

A Irregularidade dos portadores de hanseníase ao Serviço de Saúde¹

The non-compliance of the Hansen's disease patient to the Health Service

Renilda Rosa Dias Ferreira de Araújo²

Maria Helena Pessini de Oliveira³

RESUMO

Tendo em vista os sérios prejuízos que a hanseníase ocasiona aos seus portadores que interrompem o tratamento, objetivou-se neste estudo identificar os principais motivos da irregularidade dos portadores de hanseníase ao serviço de saúde que presta assistência especializada. O trabalho foi desenvolvido com 57 clientes portadores de Mal de Hansen inscritos no Programa de Controle da Doença, no município de Severínia, Estado de São Paulo, que apresentavam irregularidade ao comparecimento, correspondendo a 39,5%. Levantaram-se as variáveis: sexo, idade, estado civil, ocupação, forma clínica e tipo de tratamento. O motivo de não comparecerem foi avaliado através de entrevistas semi-estruturadas, realizadas nos domicílios. Os resultados apontaram como elementos importantes: acreditar na cura através do uso da medicação e seus efeitos colaterais; os prejuízos financeiros em decorrência da falta de um dia de serviço; a justificativa da ausência no local de trabalho por meio do atestado médico; o longo período de tratamento relacionado a aparente involução das manchas e o uso de bebida alcóolica. A população estudada era predominantemente do sexo masculino (71,9%), entre a faixa etária de 20 a 49 anos (54,3%), casados (70,7%) com ocupação de lavradores (36,8%) e do lar (24,5%), evidenciando as formas clínicas I (43,8%), V ou D (34,5%). Quanto ao tratamento 33,3% dos portadores de hanseníase recebiam o esquema

terapêutico da poliquimioterapia. A pesquisa sugere realização de novos estudos direcionados a busca de medidas efetivas a fim de melhorar a assistência aos portadores de hanseníase e a sua família.

Descritores: Hanseníase, Irregularidade, Serviço de Saúde.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma das mais antigas doenças que acometem o ser humano. Contudo, torna-se difícil afirmar a época exata do seu surgimento. As referências encontradas na literatura datam de 600 a.C e consideram ou a Índia ou a China ou o continente africano como sendo o berço da hanseníase.

A hanseníase na Idade Média atingiu alta prevalência, decrescendo com a melhoria das condições de vida. A América Latina torna-se gradativamente a nova área de endemia mundial; os focos endêmicos persistem na África e Ásia, enquanto na Europa tendia a desaparecer. A penetração da doença nas Américas ocorreu no período da colonização pelos espanhóis e portugueses. No Brasil, os primeiros casos surgiram no século XVII; em São Paulo no século XVIII, no início do ciclo do ouro e posteriormente acompanhou o processo de ocupação do solo (LOWE, 1944; FOUCAULT, 1990; LOMBARDI, 1990).

Nas primeiras décadas do século XX amplia-se o número de construção de asilos no interior do Estado de São Paulo. O atendimento aos clientes de hanseníase reduzia-se a preocupação de afastá-los do convívio social, construindo asilos longe das cidades e obtenção de recursos em forma de esmolas para sua sobrevivência (CRISTOFOLINI et al., 1988). Em 1917, a Lei Federal nº 1596 reorganiza o Serviço Sanitário e torna todas os casos de lepra de notificação compulsória, sendo substituída as ações de caridade pública por ações estatais organizadas (NEMES, 1989).

O surgimento da sulfona no início da década de 1940 modifica o curso da doença. Como consequência, a partir da

Recebido em 13/01/2003. Aceito em 25/06/2003

² Enfermeira, Mestre, Doutoranda do Programa Pós-Graduação Interunidades da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Rua João Antonio Sicoli, nº315, Jardim Maracanã, São José do Rio Preto – SP, CEP 15092-050. E-mail: rerodia@ig.com.br

³ Enfermeira, Professor Livre Docente, docente do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

década de 1950, começaram a abrandar-se as medidas de isolamento compulsório até sua abolição por Decreto Federal em 1962, embora, em São Paulo, somente em 1967 o Departamento de Profilaxia da Lepra normatiza a internação por condições sociais (BELDA, 1974; NEMES, 1989).

