

Interrupção e abandono no tratamento da hanseníase**Interruption and abandonment in the treatment of leprosy**

DOI:10.34119/bjhrv3n4-273

Recebimento dos originais: 14/07/2020

Aceitação para publicação: 19/08/2020

Aline Russomano de Gouvêa

Enfermeira

Mestranda no Programa de Pós- Graduação em Enfermagem-
Mestrado Acadêmico da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul- UFMS/CPTL
UNID. II

Endereço: Av. Ranulpho Marques Leal, 3484 / CEP 79613-000 / Cx Postal nº 210 Três Lagoas-MS.

Joice Machado Martins

Enfermeira

Urgência e Emergência no Hospital Aurélio Justino Rocha, Paramirim-BA.

Claudemir Posclan

Enfermeiro

Especialista em Saúde do Trabalho pelo Instituto Educacional, Jales-SP.

Tauana Aparecida Almeida Dias

Enfermeira

Centro Cirúrgico no Hospital de Ensino Santa Casa de Misericórdia de Fernandópolis, Pós-
Graduanda em Urgência e Emergência na Fundação Educacional de Fernandópolis-SP.

José Martins Pinto Neto

Enfermeiro

Doutor em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Docente do curso de Graduação em
Enfermagem da Fundação Educacional de Fernandópolis (FEF). Professor Titular do Curso de
Medicina da Universidade Brasil - Campus Fernandópolis e Supervisor do Internato na área da
Saúde Coletiva. Presidente da Comissão Gestora do Hospital de Ensino Santa Casa de
Fernandópolis.

Gledes Paula de Freitas Rondina

Mestre em Saúde Pública pela UNICAMP.

Coordenadora do curso de Graduação em Enfermagem da Fundação Educacional de Fernandópolis
(FEF) e Docente do curso de Graduação em Medicina da Universidade Brasil.

Priscila Cristina Oliveira Zignani Pimentel

Mestre em Promoção da Saúde pela UNIFRAN.

Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Fundação Educacional de Fernandópolis e
do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Brasil.

André Wilian Lozano

Enfermeiro.

Mestre pelo Programa de Enfermagem da Faculdade e Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Fundação Educacional de Fernandópolis e do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Brasil. Vice coordenador do Núcleo da Rede Brasileira de Enfermagem em Segurança do Paciente da região de São José do Rio Preto.

e-mail: lozanoenf@gmail.com

RESUMO

O Brasil é o segundo país do mundo com maior número de casos de Hanseníase. São considerados pilares para alcançar a eliminação dessa doença o diagnóstico precoce e a adesão ao tratamento. O tratamento poliquimioterápico constitui em 6 meses podendo se estender até 9 meses para casos Paucibacilares; já em casos de Multibacilares, 12 meses até 18 meses. Esse estudo tem como objetivo identificar e descrever os motivos que levaram os usuários(as) dos serviços de saúde diagnosticados com hanseníase de 2013 a 2017 residentes em uma cidade hiperendêmica do noroeste paulista a interromper ou abandonar o tratamento. Trata-se de estudo descritivo transversal com abordagem quantitativa. Obtivemos aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa destinado pela a Plataforma Brasil sob o número de Protocolo 91251718.4.0000.5415. Foram coletados dados de 234 prontuários de 2013 a 2017 e constatou-se que 32 (13,7%) usuários enquadravam-se em situação de abandono e 03 (1,3%) em interrupção do tratamento, ambas as classificações totalizaram-se em 35 (15,0%) dos casos notificados no período. Os resultados evidenciaram que as altas taxas de abandono e interrupção do tratamento, principalmente, no ano de 2017 com taxa de (23,9 %) no abandono e (4,3 %) nos casos de interrupção. As drogas que compõem a Poliquioterapia causam efeitos adversos e esse foi o principal motivo de interrupção ou abandono do tratamento identificado em 35 (14,9%) dos casos. É necessário que a equipe multiprofissional seja mais efetiva no cumprimento das ações do Programa de Eliminação da Hanseníase. Os serviços de saúde devem implantar medidas para atuar na mitigação desses motivos de interrupção ou abandono contribuindo assim para adesão ao tratamento e quebra da cadeia epidemiológica de transmissão da doença.

