

# Análise dos motivos para o abandono do tratamento - o caso dos pacientes hansenianos da Unidade de Saúde em Carapina/ES

## *Analysis of reasons for treatment droup out - The case of hansen's disease patient of the Health Unit at Carapina/ES*

Andressa Ribeiro Fogos<sup>1</sup>  
Elizabeth Regina Araújo Oliveira<sup>2</sup>  
Maria Lúcia Teixeira Garcia<sup>3</sup>

### RESUMO

O abandono do tratamento entre pacientes hansenianos tem constituído um grave problema aos profissionais da área de saúde pública. Este trabalho tem por objetivo analisar os motivos alegados pelos pacientes para a falta e/ou abandono de seus tratamentos. Trata-se de um estudo retrospectivo, envolvendo uma amostra de 42 pacientes que faltaram e/ou abandonaram o tratamento no período de 1 994 a 1996. Para coleta de dados utilizou-se roteiro semi-estruturado de entrevista. As respostas foram agrupadas em categorias gerais referentes a fatores intrínsecos e extrínsecos que caracterizam o abandono e/ou falta. A relação entre falta e abandono entre os pacientes multibacilares (MB) foi 0,8:1 e entre os paucibacilares (PB) 0,7:1. Entre os pacientes do tipo PB destacaram-se os fatores intrínsecos para justificar o abandono do tratamento e, entre os pacientes MB, evidenciou-se uma prevalência de fatores extrínsecos como justificação de suas faltas. Levando-se em consideração os dados apresentados, há necessidade de maior aprofundamento nessa área, a fim de orientar a

proposta metodológica do trabalho no Programa de Controle da Hanseníase.

**Descritores:** Hanseníase. Abandono de tratamento. Aderência. Motivação.

### INTRODUÇÃO

A eficácia das metodologias de tratamento na Area de saúde é um tema atual e que vem preocupando os técnicos. As portas do século XXI, os profissionais deparam-se, por um lado, com o avanço tecnológico cada vez maior, produzindo novas drogas e novos métodos diagnósticos e, por outro, com o problema da não adesão de uma parcela significativa dos pacientes ao tratamento prescrito<sup>5</sup>.

Na lingua portuguesa, a palavra adesão significa "ato ou efeito de aderir"<sup>15</sup>. Na lingua inglesa, *adhrence* é usado para "indicar o envolvimento ativo e participativo do cliente na implementação de mudanças de alguns comportamentos, produzindo, assim, resultado terapêutico desejado<sup>22</sup>. Neste trabalho, o termo adesão está sendo usado como a coincidência entre o comportamento da pessoa - em relação ao uso da medicação e/ou dieta prescrita e, a implementação de mudanças no estilo de vida - e aquilo que foi prescrito pelo profissional. Para o Ministério da Saúde, adesão ao tratamento, entre pacientes hansenianos, é o comparecimento mensal a Unidade de Saúde para recebimento das doses supervisionadas<sup>5</sup>.

O fenômeno da adesão ao tratamento traz como questão, ainda, a reflexão sobre a tomada de decisão dos pacientes em tratar-se ou não. A tomada de decisão está relacionada ao tipo de doença diagnosticada, a existência

<sup>1</sup>Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Atenção a Saúde Coletiva/PPGASOUFES - bolsista Facitec./PMV  
Rua Frederico Ozanan, 1155 - Santo Antônio - Vitória/ES  
CEP 29026-330 - e-mail: arfogos@hotmail.com

<sup>2</sup>Perfil DO do Programa de Pós-Graduação em Atenção a Saúde Coletiva/PPGASC/UFES  
Rua Di-9 Cyro Lopes Pereira, 75, Apt 502 - Jardim da Penha - Vitória/ES CEP: 29060-020 - e-mail: regina@npd.ufes.br

<sup>3</sup>Profª do Deptg de Serviço Social/UFES - Doutoranda em Psicologia Social/USP  
Rua Chafic Murad, 107 - Apt704 - Bento Ferreira, Vitória/ES - CEP 29050-660 - e-mail: tese.vix@zaz.com.br

de suporte social (emocional, instrumental e de orientação), As crenças culturais vigentes, aos recursos cognitivos de que tais pacientes dispõem entre outros<sup>8</sup>. O tipo de suporte social e a sua disponibilidade podem variar de contexto e das suas exigências para acessá-lo<sup>37</sup>.

Diferentes estudos vêm sendo desenvolvidos, nesta linha, com pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas, mas poucos são os trabalhos que discutem a problemática da não adesão entre pacientes hansenianos<sup>38,8,13</sup>.

No caso da hanseníase, é preciso que se analisem três questões centrais: o preconceito que envolve historicamente a doença; as modalidades terapêuticas utilizadas no processo de tratamento e as possibilidades e os limites do paciente em envolver-se no tratamento da forma como lhe é prescrito<sup>18</sup>.

Na trajetória histórica da humanidade, o registro da hanseníase já aparecia no livro de Levítico (antigo testamento)<sup>20</sup>. Designada como "lepra", representava uma doença de pele ligada ao pecado (Levítico, + 1.250 a.O). Até os dias atuais, é comum a associação entre hanseníase e pecado em várias partes do mundo<sup>38</sup>.

Durante vários séculos, os portadores da doença eram interditados, isolados e colocados à margem da sociedade, sendo-lhes, Às vezes, destinados estatutos jurídicos especiais.

