228, 2017.
- ROCHA, R. P.S. **Características do trabalho e estresse ocupacional entre enfermeiros no modelo clínico hospitalar**. 2018. 91f. Dissertação de Pós Graduação. Universidade Federal de Mato Grosso, CUIABÁ/MT, 2018.
- ROCHA, T. M. S. **Intervenções Breves para Adesão ao Tratamento dos Portadores de Hanseníase que fazem uso abusivo de bebida alcoólica**. 2010. 149f. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.
- RODRIGUES, A. D. et al. Sala de espera: um ambiente para efetivar a educação em saúde. **Vivências: : Revista Eletrônica de Extensão da URI**, v. 5, n. 7, p. 101-106, 2009.
- RODRIGUES, B. C.; HIGARASHI, I. H. Care provision to children in the context of the life of nurses as mothers - an exploratory study. **Onl. Braz. J. Nurs**, v. 13, n. 4, p. 95-486, 2014.
- RODRIGUES, F.F. et al. Conhecimento e prática dos enfermeiros sobre hanseníase: ações de controle e eliminação. **Rev. Bras. de Enf.**, v. 68, n. 2, p. 297-304, 2015.
- ROLIM, M. F. N. et al. - Fatores relacionados ao abandono ou interrupção do tratamento da

hanseníase. **Journal of Medicine and Health Promotion**, Patos, v. 1, n. 3, p. 254-266, 2016.

SAMPAIO, J.; SANTOS, G. C.; AGOSTINI, M.; SALVADOR, A. S. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 2, p.1299-1311, 2014.

SANTOS, B. N.; QUEIROZ, L. B.; SACCHETIM, S. C. Percepção da equipe de saúde responsável pela assistência aos portadores de Hanseníase acerca do abandono do tratamento pelos pacientes. **Rev. Educ. em Saúde**, Anápolis, v. 3, n. 1, p.55-60, 2015.

SANTOS, I. L. F.; GAÍVA, M. A. M; SALGE, A. K. M. Utilização da Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 20 n. p. 1-10, 2018.

SANTOS, L. F. **Circunstâncias associadas ao abandono do tratamento da hanseníase: uma revisão sistemática**. Brasil: 2014.

SANTOS, T. M. M. G, et al. Hanseníase: implicações na sexualidade do portador. **Hansen. Int.**, v. 35, n. 2, p. 27-32, 2010.

SESHADRI, D. et al. Dehabilitation in the era of elimination and rehabilitation: a study of 100 leprosy patients from a tertiary care hospital in India. **Lepr. Rev.**, v. 86, n. 1, p. 62-74, 2015.

SILVA, L. M. Á. **Marcas corporais, marcas sociais: experiência de mulheres com reações hansênicas**. 2014. 112 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2014.

SILVA, M.C.D. da; PAZ, E.P.A. Experiências de cuidado dos enfermeiros às pessoas com hanseníase: contribuições da hermenêutica. **Acta Paul. de Enferm.**, São Paulo, v.30, n.4, p.435-441, 2017.

SILVEIRA, B, A. **Práticas sociais, memórias e vivências no combate à lepra: isolamento compulsório em asilos-colônia e preventórios brasileiros – 1935 A 1986**. 2013. 158f. Pós Graduação, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG, 2013.

SILVEIRA, E. L. Corpos silenciados em busca de identidade: espelhos que refletem a falta. **Rev. Eletr. Human. Cur. Ciênc. Soc. da UNIFAP**, Macapá, v. 5, n. 5, p. 29-40, 2012.

SILVEIRA, M. G. B.; COELHO, A. R.; RODRIGUES, S. M.; SOARES, M. M.; CAMILLO, G. N. Portador de hanseníase: impacto psicológico do diagnóstico. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 26, n. 2, p. 517-527, 2014.

SMITH, C.S. et al. Multidrug therapy for leprosy: a game changer on the path to elimination. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 17, n. 9, p. 97-293, 2017.

SOUSA, A. A., et al. Adesão ao tratamento da hanseníase por pacientes acompanhados em unidades básicas de saúde de Imperatriz-MA. **Rev. Pol. Púb.**, Sanare, Sobral-CE, v. 12, n. 1, p. 06-12, 2013.

SOUSA, E. J. S., et al. Dor neuropática crônica hansenica: estudo de casos com ênfase no

diagnóstico e na terapêutica com toxina botulínica tipo A. **Rev. Paraense de Medicina.**, v. 28, n. 4, p. 83-90, 2014.

SOUZA, A. D.; EL-AZHARY, R. A.; FOSS, N. T. Management of chronic diseases: an overview of the Brazilian governmental leprosy program. **Int. J. Dermatol.**, v. 48, n. 2, p. 16-109, 2009.