Palavras-Chave: Hanseníase; Saúde Pública; Epidemiologia; Tratamento Farmacológico**ABSTRACT**

Brazil is the second country in the world with the highest number of leprosy cases. They are considered pillars to achieve the removal of this disease or early diagnosis and adherence to treatment. The polychemotherapy treatment registered in 6 months is possible to extend up to 9 months for Paucibacillary cases; already in cases of Multibacillaries, 12 months. This study aims to identify and describe the reasons that led users (as) of health services diagnosed with leprosy from 2013 to 2017 living in a hyperendemic city in the northwest of São Paulo to interrupt or abandon treatment. This is a cross-sectional descriptive study with a quantitative approach. Obtains the Ethics and Research Study for Plataforma Brasil under protocol number 91251718.4.0000.5415. Data were collected from 234 medical records from 2013 to 2017 and found 32 (13.7%) users recorded in situations of abandonment and 03 (1.3%) interrupting treatment, in a total of 35 (15.0%). cases reported in the period. The results showed that the high rates of abandonment and interruption of treatment, especially, in the year 2017 with rates of (23.9%), abandonment and (4.3%) in cases of interruption. As the drugs that make up the Polychemotherapy cause adverse effects and this was the main reason for interruption or abandonment of the treatment identified in 35 (14.9%) of the cases. It is necessary that the multiprofessional team be more effective in fulfilling the actions of the Leprosy Elimination Program. The health service must implement measures to mitigate these reasons for interruption or

abandonment, thus contributing to treatment adherence and breaking the epidemiological chain of disease transmission.

Keywords: Leprosy; Public health; Epidemiology; Pharmacological treatment.

1 INTRODUÇÃO

O bacilo da hanseníase foi descoberto, em 1873, pelo médico norueguês Gerhard Armauer Hansen. O Brasil é o segundo país do mundo com maior número de casos de Hanseníase. São considerados pilares para alcançar a eliminação dessa doença o diagnóstico precoce e adesão ao tratamento.¹

A hanseníase ainda é um sério problema de saúde pública no nosso país, doença que provocou muito medo, estigma, preconceito, discriminação e exclusão social desde a história da humanidade.²

É considerada uma doença crônica, infectocontagiosa, de notificação compulsória, causada por um bacilo com alta infectividade e baixa patogenicidade. O período de incubação da hanseníase dura em média de 2 a 7 anos, não obstante haja referências a períodos mais curtos, de 7 meses, como também mais longos, de 10 anos.³

A hanseníase contém duas formas operacionais, a Paucibacilar (PB) que é composta pelas formas clínicas Indeterminada e Tuberculóide e Multibacilar (MB) composta pelas formas clínicas Borderline e Virchowiana, ambas são determinadas de acordo com o número de lesões observadas no organismo do usuário. São Paucibacilares (PB) os usuários que apresentarem até cinco lesões de pele, e os com mais de cinco são classificados como Multibacilares (MB).⁴

O diagnóstico da hanseníase é essencialmente clínico. Consiste na realização de uma minuciosa avaliação do usuário por meio da busca dos sintomas neurodermatológicos, por exemplo: percepção das lesões com sensibilidade (térmica, dolorosa e tátil) alterada e avaliação dos nervos que corresponde à pesquisa de espessamento dos nervos periféricos, portanto, o exame laboratorial específico da hanseníase é por meio da baciloscopia de linfa realizada pela técnica de BAAR, porém apresenta-se positiva apenas nas formas clínicas Multibacilares.⁵

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1970, implantou o tratamento poliquimioterápico e no Brasil a PTQ foi instituída em 1991, que significativamente contribuiu para cura e diminuição da prevalência da hanseníase.⁶

O tratamento poliquimioterápico constitui em 6 meses podendo se estender até 9 meses para casos PB com as drogas Rifampicina e Dapsona, 12 meses podendo se estender até 18 meses para MB com as drogas Rifampicina, Dapsona e Clofazimina. O tratamento de PQT está ligado

consequentemente ao número de lesões apresentadas, é fundamental para a cura, mas é preciso sempre intensificar a busca por novos casos.⁶