A influencia direta da Igreja Católica esteve presente em todos os momentos, na vida e nos rituais de separado entre hansenianos e pessoas saudáveis. Eram sempre os bispos que comandavam os rituais e faziam a leitura das proibições durante toda a Idade Média e, só depois de 1580, com a Reforma Católica e com o período em que a hanseníase teve uma redução em termos de prevalência, observou-se que a Igreja acabou por colocar fim nesses rituais<sup>29</sup>

Na Europa, em fins do século XVI e início do século XVII, verificou-se um período de transição, no qual novos conhecimentos foram formulados e, dentre eles, destacou-se o método cartesiano no qual a busca pela verdade absoluta só seria possível através da dúvida provisória e metódica de todo conhecimento até então adquirido. Nesse sentido, a verdade, anteriormente assegurada através do argumento da autoridade eclesial, deveria ser substituída pela verdade atingida pela razão. *Giddens (1991)*<sup>20</sup> afirma que um tipo de certeza dada pela "providência divina" foi substituído pela certeza dada pela razão.

A hanseníase, assim, sai progressivamente da esfera do divino para a esfera da ciência. Essa passagem do pecado (com a exclusão compulsória do indivíduo) ao uso de sulfonas no tratamento da doença (incluindo-a no rol das doenças tratáveis) não garantiu uma mudança na representação que a sociedade fazia da hanseníase.

Duas são as principais imagens explicativas para este fenômeno: a) uma visão mágico-religiosa: b) uma visão médica.

Na visão mágico-religiosa, o ser humano, ao se defrontar com o desconhecido, sente-se impotente diante de uma realidade desordenada e caótica, apelando para explicações sobrenaturais e justificando a doença como **punição, maldição** ou **karma**<sup>24</sup>.

A doença como **punição** é resultado de ações realizadas pelo indivíduo ou pelo grupo. Ao adoecer, a pessoa estaria sendo punida por algum pecado que teria cometido ao transgredir a ordem social. Este sistema de crenças modela as explicações para os fatos, o que conduz a conclusões ou inferências do tipo: " não sou pecador, logo não tenho hanseníase"<sup>9</sup>. A doença enquanto **maldição** é vista como decorrente da fatalidade, do destino, do acaso. A vítima estaria sofrendo pelo que não provocou, pelo que não mereceu; não entende, portanto, porquê sofre. Constantemente, proclama sua inocência e indignado. Finalmente, a doença entendida como proveniente de **karma** é aquela explicada como resultante de faltas cometidas em vidas anteriores. De acordo com esta explicação constitui necessidade para todos os homens, porque o ato de ficar doente contribuiria para o processo de evolução espiritual. Jahoda (1978)<sup>23</sup> destaca que:

*" a busca de ordem, regularidade e significado é uma característica geral do processo humano de pensar. É um dos nossos modos salientes de adaptação a um mundo em constante mudança (...). A superstição é parte do prego que pagamos, um inevitável subproduto da infundável procura de padrões em que estamos empenhados (...), da tendência em organizar o meio ambiente em esquemas coerentes, encontrar significado na maioria de diversos tipos de fenômenos e fluir certa satisfação de tal descobrimento".*

O comportamento supersticioso se caracteriza pela ausência de inteligibilidade (diante da lógica formal) e apresenta-se como alternativa possível para o enfrentamento de situações de insegurança, cumprindo, assim, função social.<sup>10,19</sup>

É fundamental destacar que essas crenças e expectativas repercutem sobre a estrutura da identidade através da ameaça ao seu auto conceito e A sua auto-estima. Este impacto é evidenciado pela representação social da hanseníase. A representação social aqui sintetiza a combinado organizada e estruturada de elementos cognitivos e afetivos que permitem aos indivíduos e aos grupos sociais se confrontarem e reduzirem as incertezas relacionadas A hanseníase, sempre colocada como algo ruim, negativo e distante do indivíduo e do seu grupo<sup>31</sup>.

A hanseníase está impregnada na mente das pessoas como "lepra". O termo em si é negativo porque não designa somente a doença. É também sinônimo de "sujeira", "impureza", "pecado", gerando, a priori, uma recusa dessa condição como desejável para si e para os seus.

Mesmo com o avanço do tratamento ambulatorial e a liberdade adquirida pelo portador de hanseníase de transitar livremente no seio da sociedade, tal portador continua sendo alvo de discriminação e preconceito porque, na mente das pessoas, hanseníase ainda continua sendo LEPRO e, como tal, é considerada incurável. Este sentido fundamental está na raiz do preconceito "...*Lepra não é uma doença, lepra é uma palavra. E palavra não tem cura*".<sup>21</sup>

Com o advento das Sulfonas, a segregação do "leproso" para tratamento em instituições fechadas deixou de ser necessária, e os doentes passam progressivamente a ser tratados em domicílio. Esse fato levou a comunidade científica a modificar as indicações que recomendavam a segregação. Mesmo assim, a história da hanseníase demonstra que grupos de hansenólogos não se curvaram de imediato. As evidências científicas, continuando fiéis às antigas convicções e na defesa do isolamento compulsório dos doentes, tal como aconteceu no Brasil até a década de sessenta e setenta.

Na categoria de doença, a hanseníase vem sendo alvo de ações na mídia, que, sob o ponto de vista da linguagem, objetivam reduzir o impacto negativo representado pelo preconceito, veiculando informações de sua tratabilidade, seu agente transmissor e o processo de adoecimento. A ação da propaganda objetiva substituir esta imagem estereotipada da lepra pelo conceito médico de hanseníase.