SOUZA, I.A. et al. Percepção de autocuidado de portadores de hanseníase a partir da perspectiva da complexidade. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 510-514, 2014.

SOUZA, J. F. M.; SENA, C. C. B. O envelhecer institucionalizado de sujeitos sequelados pela Hanseníase da U/E Abrigo João Paulo II. **Rev. Kair. Gerontolog.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p.103-123, 2014.

STEPHEN, T.; SELVARAJ, I.; PARAMESWARI, P.J. Assessment of knowledge, attitude and practice about leprosy among patients and their families in a rural community in Tamil Nadu. **Indian J. Lepr.**, v. 86, n. 1, p. 7-14, 2014.

SUSAN, B. Os Álcoois. In: KATZUNG, B. **Farmacologia Básica & Clínica**. 9ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, p. 309-317, 2005.

TANABE, L. P.; KOBAYASHI, R. M. Perfil, competências e fluência digital dos enfermeiros do Programa de Aprimoramento Profissional. **Rev. Esc. Enferm. USP** v. 47, n. 4, p. 9-943, 2013.

TEMOTEO, R. C. A. et al. Hanseníase: avaliação em contatos intradomiciliares. **Arq. Bras. de Ciênc. da Saúde**. ABCS Health Sci., v. 38, n. 3, p. 133-141, 2013.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). World drug report United Nations. New York (US): ONU, 2013.

VIDERES, A. R. N. **Trajétoira de Vida de Ex-portador de hanseníase com Histórico Asilar**. 2010. 188 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte, 2010.

VIDERES, A. R. N.; SIMPSON, C. A.; MENDES, F. R. P.; OLIVEIRA, R. C. C.; ADÁRIO, K. D. O.; PIMENTA, E. F.; et al. Manifestations of Stigma and Prejudice Informed by Treated Lepers. **Int. Arch. Med.** v. 9, n. 47, p. 1-9, 2016.

VIEIRA, C. S. C. A, et al. Avaliação e controle dos contatos faltosos de doentes com hanseníase. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. spe, p. 88-682, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). A guide to eliminating leprosy as a public health problem. 2ª ed. Geneva, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global Leprosy Strategy: Accelerating towards a leprosy-free world. WHO: 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global status report on alcohol and health 2014. Genebra (CH), 2014.

ZAPELINI, M. B.; ZAPELINE, S. M. K. C. **Metodologia científica e da pesquisa da fean.**
186 p. Florianópolis, 2013.

APÊNDICES



APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS ENTREVISTA (ROTEIRO)

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Entrevista n°. _____

I- Dados sociodemográficos do participante do estudo

Sexo: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____

Possui alguma especialização: _____ Qual: _ Tempo de vínculo com a
instituição: _____

II- Sobre a adesão ao tratamento da hanseníase

1- Durante atuação na Unidade Básica de Saúde, você já se deparou com algum paciente que não aderiu ou que abandonou o tratamento da hanseníase?

2- Quais os principais entraves encontrados durante a realização da Poliquimioterapia da hanseníase?

3- Quais os possíveis fatores que estão associados à interrupção ou abandono do tratamento da hanseníase?

4- Quais estratégias você desenvolve para proporcionar uma melhor adesão ao tratamento da hanseníase por parte do paciente?



APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Prezado (a) Profissional da saúde, você está sendo convidado (a) para participar do estudo intitulado **“PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM ACERCA DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA HANSENÍASE”**, tendo como pesquisadora responsável a Profa. Rafaela Rolim de Oliveira, vinculada ao CFP/UFCG e a pesquisadora participante, Maria Indyajara da Silva Filgueiras.

Sua participação é voluntária e você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Este estudo tem por objetivo: avaliar a percepção do profissional de enfermagem da estratégia saúde da família acerca da adesão ao tratamento da hanseníase, no município de Cajazeiras-PB. Se faz necessário, apesar de ser perceptível a redução no número de casos de hanseníase, esta ainda se configura como um problema de Saúde Pública a ser equacionado, como também mediante a importância do tema abordado, juntamente à indispensabilidade de avaliar a existência de entraves no processo da realização do tratamento, se há abandono da terapia medicamentosa e quais os motivos que contribuem para isso, considerando as consequências da descontinuidade do tratamento da doença, que por sua vez reflete negativamente no quadro clínico do paciente, como também na sociedade, tendo em vista que promove a perpetuação da patologia.