O diagnóstico e tratamento precoce é a solução mais viável para o(a) usuário(a) ser curado e não transmitir a doença, mas muitos deles interrompem ou abandonam pelos efeitos adversos que a medicação causa, por exclusão social, por falta de informações dos profissionais da saúde e até mesmo pelas condições sanitárias.⁷

Para fins de acompanhamento dos casos de hanseníase, pelos serviços de saúde, os usuários devem ser agendados para retorno a cada 28 dias. Nessas consultas, eles deverão receber a dose supervisionada e a cartela com os medicamentos nas doses a serem autoadministradas em domicílio e orientações como por exemplo, sobre os efeitos adversos dos medicamentos, controle dos comunicantes e prevenção das incapacidades físicas nos olhos, mãos e pés.⁸

Para tal controle é utilizado um cartão de agendamento onde registra-se a data de retorno à unidade de saúde e para o controle da adesão ao tratamento. Os doentes faltosos à dose supervisionada deverão receber uma visita domiciliária, no máximo em 30 dias, com o objetivo de manter o tratamento e evitar o abandono. Entre outras estratégias de busca ativa de faltosos está o contato telefônico imediato após a falta pode facilitar o entendimento do problema e planejar a visita domiciliária para que ela seja resolutiva e evitar o abandono do tratamento.⁸

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho foi identificar e descrever os motivos que levaram os usuários(as) dos serviços de saúde, diagnosticados com hanseníase no período de 2013 a 2017, residentes em uma cidade hiperendêmica do noroeste paulista a interromper ou abandonar o tratamento.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo transversal, com abordagem quantitativa.

A população de estudo foram os casos notificados de Hanseníase residentes no município de uma cidade hiperendêmica, do noroeste paulista, que interromperam ou abandonaram o tratamento no período de 2013 a 2017.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) sob o número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CCAEE) 91251718.4.0000.5415, iniciamos o estudo e solicitamos aos participantes a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) acordo com Resolução 466/12, do Conselho Nacional Saúde (CNS).

A coleta de dados se deu inicialmente pelo instrumento de coleta de dados de prontuário, no Centro de atendimento às Doenças Infecciosas e Parasitárias (CADIP). Posteriormente foram realizadas entrevistas com 35 sujeitos.

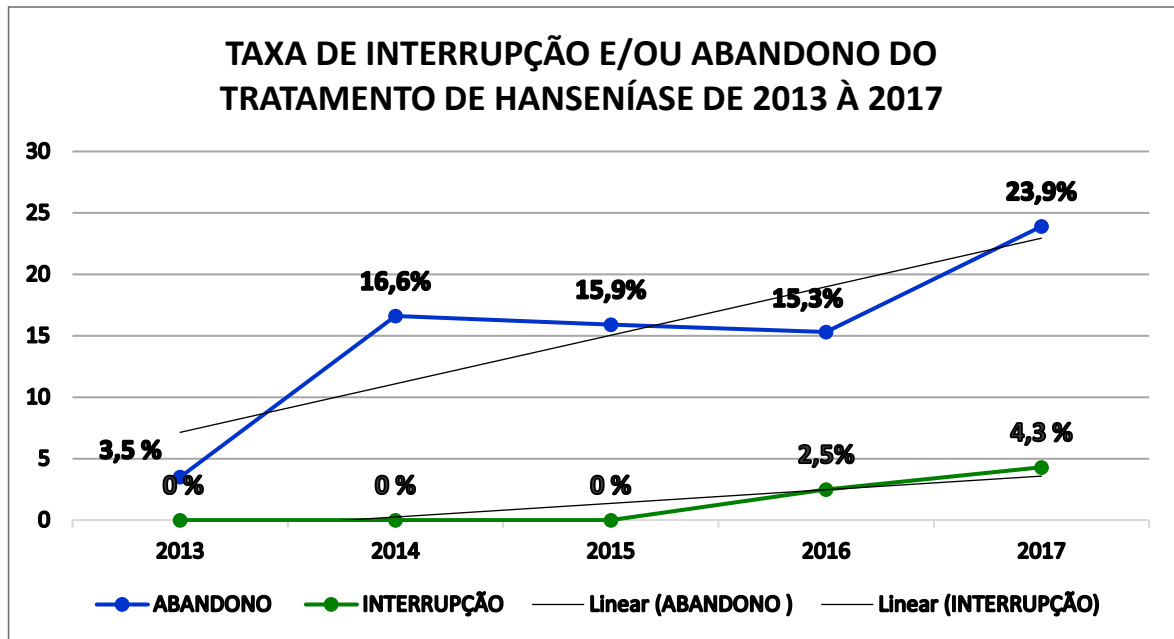
Foram considerados como interrupção de tratamento os usuários(as) dos serviços de saúde nomeados faltosos, ou seja, que não compareceram no período de três meses do tratamento e nas doses supervisionadas exigidas na reabilitação e foram considerados como abandono todo doente que não conseguiu completar o tratamento dentro do prazo máximo permitido, ou seja, para de três meses para os doentes classificados como Paucibacilares e mais que seis meses para os classificados como Multibacilares.⁸