A reforma administrativa da Secretaria da Saúde de São Paulo em 1969 ocorreu devido a condições políticas oriundas do golpe militar, criadas pelo processo de descentralização do Estado brasileiro após 1964. Foi extinto o Departamento de Profilaxia da Lepra, os sanatórios foram transformados em Hospitais de Dermatologia Sanitária e, os Dispensários de Lepra, junto com as demais unidades locais, transformados em Centros de Saúde (LESSA, 1986).

Em 1976, passa a ocorrer uma nova fase das práticas sanitárias, a política de extensão de cobertura dos serviços de saúde, alterando as medidas de controle da hanseníase, caracterizada pela ampliação da assistência médica individual prestada pelos Centros de Saúde, subordinada à idéia de ação programática. A extensão da assistência médica a grupos populacionais e não mais para o tratamento de doenças infecciosas específicas como a tuberculose e a hanseníase é que dá especificidade ao modelo tecnológico da Programação (MENDES GONÇALVES, 1986).

O que se alterou na Programação do controle da hanseníase foi a estratégia, a fim de integrá-la às demais atividades dos Programas da Gestante, da Criança e do Adulto. A questão crucial não era como incorporar a assistência médica, mas como articulá-la com o plano geral da Programação, que propunha a integração de fato como forma de tornar mais eficaz o controle da doença, para tanto, normatiza-se as atividades previstas desde as tipicamente médicas como diagnóstico, terapêutica, conduta frente às reações e às incapacidades físicas, biópsia, até os conteúdos das visitas domiciliares, atendimento de enfermagem e trabalhos em grupo através da Portaria nº 165/76 do Ministério da Saúde.

Em 1985, através da revisão da Portaria nº 165/76, do Ministério da Saúde, ocorreram grandes alterações como: ampla participação de técnicos em reuniões no nível central e organizações de usuários, criação dos Comitês Técnico-operacionais, Científico e Social, favorecendo o monitoramento, a avaliação e o controle; implementação da integração docente-assistencial, estabelecimento de convênio com entidades não governamentais obtendo recursos financeiros suplementares para o controle da hanseníase no âmbito nacional (NEMES, 1989).

Houve também, em 1987, a implementação das ações de vigilância epidemiológica e posteriormente a criação da Divisão Técnica de Hanseníase, do Estado de São Paulo, reorganizando o sistema de informação; a elaboração do Plano de Metas para o Controle da Hanseníase no Estado de São Paulo, prevendo atividades para o período de 1991 a 1995 e a sistematização destas ações, objetivando o impacto

epidemiológico no controle da doença. A implantação dos esquemas poliquimioterápicos preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para todas as formas de hanseníase iniciou-se em nosso país de forma gradativa. A partir de 1990 a Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária/Ministério da Saúde (DNDS/MS) oficializa a utilização dos esquemas para todo o país. No estado de São Paulo ocorre ainda a integração com o Instituto Lauro de Souza Lima, implementando o papel de referência técnica do mesmo, e implementação da integração docente-assistencial, com reuniões regulares com os responsáveis pelo ensino de hansenologia nas Faculdades de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, favorecendo a aproximação do aparelho formador à rede de prestação de serviço de saúde, dentro do princípio da coresponsabilidade, na busca de alternativas para os problemas, em que cada ator pode contribuir a partir de sua área de atuação e conhecimento. É relevante salientar que todas os fatos contribuíram para a mudança do perfil epidemiológico da hanseníase no Estado de São Paulo (BRASIL, 1989).

Os resultados alcançados mundialmente levaram a Organização Mundial da Saúde (OMS), da qual o Brasil faz parte, a considerar viável a eliminação da hanseníase até o ano 2000 (mudado depois para o ano 2005) como um problema de saúde pública, isto é, reduzir a endemia a 1 caso para cada 10.000 habitantes.