Caso decida aceitar o convite, você será submetido(a) ao(s) seguinte(s) procedimentos: será adotado um roteiro semiestruturado de caráter exploratório relacionado à temática proposta, cujas respostas serão exploradas através de entrevista gravada por gravador portátil. Os riscos envolvidos com sua participação são mínimos, porém o entrevistado (a) poderá apresentar algum tipo de desconforto ou constrangimento ao responder alguma questão, caso isso ocorra, o participante será orientado sobre a oportunidade da suspensão da entrevista. Desde o início o profissional de enfermagem será informado que ele decide dar continuidade ou suspender a coleta caso não se sinta à vontade em dar seguimento, buscando minimizar ao máximo qualquer desconforto que por ventura possa surgir. Caso ocorra algum prejuízo ao participante com relação à pesquisa este será indenizado pela instituição proponente. Os benefícios da

pesquisa serão contribuir com uma maior discussão acerca da temática abordada, possibilitando ter uma visão ampliada sobre os fatores a cerca da adesão para que assim seja possível colocar ações em prática voltada ao controle de casos de abandono ou não adesão do tratamento, conseqüentemente reduzindo o risco do paciente evoluir para incapacidades e/ou deformidades, ou intervindo nos casos que já apresentam, contribuindo também para reduzir a infecção e conseqüentemente adoecimento de outras pessoas, pela interrupção da cadeia de transmissão, e assim reduzindo o número de casos novos da doença. Buscando também incentivar os pesquisadores a desenvolver mais estudos voltados para essa temática.

Todas as informações o tidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de maneira que não permita a identificação de nenhum voluntário. Se você tiver algum gasto decorrente de sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado. E que a assinatura deste termo isenta de danos e vedada sua reprodução em qualquer outro meio que não este.

Você ficará com uma via rubricada e assinada deste termo e qualquer dúvida a respeito desta pesquisa, poderá ser requisitada a **Rafaela Rolim de Oliveira**, ou ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos - CEP/CFP/UFCG cujos dados para contato estão especificados a aixo.

Dados para contato com o responsável pela pesquisa

Nome: Rafaela Rolim de Oliveira

Instituição: Universidade Federal de Campina Grande

Endereço: Rua Dom Mouzinho, 315, Esperança, Cajazeiras.

Telefone: (83) 9 93496139

Email: Raphaellacz@hotmail.com

Dados do CEP

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande- CEP/CFP/UFCG, situado a rua Sergio Moreira de Figueiredo, s/n, Bairro: Casas Populares, Cajazeiras - PB; CEP: 58.900-000.

Email: cep@cfp.ufcg.edu.br

Tel: (83) 3532-2075

Cajazeiras, _____ de _____ de 2018.

Assinatura ou impressão datiloscópica do
voluntário ou responsável legal

Nome e assinatura do responsável pelo
estudo

ANEXOS



ANEXO A - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Eu, Rafaela Rolim de Oliveira, docente da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação da discente do curso de graduação em enfermagem, Maria Indyajara da Silva Filgueiras, cujo projeto de pesquisa intitula-se: “**PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM ACERCA DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA HANSENÍASE**”.

Comprometo-me em assegurar que sejam seguidos os preceitos éticos previsto na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo cumprimento fiel das orientações sugerida pela minha orientanda nas atividades de pesquisa e, junto com ela, pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Reafirmo a minha responsabilidade intransferível, mantendo arquivados todos os dados pertinentes a pesquisa zelando pelo sigilo e confidencialidade das informações referidas pelos sujeitos participantes. Caso seja necessário apresentarei, sempre que solicitado pelo comitê de ética e pesquisa ou pelos órgãos envolvidos nesse estudo, o relatório de qualquer eventual modificação nesse projeto, bem como sobre seu andamento e conclusão. Estou ciente da penalidades que posso sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Rafaela Rolim de Oliveira Pesquisadora Responsável

Cajazeiras, _____ de _____ de 2019.



ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR PARTICIPANTE

Pesquisa: “PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM ACERCA DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA HANSENÍASE”.

Eu, **Maria Indyajara da Silva Filgueiras**, acadêmica da Unidade Acadêmica de Enfermagem – CFP/UFCG, portadora do RG 3.693.043 SSP/PB e CPF: 096.712.314-38 responso ilizo-me, junto com a minha orientadora, a professora Rafaela Rolim de Oliveira, a desenvolver o projeto de pesquisa proposto, comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 466/2012 no CNS, que dispõe sobre a Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Responso ilizo-me tam m pelo zelo com o projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pela minha orientadora nas atividades de pesquisa e, junto com a mesma, pela entrega do relatório final ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Campina Grande/Centro de Formação de Professores, pelos relatórios da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico. Pela comunicação ao Comitê de Ética (CEP) sobre qualquer alteração no projeto e/ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, em, como pelo arquivamento durante 5 (cinco), após o término da pesquisa, de uma das vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TC E) assinado por cada participante recrutado durante a participação da mesma.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Maria Indyajara da Silva Filgueiras
Pesquisadora Participante

Cajazeiras, _____ de _____ de 2019.