Os dados foram digitados em planilha do Excel e aplicado análise estatística descritiva com distribuição de frequências absolutas e relativas. O tamanho da amostra foi de 35 pessoas atingidas pela hanseníase.

3 RESULTADOS

Em 2013 foram notificados 57 casos sendo que 2 (3,5%) estiveram em situação de abandono. No ano de 2014 foram notificados 42 casos e 7 (16,6%) abandonaram o tratamento. Em 2015 foram notificados 44 casos e 7 (15,9%) abandonaram o tratamento. No ano de 2016, 39 casos foram notificados e 6 (15,3%) abandonaram o tratamento, por outro lado nesse ano surge 1 (2,5%) caso de interrupção do tratamento de hanseníase. No ano de 2017 foram notificados 46 casos e 11 (23,9%) abandonaram o tratamento e 2 (4,3%) interromperam. Observamos que o índice de abandono teve uma elevação brusca de 2013 a 2017, conforme Gráfico nº 1.

Gráfico nº 1- Distribuição da taxa de interrupção ou abandono do tratamento de hanseníase no período de 2013 à 2017 no município estudado.



Os resultados evidenciaram as taxas mais elevadas de interrupção e abandono do tratamento foram, em 2017. Observamos que o índice de abandono teve uma elevação brusca de 2013 a 2017, no ano de 2017 houve uma relevância com 23,9% de acordo com o Gráfico nº 1. Na realização do instrumento de coleta de dados de prontuário, fichas de notificação/investigação do caso e planilhas de controle existentes no CADIP foi possível coletar 234 prontuários de 2013 a 2017, sendo que 03 (1,3%) em interrupção do tratamento e 32 (13,7%) usuários(as) dos serviços de saúde enquadraram-se em situação de abandono, ambas as classificações totalizaram-se em 35 (15%) participantes.

No decorrer da pesquisa dentre os 35 abandonos, 19 aceitaram a participar do estudo, 16 foram excluídos pelos seguintes motivos: 1 falecimento, 1 mudança para outra cidade, 2 estavam presos, 6 recusaram a participar do estudo e 5 não foram encontrados após três tentativas de visitas domiciliares e duas tentativas por meio de contatos telefônicos em dias e horários alternados. Importante ressaltar que um usuário(a) ofereceu mais que um motivo para o seu abandono e/ou interrupção do tratamento da hanseníase.

Figura 2- Distribuição dos motivos de abandono e/ou interrupção do tratamento de hanseníase.

VARIÁVEIS		N	%
MOTIVOS DE ABANDONO E/OU INTERRUPÇÃO	Reações adversas	14	48,4
	Preconceito	03	10,4
	Vontade própria	02	6,8
	Negação da doença	02	6,8
	Recomendação de um 2º médico	02	6,8
	Relato de cura	02	6,8
	Demora no atendimento	01	3,5
	Acesso a medicamento	01	3,5
	Depressão	01	3,5
	Não obteve melhora das dores	01	3,5
	Total	29	100

FONTE: Entrevistas com usuários(as) dos serviços de saúde notificados entre 2013 e 2017.