No Espírito Santo, o registro histórico das ações do Estado no combate a hanseníase datam da década de trinta. Em 1931, havia um total de 340 casos comprovados, que representavam um número altíssimo, considerando-se a população da época, o que tornou necessárias, por parte do governo, medidas de controle da doença.

Inicialmente, tais medidas tinham como objetivo a detecção e localização dos casos de hanseníase, o que facilitava a internação compulsória em Hospital-Colônia (inaugurado em 1937). Como não existiam medicamentos que erradicassem o bacilo, a única forma de combater a doença era através do isolamento que, por sua vez, também livrava a sociedade da presença dos hansenianos, que causavam pânico devido às mutilações provocadas pela doença, além de representarem, também, o perigo do contágio.

Na década de sessenta, a internação compulsória deixa de ser recomendada, mas somente em 1976 tal medida foi adotada no Estado. Isto significou um avanço

no tratamento da hanseníase, pois permitiu o tratamento ambulatorial, podendo o paciente residir com seus familiares, no convívio social, tornando a nova modalidade menos onerosa para o Estado. A princípio, o tratamento era realizado com o uso da monoterapia (Dapsona). Observou-se, porém, que o medicamento apenas amenizava o quadro, não garantia a cura, fazendo-se necessários estudos em busca de novos medicamentos. Tais estudos tiveram início em 1986, na FIOCRUZ, sendo comprovada, em 1990, a eficiência da Poliquimioterapia (PQT), que consiste na combinação de três drogas: Dapsona, Clofazimina e Rifampicina, no tratamento tanto das formas benignas (Paucibacilar - formas Indeterminada e Tuberculóide), quanto das formas bacilíferas (Multibacilar - formas Dimorfa e Virchowiana). O tempo médio de tratamento, para pacientes na forma Paucibacilar (PB), é seis meses e Multibacilar (MB), vinte e quatro meses<sup>5</sup>.

A nova forma de tratamento, para ser eficaz, implicava a ida mensal do paciente ao Centro de Saúde para administração da dose supervisionada e recebimento da medicação de manutenção mensal, de acordo com a prescrição médica específica.

O fato de o paciente receber a notícia que está com hanseníase e, em seguida, orientações sobre a importância de tratar-se, não significa, necessariamente, que ele aceite tudo que lhe foi dito. Geralmente, a representação que o indivíduo tem da doença não coincide com os argumentos dos técnicos da área de saúde. Por isso, ao tentarem mostrar a importância da adesão ao tratamento, nem sempre os técnicos são bem sucedidos. Além disso, nem sempre o paciente entende o que o médico lhe diz sobre sua saúde e também concorda com ele. O envolvimento do paciente com o tratamento é resultante de sua compreensão sobre a necessidade, ou não, de seguir as orientações dadas. O profissional, via de regra, parte do princípio de que o indivíduo que se encontra sua frente deseja se tratar.

Estrutura-se uma relação na qual um detém um saber (científico), podendo, conseqüentemente, dizer o que o outro tem, enquanto este nada sabe, devendo acatar as ordens que lhe são dadas. O resultado muitas vezes é a rejeição do diagnóstico, como uma das estratégias do paciente, a fim de salvaguardar seu corpo como algo que é seu e que não deseja que seja manipulado pelo outro (o médico).

A não aceitação do diagnóstico pelo paciente parece ter como objetivo, ainda, a manutenção do mesmo padrão das relações sociais já existentes, garantindo a não exclusão no contexto social ao qual ele pertence, salvaguardando seu autoconceito.

É possível observar que o portador de hanseníase oscila entre o medo da discriminação e o medo da doença em si mesma. Observa-se que o diagnóstico e a

prescrição da poliquimioterapia são uma das etapas do processo de tratamento, mas não o processo em si, visto que há uma série de outros fatores nele envolvidos. Entre esses fatores, destaca-se, ainda, o processo de tomada de decisão quanto a envolver-se ou não no tratamento. Vários autores vêm trabalhando a questão da adesão ou não ao tratamento a partir da distribuição entre fatores intrínsecos (quando a limitação para realizar as atividades depende exclusivamente do indivíduo) e fatores extrínsecos (quando a limitação para realizar as atividades independe do indivíduo e esta associada a fatores externos)<sup>27,11,25</sup>. Como fatores externos, consideram-se, dentre outros: o meio social, econômico e demográfico; e como fatores internos, destacam-se a motivação, os valores sócio-culturais, o conhecimento, as crenças e as expectativas. Esses fatores, tanto os internos como os externos, são capazes de potencializar ou anular determinados comportamentos voltados para a saúde, constituindo, assim, indicadores importantes, os quais devem ser trabalhados, quando se pretende modificar os comportamentos relacionados com o tratamento da doença".

Nesse sentido, os entraves quanto a adesão ao tratamento requerem uma mudança na composição das equipes de saúde, com a inclusão de novos profissionais de forma que esses venham a interagir com o paciente como um todo e não como um ser compartimentalizado

Em reconhecimento aos múltiplos aspectos que interferem na questão da saúde, a composição da equipe de tratamento na área de hanseníase foi assumindo, paulatinamente, uma característica multidisciplinar. As equipes (consideradas básicas) nas Unidades de Saúde, designadas pelo Ministério da Saúde para desenvolver o Programa de Controle da Hanseníase são formadas por médico (dermatologista), enfermeiro, auxiliar de enfermagem, psicólogo e assistente social<sup>6</sup>.