ANEXO C - TERMO DE COMPROMISSO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autora e orientanda da pesquisa intitulada **“PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM ACERCA DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA HANSENÍASE”** assumimos o compromisso de:

- Preservar a privacidade dos participantes da pesquisa cujos dados serão coletados;
- Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os enefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão encaminhados para a publicação, com os devidos créditos aos autores.

Cajazeiras, _____ de _____ de 2019.

Orientadora

Orientanda



ANEXO D - TERMO DE ANUÊNCIA



PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA/ REDE ESCOLA
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada: “**PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM ACERCA DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA HANSENÍASE**”, a ser desenvolvido pela aluna Maria Indyajara da Silva Filgueiras, do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob orientação da Professora Rafaela Rolim de Oliveira, está autorizado para ser realizado junto a este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Cajazeiras - PB, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao Serviço que receberá a pesquisa.

Sem mais,

Cajazeiras - PB, 05 de outubro de 2018.

José Anderson G. de Andrade
Coord. do Depto de Educação em Saúde
Portaria 258/2018

José Anderson Gonçalves de Andrade
Departamento de Educação em Saúde



ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFCG - CENTRO DE
FORMAÇÃO DE
PROFESSORES - CAMPUS DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM ACERCA DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA HANSENÍASE

Pesquisador: RAFAELA ROLIM DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 03773618.3.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.091.182

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM ACERCA DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA HANSENÍASE, 03773618.3.0000.5575 e sob responsabilidade de RAFAELA ROLIM DE OLIVEIRA trata de um estudo de campo, exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM ACERCA DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA HANSENÍASE tem por objetivo principal avaliar a percepção do profissional de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família acerca da adesão ao tratamento da hanseníase.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios do projeto de pesquisa foram especificados adequadamente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM ACERCA DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA HANSENÍASE é importante por contribuir para poderá contribuir com uma maior discussão acerca da temática abordada, possibilitando ter uma visão ampliada sobre os fatores a cerca da adesão para que assim seja possível colocar ações em prática voltada ao controle de casos de abandono ou não adesão do tratamento. Os métodos especificados estão adequados à proposta do trabalho.

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

Bairro: Casas Populares

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

CEP: 58.900-000

Telefone: (83)3532-2075

E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br

UFCG - CENTRO DE
FORMAÇÃO DE
PROFESSORES - CAMPUS DE



Continuação do Parecer: 3.091.182

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos estão apresentados de forma adequada. O autor da pesquisa RAFAELA ROLIM DE OLIVEIRA redigiu e apresentou de forma correta os seguintes itens: Termo de Consentimento Livre e Espontâneo, folha de rosto, carta de anuência, cronograma, orçamento e demais documentos necessários à aprovação do projeto de pesquisa.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o que foi exposto, sugerimos a APROVAÇÃO do projeto PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM ACERCA DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA HANSENÍASE, número 03773618.3.0000.5575 e sob responsabilidade de RAFAELA ROLIM DE OLIVEIRA.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1238686.pdf	25/11/2018 22:25:01		Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_de_pesquisadores.docx	25/11/2018 22:20:43	RAFAELA ROLIM DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	termo_de_compromiso_de_divulgacao_dos_resultados.docx	22/11/2018 14:49:34	RAFAELA ROLIM DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_de_pesquisa.docx	22/11/2018 14:48:25	RAFAELA ROLIM DE OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	cronograma_de_atividades.docx	22/11/2018 14:48:01	RAFAELA ROLIM DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	22/11/2018 14:47:12	RAFAELA ROLIM DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	curriculo_lattes.pdf	13/11/2018 20:28:33	RAFAELA ROLIM DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	autorizacao_da_instituicao_co_participante.docx	21/10/2018 19:20:32	RAFAELA ROLIM DE OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	21/10/2018 19:05:05	RAFAELA ROLIM DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	plataforma.pdf	16/10/2018 22:31:53	RAFAELA ROLIM DE OLIVEIRA	Aceito

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

Bairro: Casas Populares

CEP: 58.900-000

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3532-2075

E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br

UFCG - CENTRO DE
FORMAÇÃO DE
PROFESSORES - CAMPUS DE



Continuação do Parecer: 3.091.182

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAJAZEIRAS, 18 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares **CEP:** 58.900-000
UF: PB **Município:** CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075 **E-mail:** cep@cfp.ufcg.edu.br