Na Tabela 1 podemos observar que dentre os 35 abandonos, 19 aceitaram a participar do estudo, 16 foram excluídos da pesquisa. Com isso, restaram 19 participantes oficialmente definidos como interrupção ou abandono. Alguns participantes apresentaram mais de um motivo de interrupção ou abandono do tratamento. O preconceito foi citado por 3 (10,4%) dos casos, a vontade própria, negação da doença, recomendação de um 2º médico e relato de cura alcançaram 02 (6,8%) casos. Demora no atendimento, dificuldades relacionadas ao acesso do medicamento e depressão receberam taxa de 01 (3,5%) dos entrevistados.

O motivo de interrupção ou abandono do tratamento de hanseníase por reações adversas foi o mais frequente com 14 (48,4%) dos entrevistados.

É importante ressaltar que, os dois usuários(as) dos serviços de saúde que receberam recomendação de um segundo médico, apresentavam situações diferentes, um deles obteve em sua primeira avaliação médica baciloscopia positiva e diagnóstico de hanseníase e ao procurar por outro médico o mesmo diagnosticou como sendo dermatite. O outro também com baciloscopia positiva, foi consultado por médico cardiologista e este recomendou que ele interrompesse o tratamento de PQT por causa do seu tratamento cardiológico.

O motivo “relato de cura” esteve relacionado na autopercepção do usuário sobre a alta e o momento ideal para término do tratamento. Houveram relatos dos pesquisados que abandonaram o tratamento pela dificuldade de acesso ao medicamento, haja vista, que o blister com os comprimidos são entregues ao usuário após a dose supervisionada. Outro participante relatou que a depressão decorreu da não aceitação da doença. Na classificação de não obtenção e melhora de dores pode-se considerar que para o usuário o medicamento não teve resolutividade no processo de cura.

4 DISCUSSÃO

No decorrer do estudo foram pesquisados aproximadamente 54 artigos científicos sobre a hanseníase e as causas dos usuários(as) dos serviços de saúde em interromperem ou abandonarem o tratamento, destes somente 12 possuíam objetivo e metodologia semelhante.

De acordo com Macari *et al.*⁹ os dados apresentados revelam a proporção de abandonos entre os casos novos diagnosticados no Brasil, a média de 2004 a 2014 foi de 2,78% com 10 registros no decorrer desses 11 anos de estudos.

Em uma pesquisa realizada, no estado do Maranhão, detectou-se por meio de entrevistas que 13,3% de usuários(as) dos serviços de saúde em situação de abandono do tratamento. Um fator relevante a ser relacionado com a interrupção do tratamento da hanseníase foi o efeito colateral causado pelo medicamento utilizado na PQT, além disso, é considerado um tratamento longo que por sua vez alguns usuários(as) dos serviços de saúde deixam de aderir ao tratamento, por isso, em 2017, pesquisadores brasileiros coordenados por Gerson Penna, descobriram um novo padrão para o tratamento da hanseníase que visa à diminuição da sua interrupção.¹⁰

Recomenda-se que as profissionais de saúde realizem um monitoramento complementar dos usuários (as) faltosos, como forma de avaliar a efetividade das estratégias adotadas para evitar o abandono do tratamento (% de faltosos recuperados entre os faltosos com menos de 3 (três) faltas consecutivas para os doentes com classificação operacional PB e menos de 6 (seis) faltas para doentes MB). Essa busca ativa realizada pela equipe de saúde deve acontecer por meio da visita domiciliar no prazo máximo de 30 dias de acordo com o as orientações do Ministério da Saúde descrita em sua cartilha sobre hanseníase de 2016.¹¹

Nesse contexto, Gomes *et al.*¹² destacam a importância do Agente Comunitário de Saúde bem capacitado, para um controle eficiente da hanseníase durante a visita domiciliar. Além de saber orientar corretamente a população quanto ao benefício da adesão ao tratamento, é importante que os mesmos tenham ciência da conduta básica terapêutica, tornando mais fácil a sensibilização, o reconhecimento e a intervenção em casos de não adesão.