No Programa de Controle da Hanseníase do Centro de Saúde de Carapina no município da Serra-ES, implantado em 1994, a equipe é composta por dois médicos dermatologistas, uma enfermeira, dois técnicos de Enfermagem, uma assistente social, uma psicóloga e quatro estagiárias de Serviço Social. A inserção do Serviço Social se justificou pela necessidade do trabalho educativo, com orientação sobre o processo de tratamento, a identificação de entraves socioeconômicos para sua realização, além da efetivação de visitas domiciliares aos pacientes em falta e/ou abandono, trabalhando sua motivação para o retorno ao tratamento.

Uma das ações desenvolvidas foi a busca ativa a pacientes em falta e/ou abandono, pois o índice se mostrava cada vez mais crescente. Em um primeiro levantamento, realizado em 1996, verificou-se que as faltas e o abandono ocorriam em momentos diferentes ao

longo do processo de tratamento. Tal fato gerou inquietação na equipe, tendo-se constatado a necessidade de um estudo sistemático sobre os motivos que levam os pacientes, deste Programa, a não aderirem ao tratamento. O objetivo do presente trabalho é analisar os motivos alegados pelos pacientes para faltarem e/ou abandonarem seus tratamentos.

## METODOLOGIA

De um total de 397 pacientes que iniciaram tratamento entre os anos de 1994 a 1996, 64 (16,1%) faltaram e/ou abandonaram. Destes 64 pacientes, 42 foram localizados através de convocação por aerograma e/ou visita domiciliar e 22 não foram localizados (sendo excluídos do estudo), por apresentarem deficiência em seus endereços ou, ainda, por residirem em outro Município ou Estado. Os critérios para a inclusão dos sujeitos foram: estar em situação de falta e/ou abandono ao tratamento e residir no município da Serra.

Para coleta de dados utilizou-se a pesquisa nos prontuários médicos no qual se levantaram os dados de identificação e tipo de diagnóstico recebido. Foram, ainda, realizadas visitas domiciliares, nas quais se utilizou um roteiro de entrevista semi-estruturada desenvolvido para essa finalidade. Tais entrevistas foram realizadas com os pacientes tanto na sua residência (através de visita domiciliar), quanto na Unidade de Saúde (após convocação por aerograma). As respostas foram anotadas na hora pelo entrevistador. Para verificação dos dados utilizou-se a análise de conteúdo com o agrupamento das respostas em categorias gerais, bem como a frequência com que as respostas ocorreram'. Inicialmente, procedeu-se à leitura do texto, a verificação dos termos semelhantes e ao agrupamento dessas respostas em categorias gerais. Posteriormente, discutiu-se com outros pesquisadores para comparação do nível de concordância do agrupamento feito (ou seja, o enquadramento nas categorias foi feito de forma similar entre os pesquisadores). Por fim, reagruparam-se em categorias e procedeu-se a análise final.

Os nomes dos pacientes foram substituídos por números, garantindo-se, assim, o anonimato. Por terem tempo de tratamento diferenciado: PB, (seis meses) e MB (vinte e quatro meses), os dados foram analisados comparativamente por tipo de diagnóstico recebido.

## RESULTADOS e DISCUSSÃO

Em geral, quanto a idade, há uma curva ascendente na faixa etária que vai de 0 a 40 anos e, a partir daí, uma curva decrescente em termos de casos registrados<sup>17,7,6</sup>. A idade variou entre a mínima de 12 anos e a máxima de

72 anos (média de 36,6 anos). A relação masculino: feminino foi de 1,4: 1,0. Nos três anos analisados a distribuição por sexo apresentou uma relação paritária.

Quanto ao estado civil, 26 casados, 12 solteiros, 3 viúvos e 1 separado. A prevalência de indivíduos casados está de acordo com a faixa etária média dos pacientes, fase em que uma grande parcela da população já tem família constituída e cujo impacto da descoberta da doença, sobre todos, é significativa.

Os pacientes que se encontravam em situação de falta procedem, em geral, de bairros planejados e dotados de infra-estrutura. Já os pacientes que se encontravam em situação de abandono procedem, em geral, de bairros periféricos, resultantes de invasões, cujas residências são mal servidas ou totalmente desassistidas, em relação aos serviços de saneamento básico, transporte e recolhimento regular de lixo domiciliar. Vale lembrar que tais bairros vivem à margem dos programas oficiais de habitação.

Em relação à situação funcional, a amostra apresentou 14 pacientes desempregados, 14 trabalhadores autônomos, 12 com vínculo empregatício (CLT) e 02 aposentados. A idade média dos pacientes desempregados foi de 36,6 anos, fase produtiva da vida desses indivíduos. Já os aposentados apresentam uma faixa etária de 65 anos, compatível com o momento da aposentadoria.

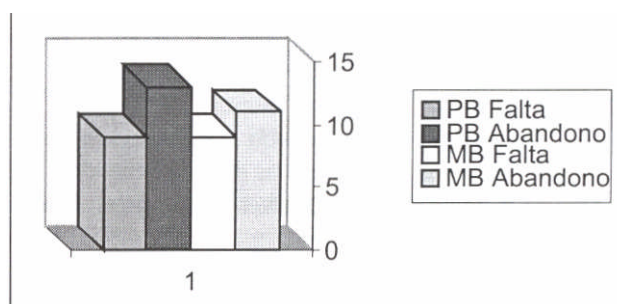
Quanto ao diagnóstico recebido, 20 eram diagnosticados como Hanseníase Multibacilar (MB), com tempo médio de tratamento de 24 meses; e 22 como Paucibacilares (PB), com período médio de tratamento de 06

meses.