Aspectos Gerais da Hanseníase

É uma doença dermatológica, infecto contagiosa caracterizada pelo seu grande potencial incapacitante devido ao acometimento dos principais troncos nervosos da face, das mãos e dos pés, gerando deficiências físicas e agravos sociais progressivos (CRISTOFOLINI, 1991; PEDROSA, 1991).

O panorama da hanseníase no Brasil não retrata a realidade da gravidade do problema, uma vez que são poucos os estudos realizados para avaliar as informações sobre os casos em registro ativo de clientes portadores da doença que estão regularmente em dia com o tratamento, além da falta de seguimento dos clientes pela dificuldade do comparecimento e ainda razões relacionadas com fatores operacionais, organizacionais e técnicos (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1989).

Em sua dissertação, Lana (1992, p.15), assim se expressa:

“...a poliquimioterapia viria então com a finalidade de reverter a tendência crescente da hanseníase no Brasil, através da instituição de um novo esquema terapêutico, em substituição ao esquema tradicional, onde se verifica uma baixa eficácia, determinada principalmente por uma baixa adesividade do cliente ao tratamento, considerado muito longo e pela falta de motivação dos profissionais”.

A regularidade na tomada mensal das drogas preconizadas pela OMS é fundamental para o êxito da terapêutica poliquimioterápica. Foi considerado para este estudo o cliente tratado regularmente aquele que completar o número mínimo de doses preconizadas, ou seja, 6 doses em até 9 meses para os paucibacilares (PB) e 24 doses para os multibacilares (MB) em até 36 meses, desde que não ocorram três faltas consecutivas para os PB e quatro faltas consecutivas para os MB. Atualmente segue a determinação do Ministério da Saúde (MS) conforme a Legislação do Controle da Hanseníase (BRASIL, 2001). Entretanto, observa-se que os próprios portadores de hanseníase nem sempre seguem regularmente o tratamento, acarretando sérios prejuízos a si mesmo, como também a família e a comunidade.

A terapêutica prolongada exige do portador de hanseníase um tratamento com regularidade e acompanhamento ambulatorial, o que tem como causas principais a má organização interna dos serviços e a baixa cobertura dos mesmos, obrigando o paciente a grandes deslocamentos na busca de um serviço para o seu diagnóstico.

OBJETIVO

Identificar os principais motivos do comparecimento irregular aos serviços de saúde dos clientes portadores de hanseníase, dentro do Programa de Controle da Hanseníase no município de Severínia, Estado de São Paulo.

MÉTODO

Nesse estudo foi adotado o método descritivo exploratório sobre a irregularidade dos portadores de hanseníase ao serviço de saúde. Realizou-se na Unidade Básica de Saúde III (UBS III), no município de Severínia, Estado de São Paulo, tendo sido analisados 144 prontuários de portadores de hanseníase, através de análise retrospectiva de prontuários e de entrevista semi-estruturada. Optou-se em desenvolvê-lo nesse município por ser considerada uma região de alta endemicidade; a unidade de saúde desenvolvia atividades previstas no Programa de Controle da Hanseníase, contando com uma médica dermatologista sanitária. Foram excluídos da população de estudo os pacientes que mudaram de município durante a realização do trabalho, os andarilhos (indivíduos sem residência fixa) e um doente mental.

Participaram do estudo 57 clientes, maiores de 18 anos, portadores de hanseníase, irregulares no comparecimento ao serviço de saúde, Portaria Ministerial nº 01 de 07 de novembro de 1989, que consentiram em

participar, sendo 41 do sexo masculino e 16 do sexo feminino. Definimos, para esta investigação, como irregularidade ao comparecimento, o ato de deixar de comparecer ao Serviço de Dermatologia da UBS III, 60 dias após a data agendada para continuidade do tratamento, independente da fase em que este se encontrava.