O novo padrão para o tratamento da hanseníase consiste em uma pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em Brasília, em parceria com o Núcleo de Medicina Tropical da Universidade de Brasília (UnB), mostrou que é possível reduzir de um ano para seis meses o tratamento, administrando três tipos de medicamentos, já usados contra a doença. O Ministério da Saúde avalia a adoção do modelo como padrão em todo o país. A Organização Mundial da Saúde (OMS) também considera a possibilidade viável.¹³

Foi possível identificar no estudo que a duração do tratamento é o principal motivo dos usuários(as) dos serviços de saúde a interromperem ou abandonarem o tratamento. Porém, o preconceito e estigmas estão em altos pilares decorrente das reações adversas e das dificuldades trabalhistas, pois muitas pessoas atingidas pela hanseníase relatam esconder a patologia, por apreensão de sofrerem algum tipo de desafronta no trabalho, como demissões e até mesmo a necessidade de antecipação da aposentadoria.¹⁴

Em relação às reações adversas podemos observar no presente estudo que 14 (73,7%) dos pacientes apresentaram algum tipo de reações adversas reações estão diretamente relacionadas ao motivo dos usuários(as) dos serviços de saúde interromperem ou abandonarem o tratamento da PQT, visto que alguns dos usuários(as) dos serviços de saúde entrevistados durante a coleta de dados apresentaram reações extremamente fortes levando-os a desistirem do tratamento, ainda durante a entrevista houve muitos relatos de que após fazerem uso das medicações sentiam-se incapazes de realizar funções básicas diárias, devido às reações apresentadas.¹⁵

Em outro estudo, os motivos apontados pelos usuários(as) dos serviços de saúde por não comparecerem regularmente à Unidade Básica de Saúde (UBS) foram intrínsecos e extrínsecos, para os intrínsecos destacou-se: o fato de não comparecer ao serviço de saúde apenas para buscar a medicação e do desejo de faltar. Como fatores extrínsecos foram evidenciados: ausência dos sintomas; outros problemas de saúde; não aceitação da doença; pensamento de cura religiosa e constrangimento relacionado às idas mensais a UBS, trabalho fora da cidade e viagens constantes; reação a PQT e moradia longe da UBS. De acordo com o Ministério da Saúde a taxa de cura da hanseníase é de 80%, porcentagem que poderia ser maior se não fosse o abandono do tratamento da doença.¹⁶

Em outra pesquisa foi relacionado como principais motivos para abandono, acesso geográfico, renda familiar baixa, efeitos adversos e que os usuários(as) dos serviços de saúde não divulgam ter hanseníase por medo do preconceito. Refere ainda que, embora não possua dados significantes o consumo de álcool e a descrença na cura oferece risco de interrupção.¹⁷

Em uma abordagem científica foi identificado que a forma clínica Multibacilar esteve mais relacionada com a interrupção e abandono do tratamento. Constatou-se ainda, que entre as causas relacionadas ao abandono da terapêutica é importante destacar as reações adversas, a melhora dos sintomas após primeira dose, criando a ilusão da cura antes da conclusão do tratamento.¹⁸

Outro estudo aponta como causa de abandono, que a melhora após o início do tratamento e a sensação que os usuários(as) dos serviços de saúde tem de bem-estar após a fase inicial do tratamento, descredibiliza a necessidade da continuidade do tratamento pelo tempo preconizado. Vale salientar

que os usuários(as) dos serviços de saúde se encontram em idade produtiva e os mesmos tiveram dificuldades de conciliar as idas a unidade de saúde e a dispensa do trabalho. Uma vez que temem sofrerem possíveis demissões ou mesmo aposentadorias antecipadas. Nessa pesquisa a forma clínica predominante também foi a Multibacilar.¹⁹

Fogos *et al.*²⁰ analisaram que o abandono é predominante na forma clínica MB os autores classificam em seu estudo os motivos de interrupção e abandono do tratamento por fatores intrínsecos e extrínsecos, onde os fatores intrínsecos predominam. Dentre os intrínsecos estão: não aceitação da doença, preconceito e estigmas, reações adversas, dificuldade de liberação do trabalho.