Os pacientes PB e MB começaram a faltar ao tratamento após cumprirem mais de 50% do total de doses a serem tomadas (PB- 58,33%; MB- 66,6%). Por outro lado, ao abandonar o tratamento, o paciente o fez tendo cumprido apenas 1/3 do tempo total proposto (PB e MB - 33,3%).

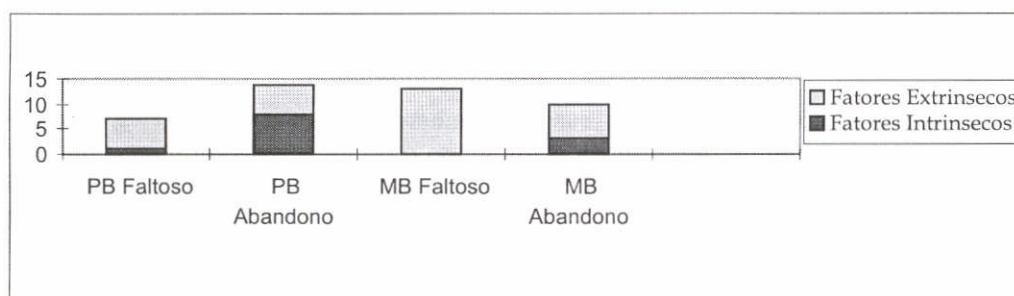
Entre os pacientes PB, a relação falta/abandono foi de 0,7:1. Entre os pacientes MB a relação foi de 0,8:1. Observa-se que a relação entre falta/abandono por diagnóstico não apresentou diferença significativa.

Gráfico 1: Falta e abandono.



Em não havendo uma diferença na relação entre falta e abandono, buscou-se identificar os motivos alegados pelos pacientes para a interrupção (parcial ou total) de seu tratamento. Tais motivos foram agrupados em fatores intrínsecos e extrínsecos (um paciente indicou mais de um motivo).

Gráfico 2. Falta e abandono por tipo de diagnóstico e por motivo alegado.



Nos pacientes em tratamento para hanseníase PB ocorreu prevalência de fatores intrínsecos para o abandono de 56,1%, enquanto as faltas relacionadas a Fatores extrínsecos representaram 85,7%. Nos pacientes MB os fatores extrínsecos justificaram 100% das faltas, destacando-se, também, quando os pacientes decidiam pelo abandono do tratamento (70%).

Os fatores intrínsecos explicaram-se por argumentos que explicitavam a ação (não comparecimento As consultas) exclusivamente do seu desejo de faltar e/ou

abandonar seu tratamento.

Entre os fatores intrínsecos, destacaram-se:

1) **A ocorrência de outros problemas de saúde** tais como: hipertensão, alcoolismo, diabetes, transtornos mentais, etc- 6 pacientes.

Como observado em outros estudos, o paciente ao receber o diagnóstico de outras doenças, tende a priorizar um dos problemas que afetam sua saúde e, neste caso, acaba por negligenciar o tratamento da hanseníase.

*"Resolvi parar por um tempo este tratamento porque estou com problemas de nervos, achei mais importante tratar deste problema primeiro, mas assim que melhorar voltarei a tratar deste problema". (paciente nº 11)*

A escolha do que deve primeiro tratar evidencia um processo de julgamento no qual o paciente prioriza aquilo que lhe parece trazer maiores prejuízos.

Ao decidir sozinho, o paciente não só demonstra sua desinformação sobre o tratamento da hanseníase, como também resulta no possível agravamento de sua doença.

No caso do alcoolismo, o que se observou é que, enquanto o paciente não se abstém do álcool, acaba por não se comprometer com nem um e nem outro tratamento<sup>32,14</sup>.

*"Ele não está comparecendo ao Centro de Saúde para se tratar porque todos os dias ele está bebendo e ele sabe que durante todo o tratamento não pode beber" (paciente nº 2)*

Nesse momento, o indivíduo coloca-se em uma posição de pré-contemplação, na qual nega, para si e para outrem, que precise implementar qualquer ação no sentido de modificar seu estilo de vida<sup>33</sup>.

## 2) Pensamento mágico religioso - 3 pacientes

O desconhecimento técnico sobre as causas e origens da doença podem levar as pessoas a buscarem explicações dentro das crenças, dos mitos, procurando a cura através da magia e da fé<sup>30,34-35</sup>.

*"O que ele tinha na verdade era um trabalho que fizeram para prejudicá-lo, mas Deus o curou". (paciente nº 7)*

Dentro desse pensamento, a ciência com suas drogas e seus técnicos é impotente porque, ao firmar-se na fé para explicar e curar a doença, não faz sentido, ao paciente, tratar-se com medicamentos, *"já que Deus pode curar qualquer mal"*<sup>19,24</sup>.

A origem explicativa do porquê se está doente é que orienta a busca da solução do problema. A doença, assim, é resultante de uma ação de terceiros sobre si.

Como enfatizou Montero (1995)<sup>30</sup>

*, o importante, do ponto de vista mágico-religioso, "não é a compreensão do processo físico que se desenvolve em estado mórbido, nem sua causalidade puramente biológica. A doença se torna elemento significativo somente quando associada à idéia de negatividade genérica, a noção de desordem que extrapola*

*o corpo individual ao abranger as relações sociais e a própria organização do mundo sobrenatural".*

Outro fator que interfere nessa escolha é a maior facilidade de acesso à benzedeira, ao centro, às ervas, se comparado as dificuldades pelas quais passa o usuário em uma Unidade Pública de Saúde<sup>30</sup>.