Coleta de Dados

A coleta de dados foi retrospectiva e ocorreu de agosto a dezembro de 1993. Para esta utilizou-se um formulário elaborado, com as correções necessárias para sua devida aplicação após o pré-teste. Nesse formulário foram registradas as informações do portador de hanseníase contemplando: os dados pessoais (idade, sexo, cor, estado civil, ocupação, escolaridade), dados relacionados à patologia (forma clínica, ano de diagnóstico, esquema terapêutico, baciloscopia e Mitsuda) e dados complementares para maior reconhecimento dos clientes (comparecimento, terapêutica e abandono, estigma, interferências no trabalho). A entrevista foi realizada pelo próprio pesquisador com o portador de hanseníase irregular ao comparecimento ao serviço de saúde, em seu domicílio, através da visita domiciliar. Elaborou-se uma questão semi-estruturada indagando o(s) motivo(s) do não comparecimento aos retornos estabelecidos pela UBS III para a seqüência do seu tratamento.

Apresentação e Tratamento dos Dados

Os dados obtidos foram agrupados, relacionados de acordo com sua especificidade e tratados em função da frequência absoluta e dos índices percentuais. São apresentados em tabelas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Evidenciou-se no presente estudo que 39,5% dos portadores de hanseníase estavam irregulares ao comparecimento no atendimento pré-agendado para continuidade do tratamento na UBS III de Severínia. Uma porcentagem da população considerada expressiva, abrangendo homens e mulheres, entre 20 e 70 anos e mais de idade, distribuídos nas formas clínicas Indeterminada (I), Tuberculoide (T), Virchowiana (V) e Dimorfa (D).

Salienou-se na Tabela 1 que a maioria apresentava idade entre 20 a 39 anos (42,1%) e quanto à distribuição por sexo, observou-se uma concentração de clientes irregulares do sexo masculino (71,9%) confirmando outros achados, que citam o predomínio da doença em homens (OLIVEIRA, 1987; CESTARI et al., 1989; CRISTOFOLINI, 1991).

Tabela 1. Distribuição dos portadores de hanseníase, irregulares no comparecimento ao serviço de saúde, segundo faixa etária e sexo.

FAIXA ETÁRIA	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
20 a 29	8	19,5	—	—	8	14,0
30 a 39	12	29,3	4	25,0	16	28,1
40 a 49	5	12,2	2	12,5	7	12,3
50 a 59	4	9,8	4	25,0	8	14,0
60 a 69	6	14,6	4	25,0	10	17,6
70 +	6	14,6	2	12,5	8	14,0
TOTAL	41	100,0	16	100,0	57	100,0

Os resultados revelaram que a maioria dos clientes do sexo masculino irregular ao programa estava distribuída numa faixa etária produtiva, em plena atividade laborativa sendo este um dos motivos que os levaram ao não comparecimento aos retornos programados pelo serviço de saúde, informações obtidas na entrevista.

No ato da visita domiciliar aos portadores de hanseníase, obteve-se relatos que subsidiaram a informação que a irregularidade deveu-se a fatores tais como: horário do atendimento da unidade de saúde que coincide com o período de trabalho dos clientes em tratamento; justificativa da falta ao trabalho com atestado de saúde, não aceita pela instituição empregadora que questionava os trabalhadores quanto ao motivo da ausência ao trabalho. Outro fato está relacionado ao regime contratual de jornada de trabalho (diarista), que não considera o atestado emitido pela instituição de saúde, dando por perdido o dia de trabalho. Conforme a representação das falas:

“...tenho que sair do trabalho no horário da consulta...”, “...muita luta, perder dia de serviço... muito atestado no serviço, é ruim perder dia de serviço”, “... perdi dia de serviço, o exame não fica pronto, perco dia de serviço e aí não ganho nada”, “... o problema com o serviço, o horário é ruim, o posto podia mudar de horário”, “... tenho que perde dia de serviço e a firma não aceita mais atestado, perde o dia faz falta pra mim”, “...parei porque perdia dia de serviço quando ia ao médico”, “... trabalho na laranja, depois perco o dia”, “... trabalho na lavoura de cana, me atrapalha”, “... o serviço não estava aceitando mais atestado”.

O presente estudo apresentou um elevado número de clientes jovens irregulares, levando a suspeita de que o diagnóstico de hanseníase vem ocorrendo de forma precoce, talvez como resultado das ações educativas realizadas a partir dos meados da última década (OLIVEIRA, 1990).