Durante a pesquisa tivemos a oportunidade de sinalizar à enfermeira responsável do serviço com relação a dois usuários(as) dos serviços de saúde que manifestaram interesse em retornar ao tratamento após orientações realizadas sobre a doença pelos pesquisadores. Com isso, foi elaborado um relatório com a distribuição dos usuários que manifestaram interesse de regresso ao tratamento.

5 CONCLUSÃO

A realização deste estudo proporcionou um melhor conhecimento a respeito dos motivos de abandono e dificuldades na adesão do tratamento da hanseníase.

Os usuários que não comparecerem para dose supervisionada são considerados pelo o serviço de saúde um usuário(a) faltoso, esta falta significa a continuidade da transmissão da doença, a resistência do bacilo à medicação e o atraso na cura da hanseníase. O tratamento supervisionado contribui para reduzir o abandono do tratamento e aumentar o número de pessoas curadas. Por isso, é de suma importância que a equipe entre em contato com esse usuário em até 30 dias e construa estratégias no serviço de saúde que atua predominantemente na vida dessa pessoa atingida pela hanseníase.

Tendo em vista que a hanseníase é uma doença que requer um cuidado prolongado e uma atenção metódica, vale salientar que a equipe multiprofissional tem um importante papel com relação ao tratamento da patologia, sendo necessário capacitações educacionais sobre a doença para que a equipe forneça ao usuário um processo assistencial mais seguro e de qualidade com orientações de educação em saúde e esclarecimentos sobre a forma de transmissão, controle e importância da adesão ao tratamento para cura da doença.

Diante do exposto, para obter uma diminuição eficaz dos índices de interrupção ou abandono do tratamento de hanseníase é preciso que a equipe multiprofissional esteja capacitada e disposta a seguir rigorosamente o Programa de Controle da Hanseníase do Ministério da Saúde.

Os serviços de saúde devem realizar a busca ativa dos faltosos que interrompem o tratamento e implantar medidas para atuar na mitigação dos motivos de abandono, contribuindo para segurança paciente e quebra da cadeia epidemiológica da doença.

Um dos princípios organizacionais do SUS é a descentralização das ações e serviços de saúde e as ações do Programa de Eliminação da Hanseníase são de responsabilidades da Atenção Básica de acordo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde, de 2002.

Portanto, cabem às Unidades Básicas de Saúde realizarem as ações de suspeição diagnóstica, diagnóstico, tratamento, prevenção de incapacidades físicas nos olhos, mãos e pés, controle dos comunicantes com vacinação BCG-id, ações de educação em saúde, encaminhamentos para ambulatórios especializados em casos com reações de hanseníase ou outras medidas que se façam necessárias a atuação de especialistas.

Assim como as medidas que impeçam o abandono e interrupção do tratamento com medidas de vigilância continua utilizando-se de estratégias como contatos telefônicos, cartas e a realização de visitas domiciliares, sobretudo, nas Unidades Básicas de Saúde, na modalidade da Estratégia Saúde da Família, que já as tem como uma das atribuições inerentes do processo de trabalho, sobretudo, dos Agentes Comunitários de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. BECHLER, R.G., Hansen versus Neisser: controvérsias científicas na 'descoberta' do bacilo da lepra. **Hist. cienc. Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 815-842, setembro de 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702012000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 maio 2018. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702012000300003>.
2. Dominguez, Bruno. Hanseníase: Problema Persistente. **Revista RADIS**, n.150. Mar, 2015.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde: **Guia prático sobre hanseníase**. Brasília/DF, 2017 Disponível Em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/22/Guia-Pratico-de-Hanseniase-WEB.pdf> Acesso em: 10 ago 2018.
4. Brasil. Ministério da Saúde. **Manual técnico-operacional: diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública**. Versão Eletrônica- Brasília/DF; 2016. Disponível

[em:http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/DiretrizesdoManualTcnicoOperacionaldeHansenase.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/DiretrizesdoManualTcnicoOperacionaldeHansenase.pdf) Acesso em: 20 set. 2017.