## 3) Não aceitação da doença - 2 pacientes

A negação da condição de hanseniano garante ao indivíduo a perspectiva de não exclusão social, numa tentativa de manter-se na mesma situação à qual pertencia.

*"Tomo o remédio, mas não tenho essa doença". (paciente nº3)*

O fato de fazer uso da medicação não significa que o paciente aceite o diagnóstico. Ele pode tratar-se por razões diversas, como: evitar cobrança dos familiares ou, até mesmo, da equipe de saúde. Mas continua sem aceitar a condição de portador de hanseníase, por não estar convencido de que sua saúde está de fato comprometida. Dessa forma, o paciente não realiza adequadamente o tratamento proposto, na medida em que não comparece à Unidade de Saúde regularmente<sup>36</sup>.

## 4) Gravidez - 1 paciente

Observou-se que, ao receber a confirmação da gravidez, a mãe teme que os medicamentos venham a prejudicar o bebê e mesmo que receba informações dos técnicos, não continua o tratamento.

*"Não estou indo ao Centro de Saúde para receber a medicação mensal porque estou grávida e tenho medo que o remédio faça mal ao bebê". (paciente nº5)*

A preocupação e insegurança quanto aos riscos que o uso do medicamento pode gerar para seu bebê leva a mãe a não aceitar orientações técnicas por não considerá-las válidas, pois continua com receio de fazer uso da medicação<sup>16,17</sup>.

Quando aos fatores extrínsecos, estes se caracterizaram por justificações que localizavam a razão da não realização do tratamento em eventos e situações que independiam dos desejos dos pacientes e que constituíram entraves para tratar (mudança de endereço, dinâmica do Programa inadequada, efeitos colaterais do medicamento).

## 1) Mudança para outro Município ou Estado - 13 pacientes

Vivendo sempre em péssimas condições de moradia, os pacientes hansenianos do município da Serra estão sempre

mudando de residência em busca de melhores condições de vida. Ao mudar-se, o paciente não comunica isto a Unidade de Saúde para que seja providenciada a sua transferência, demonstrando desinformação quanto à necessidade de tomar tal procedimento<sup>17</sup>.

*"O paciente que vocês procuram é meu pai, mas ele está morando em Minas Gerais porque está trabalhando (paciente nº 9)*

Outra situação evidenciada, pelos técnicos do Programa de Controle da Hanseníase em Carapina, foi que o paciente ao continuar seu tratamento em outra Unidade de Saúde não comunica o fato para o Programa que abandonou. Isto acaba por gerar dados nem sempre fidedignos, já que para um Programa consta o abandono e, para outro, o mesmo paciente está se tratando.

## **2) A dinâmica do Programa é inadequada** .5 pacientes

O paciente alega fatores que impedem o seu comparecimento mensal à Unidade de saúde para fazer uso da dose supervisionada, tais como problemas com a equipe e horário incompatível.

*"Nab volto mais ao Centro de saúde porque uma certa pessoa da equipe me tratou muito mal". (paciente nº 1)*

A falta de um padrão de comunicação adequado entre equipe/paciente acaba por servir de argumento para sua falta e/ou abandono. Observa-se que, ao enquadrar o paciente na condição de doente, alguns técnicos acabam por esquecer que o foco de sua ação é o sujeito que se encontra doente (categoria concreta que possui desejos) e não sobre a doença (categoria abstrata)<sup>1,11</sup>.

## **3) Dificuldade de liberação no trabalho** .4 pacientes

Um fator limitador é o horário de funcionamento do Programa, que coincide com o da jornada de trabalho.

*"Não estou indo ao Centro de Saúde porque trabalho o dia inteiro e 16 eles não sabem do meu problema de saúde" (paciente nº 8)*

Como alguns pacientes hansenianos omitem sua doença das pessoas que fazem parte do seu convívio diário, o fato constitui um problema, principalmente no momento em que se faz necessária a liberação do trabalho para seu comparecimento à Unidade de Saúde, pois o horário de funcionamento do Programa pode ser incompatível com o de trabalho, tornando-se um "entrave" quanto à adesão do paciente ao tratamento<sup>32</sup>.

## **4) Tempo muito longo de tratamento** - 5 pacientes

O tempo médio de tratamento da hanseníase pode variar de 6 meses (PB) a 2 anos (MB). Neste trabalho, a dimensão tempo está relacionada à frequência regular do paciente na Unidade de Saúde e ao período de ingestão de medicamentos.

De acordo com Oliveira, 1998<sup>32</sup> a ingestão da medicação por longos meses é um dos fatores que contribui com o abandono e irregularidade do tratamento dos portadores de hanseníase.

*"Esse tratamento demora muito tempo para acabar" (paciente nº 12)*

Foi possível observar que, sob o ponto de vista do paciente, 1) tempo *"muito longo"* independe do tipo de diagnóstico recebido, portanto, a queixa aparece tanto entre os pacientes PB (3 sujeitos) quanto MB (2 sujeitos).

## **5) Reação a Poliquimioterapia (PQT)** - 3 pacientes

Os estados reacionais são intercorrências agudas que ocorrem por manifestações do sistema imunológico, as quais variam em intensidade de pessoa para pessoa. Podem aparecer tanto durante o tratamento quanto após a alta, devendo ser tratadas com medicação específica e terem acompanhamento médico<sup>12;2</sup>.