5. Franco, A. C. M.; Tese apresentada para defesa de doutorado em Doenças Tropicais, pela Universidade Federal do Pará, Núcleo de Medicina Tropical, Programa de Pós-graduação em Doenças Tropicais. **Dinâmica de transmissão da hanseníase em menores de 15 anos em área hiperendêmica na região Norte do Brasil. BELÉM,2014.** Disponível em: <http://repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/9096> Acesso em: 10 ago 2018.
6. Vieira, F. S., Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Rev. Panam. Salud. Pública**, 2010, 27(2), pp. 149-156.
7. Vigares. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais. **Proposta de intervenção para identificação precoce de casos e contatos de hanseníase na equipe de saúde da família II do município Pão de Açúcar, Alagoas.** Maceió/ Alagoas 2016. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Proposta_interven%C3%A7ao_identifica%C3%A7ao_precoce.pdf Acesso em: 19 set 2018.
8. Brasil. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância em saúde.** 3º ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2019. Capítulo 5 – Hanseníase.
9. Macari, Ricardo André; et al. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de cascavel/pr: de 2004 a 2014. **Revista Thêma Et Scientia**, v. 6, n. 1, p. 15, 2016. Acesso em: 17 de set de 2018
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde: **Guia prático sobre hanseníase.** Brasília/DF, 2017 Disponível Em:<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/22/Guia-Pratico-de-Hanseniase-WEB.pdf> Acesso em: 10 ago 2018.
11. Brasil. Ministério da Saúde. **Guia prático para profissionais da Equipe de Saúde da Família;** 84p.: il. – (Série A. Normas e Manuais técnicos; n.111); 2001.
12. Gomes, A.K.B et al. Plano de intervenção para melhorar o diagnóstico, tratamento e acompanhamento da hanseníase em uma estratégia saúde da família de Belém –Pa. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 2, n. 4, p. 3431-3445 jul./aug. 2019.
13. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/ Organização Mundial da Saúde (OMS) https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5531:opas-oms-apresenta-estrategia-global-e-projeto-para-livrar-brasil-da-hanseniase&Itemid=812 Acesso em 08 de dez. de 2018.

14. Santos, L.F. Circunstâncias associadas ao abandono do tratamento da hanseníase: uma revisão sistemática. 2016. Disponível em: <https://posgraduacaofuneso.files.wordpress.com/2014/10/circunstanc3a2ncias-associadas-ao-abandono-do-tratamento-da-hansenc3adase-uma-revisc3a3o-sistemc3a1tica.pdf>; Acesso em 05 set. 2017.
15. Goulart, M. B.; ARBEX, G. L.; CARNEIRO, M. H.; RODRIGUES, M. S.; Gadia, R. Efeitos adversos da poliquimioterapia em pacientes com hanseníase: Um levantamento de cinco anos em um Centro de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia. **Rev. da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.**
16. Souza, A.A., OLIVEIRA, F.J.F.; COSTA, A.C.P.J.; SANTOS, M.N.; CAVALCANTE, E.F.O.; FERREIRA, A.G.N. Adesão ao tratamento da hanseníase por pacientes acompanhados em unidades básicas de saúde de Imperatriz- Ma, Sobral, **SANARE**, v.12, n.1, p. 06-12, 2013
17. 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) **Rev. Hansen. Int.**, 26 v.11, p. 23-30, 200.
18. Alexandre, A.R.S.; CORRÊA R.; CALDAS, A.J.M; AQUINO, D.M.C. Abandono de tratamento no programa de controle da hanseníase de um hospital universitário em São Luís - Maranhão. **Rev. do Hosp. Univ. da UFMA**, periódico biomédico de divulgação científica do Hosp. Univ.da UFMA, v.1, n.1, 1995. São Luís, 1995 v. 10, n. 1, 2009.
19. Santos, A. S, CASTRO, D.S, FALQUETO A. Fatores de risco para transmissão da Hanseníase Fatores de risco para transmissão da Hanseníase. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, pág. 738-743, nov. de 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000700014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 de agosto de 2017. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000700014>.
20. Fogos, A.R.; Oliveira, E.R.A.; Garcia, M.L.T. Análise dos motivos para o abandono do tratamento: o caso dos pacientes hansenianos da unidade de saúde em carapina/ES. **Rev. Hansen. Int.**v. 25, n. 2, p. 147-156, 2000.