*"Resolvi parar este tratamento porque os remédios, ao invés de melhorar, estão me deixando pior, tenho me sentido muito mal quando tomo estes remédios". (paciente nº 4)*

Ao iniciar o tratamento, a expectativa inicial é que o problema seja resolvido, desaparecendo qualquer sintoma da doença. A permanência de queixas contribui para a não adesão ao tratamento.

Juntamente com a percepção de piora de seu estado permanece a ameaça à sua auto-identidade.

Identidade ameaçada no presente, refletindo sobre a sua perspectiva de futuro. O diagnóstico de hanseníase repercute sobre o indivíduo de forma complexa e multifacetada, requerendo ações que enfatizem esses aspectos de modo abrangente<sup>28</sup>.

O que se evidenciou, tanto entre os fatores intrínsecos como extrínsecos, foi o predomínio de um padrão de comunicação que não vem permitindo ao paciente expressar adequadamente suas dúvidas e dificuldades. Assim sendo, o resultado é um índice de faltas e abandonos que requer dos técnicos procedimentos cada vez mais onerosos, entre eles, a busca ativa. Por parte dos pacientes, há o uso crescente de justificações e racionalizações para convencerem os profissionais de que tomaram a decisão mais adequada.

## CONCLUSÃO

A pesquisa apontou que a falta e o abandono ocorrem em momentos diferenciados do processo de tratamento, divergindo quanto As razões alegadas.

Tanto os pacientes PB, quanto os MB começaram a faltar ao tratamento após cumprirem mais de 50% do total de doses a serem tomadas. O abandono de tratamento ocorreu em um momento diferente das faltas, ou seja, os paciente PB e MB o fizeram tendo cumprido apenas 1/3 do tempo total proposto.

O paciente, ao faltar, demonstra que a motivação está relacionada com a gravidade da doença, visto que a ausência ocorre no momento em que esta não mais apresenta sinais evidentes. O sujeito que abandona o tratamento o faz logo no início do processo, o que evidencia um comportamento no qual ele questiona se realmente tem problema, possivelmente se encontrando em uma fase de ambivalência.

Quanto aos fatores alegados pelos pacientes para o abandono do tratamento, observou-se uma relação entre fatores intrínsecos X extrínsecos de 1,33:1 entre os MB. Ao justificarem porque abandonaram o tratamento, associam isso a fatores extrínsecos. Nos pacientes PB a relação entre fatores intrínsecos X fatores extrínsecos foi de PB - 0,16 : 1e, MB - 0:13).

Os resultados apontados pela pesquisa indicaram a necessidade de reformulação da metodologia de intervenção, com a mudança tanto na postura dos técnicos quanto em relação a um maior investimento no acompanhamento, incorporando ações que previnam a ocorrência das faltas e dos abandonos. Ficou clara a necessidade de reflexão continua sobre a prática, quer através de avaliações sistemáticas dos resultados, quer

através de pesquisas. Estes procedimentos possibilitam aos técnicos novas perguntas e/ou novas questões que propiciem avanço do conhecimento e aprimoramento no atendimento prestado A população.

O estudo aponta, ainda, a possibilidade de análise comparativa dos resultados obtidos com o de outras Unidades de Saúde, visando identificar se este padrão é uma peculiaridade da Unidade de Saúde de Carapina - Serra/ES ou se é algo comum em outras Unidades de Saúde da Grande Vitória, ou, até mesmo, de todo o Espírito Santo para tratamento de hanseníase.

## SUMMARY

*The drop out among leprosy patient is a serious problem for public health professionals. This study wishes to analyse the patients reasons for the default and/or drop out of treatment. It's about a retrospective study involving a sample of 42 patients who default and/or drop out of the treatment in a period from 1994 to 1996. It had been used semiestructure guide of interviews to pick informations. The answers had been grouped in categories of intrinsic reasons and extrinsic reasons that characterizes droup out and/or default. The relation between default and drop out was: Multibacilar Leprosy (MB) 0,8:1; Paucibacilar Leprosy (PB) 0,7:1. The drop out was justified by intrinsic reasons among Paucibacilar (PB) patients and among Multibacilar (MB) patients the default was justified by extrinsic reasons. In accordance with the informations above there is necessary a deeper work to orient the Control Program of Leprosy.*

*Uniterms: Leprosy. Drop out of the treatment. Adherence. Motivation.*



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA e GESCONETI. *Ficar pra quê? Motivos alegados por pacientes para o abandono de tratamento*. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) UFES, 1997.
2. ALMEIDA, A. P et al. *Ocorrência de reações em pacientes pós-alta por cura de hanseníase: reflexões acerca da implementação de um programa específico de atenção*. In: 1º Simpósio Brasileiro de Hansenologia, 01 a 04 de Dezembro de 1999. Anais: Ribeirão Preto/SP, 1999.
3. BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo.
4. BAUSS, José. *Em busca de uma tipologia motivacional relativa ao tratamento do alcoolismo*. São Paulo: USP Tese (Doutorado), 1996.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. *Normas técnicas e procedimentos para a utilização dos esquemas de poliquimioterapia no tratamento de hanseníase*, 1992.
6. , Ministério da Saúde. *Divisão Nacional de Dermatologia - Programa de Controle da Hanseníase*, 1996.
7. . Secretaria Estadual de Saúde (SESA). *Dados sobre prevalência e detecção da hanseníase nos municípios do Espírito Santo*, 1997
8. BARKIRTZIEF, Zoica. *Águas passadas que movem moinhos: as representações sociais da hanseníase*. São Paulo: PUC, 1994. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Psicologia Social.
9. BREAKWELL, Glynis M. *Coping with threatened identities*. London/New York: Methuen, 1986.
10. BRUMANA, F; MARTINEZ, E.G. *Margindlia Sagrada*. Campinas: Unicamp, 1991.
11. CADE, Nagala V. *Um estudo sobre fatores psicossociais que interferem na aderência ao tratamento de pacientes hipertensos*. Espírito Santo: UFES, 1996. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Psicologia Social.
12. CIMINO, Gisele Rolim et al. *Relação entre reação hanseniana tipo I e II e formas múltiplas e paucibacilares*. In: 12 SIMPÓSIO BRASILEIRO DE HANSENOLOGIA, 01 a 04 de Dezembro de 1999. Anais: Ribeirão Preto/SP, 1999.
13. DOMINGUES, Rachel Zanetta de Lima. *A participação do portador de doença crônica em seu plano de tratamento: Um estudo de aderência em Hospital Escola*. PUC/SP, 1992. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Serviço Social.
14. EDWARDS, Griffithi. *Tratamento do alcoolismo*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.
15. FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Minidicionário da língua Portuguesa*, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.
16. FOGOS, Andressa Ribeiro et al. *(Des)caso social com pacientes hansenianos*. In: II CONFERENCIA INTERNACIONAL DE PSICOLOGIA DE LA SALUD, 16 a 18 de Outubro de 1996. Anais. Cuba, 1996, p. 70-71.
17. \_\_\_\_\_. *Controle da Hanseníase: uma demanda ao Serviço Social*. In: IX CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 20 a 24 de Julho de 1998. Anais. Goiânia/Go, 1998, p. 162- 165.
18. \_\_\_\_\_. *Hanseniano? Eu não! Um estudo sobre o abandono de tratamento entre pacientes hansenianos*. Monografia. (Trabalho de conclusão de curso) UFES, 1998.
19. GARCIA, Mana Lúcia T, MENANDRO, Paulo R. M. *A utilização de práticas supersticiosas por mulheres alcoolistas*. Revista da ABP - APAL, v.2, nº19 1997, p. 39-44.
20. GIDDENS, Anthony. *Modernity and self-identity-self and society in the late modern Age*. Stanford California: Stanford University Press, 1991.
21. GRAHAM apud GUIDOTTI, Humberto. *Hanseníase uma questão social*. Revista Cultura e Vozes ng 3, 1978, p. 178.
22. GUIMARÃES, Flávia da Fonseca. *Adesão ao tratamento de doenças crônicas: verbalizações de diabéticos, hipertensos e cardíacos*, São Paulo: USP, 1996. Tese (Doutorado).- Faculdade de Saúde Pública.
23. JAHODA, Gustav. *A psicologia da superstição*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.
24. LAPLANTINE, François. *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
25. LEIGH, Gillian. PHD, OGBORNE, Alan C., PHD. et al. *Factors Associated with Patient Dropout from an Out Patient Alcoholism Treatment Service*. Addiction Research Foundation, Clinical Institute. Journal of Studies on Alcohol. v.45. ng4, 1984.
26. LEVITIC013.45-46. *Bíblia Sagrada*. Centro Bíblico Católico, 1986, p.156.
27. MAMMO, Abate, WEINBAUM, Donald F. *Some factors that influence dropping out from out patient alcoholism treatment facilities*. Journal of studies on alcohol, C. 54. p. 92-100, 1993.

28. MIRANDA, Clélia Albino Simpson de. **Hanseníase: o impacto da representação social e a crise identitária.** João Pessoa: Ed. Universitária, 1999.
29. MONTEIRO, Yara Nogueira. **Da maldição divina a exclusão social: Um estudo da hanseníase em São Paulo.** São Paulo: USP, 1995 Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia, Letras, Ciências Humanas - FFLCH.
30. MONTERO, P *Da doença a desordem - a magia na umbanda.* Rio de Janeiro: Graal, 1985.
31. MORIN, Michel. **Entre représentations et pratiques: le sida la prevention et les jeunes.** In: ABRIC, J.C. Pratiques Sociales et representations. Paris: Presses Universitaires de France, 1994, p. 109- 144.
32. OLIVEIRA, Maria Helena Pessini de; ROMANELLI, Geraldo. *Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero.* **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, nº 1. Rio de Janeiro: Fiocruz, Jan/Mar, 1998.
33. PROCHASKA, J. O. e DICLEMENTE, C. C. **Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change.** Psychoterapy: Theory, Research and Practice, 1982, n2 19, p. 276 - 288.
34. QUEIROZ, Marcos de Souza. **Representações sobre saúde e doença: agentes de cura e pacientes no contexto do SUDS.** Campinas, São Paulo: Editora da UNICAMP, 1991.
35. RABELO, Miriam Cristina. Religião e cura: Algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes popularesurbanas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, nº 3. Rio de Janeiro: Fiocruz, Jul/Set, 1993.
36. ROMANO, Wilma Belkiss, (org). **A prática da psicologia nos hospitais.** Sao Paulo: Pioneira, 1994.
37. SARASON, Bárbara R; SARASON, Irwing G; PIERCE, Gurgory R. **Social Support: an interactional view.** New York: Wiley-intey science publication, 1990.
38. VADHER, Help - **Seeking behaviour in leprosy patients.** Universidade de Surrey, Dissertação (Mestrado), 1995.