Tabela 2: Distribuição dos portadores de hanseníase, irregulares no comparecimento ao serviço de saúde, segundo estado civil e sexo.

ESTADO CIVIL	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Solteiro	14	34,2	—	—	14	24,6
Casado	26	63,4	14	87,5	40	70,1
Outros	01	2,4	02	12,5	03	5,2
TOTAL	41	100,0	16	100,0	57	100,0

A Tabela 2 mostrou que com relação ao estado civil 70,1% eram casados e ainda a ausência de mulheres solteiras irregulares ao comparecimento no serviço de saúde. Conforme demonstrado na Tabela 3, para o sexo masculino,

51,2% exerciam atividade de lavrador, seguidas de 19,5% aposentados. Quanto ao sexo feminino encontrou-se 87,5% que exerciam atividades relacionadas à vida familiar.

Tabela 3. Distribuição dos portadores de hanseníase, irregulares no comparecimento ao serviço de saúde, segundo ocupação atual e sexo.

OCUPAÇÃO ATUAL	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Lavrador	21	51,2	—	—	21	36,8
Do lar	—	—	14	87,5	14	24,5
Aposentado(a)	08	19,5	01	6,2	09	15,8
Pedreiro	03	7,3	—	—	03	5,2
Motorista	03	7,3	—	—	03	5,2
Tratorista	02	4,8	—	—	02	3,5
Encanador	01	2,5	—	—	01	1,8
Soldado (P.M.)	01	2,5	—	—	01	1,8
Montador	01	2,5	—	—	01	1,8
Professora	—	—	01	6,2	01	1,8
Comerciante	01	2,4	—	—	01	1,8
TOTAL	41	100,0	16	100,0	57	100,0

Observou-se uma população com maior contingente de mão-de-obra não especializada, recebendo como diarista pela prestação de serviço. Segundo Oliveira, 1993, afirmou em seu estudo sobre incidência de doenças e ocupação, que a população mais afetada pertencia a uma classe social econômica baixa, sendo que a maioria executava ocupação braçal doméstica, ou eram desocupados e mendigos, logo a distribuição das atividades ocupacionais do grupo de estudo apresentou-se concordante com a observada em outros estudos.

As conseqüências na vida social e econômica do portador ou ex-portador de hanseníase são em grande parte decorrente da deficiência física (OLIVEIRA, 1990). Estas são marcas indelévels que acompanham o indivíduo e o identificam como portador de hanseníase. Além de alimentar o estigma, podem também limitar as possibilidades de uma vida social produtiva (CRISTOFOLINI, 1991).

Com relação à forma clínica da doença dos clientes irregulares ao programa da UBS III, ressaltou-se que 43,8% apresentavam a forma clínica I; importante comentar que entre esses 64% eram Mitsuda negativos, podendo desenvolver as formas contagiantes caso não completarem regularmente o tratamento, e estavam na faixa etária de 20 a 49 anos, correspondendo a 29,8% (LOMBARDI, 1990).

Alguns autores relatam que a distribuição por forma clínica da doença concentra-se nas formas clínicas V e D (OLIVEIRA, 1987; BRASIL, 1989). No entanto, observou-se resultados diferentes neste estudo, no qual estes achados levam ao questionamento do quanto os clientes acreditam

ou não no diagnóstico clínico, uma vez que na forma clínica I a doença se manifesta através de uma mancha hipocrômica e outros sinais, podendo ou não desaparecer espontaneamente após o tratamento. Esse enfoque pode levar o cliente a interpretação errônea da doença, significando cura o desaparecimento da mancha, fator que pode favorecer a interrupção do tratamento (Tabelas 4 e 5).

De modo geral, os serviços de saúde de Severínia que atendem especificamente os portadores de hanseníase têm desenvolvido ações educativas voltadas para imagem da mancha, aquilo que é visível ao ser humano, sem, entretanto enfatizar o processo evolutivo da doença, em detrimento do indivíduo como ser holístico. Esse enfoque pode levar o cliente à interpretação errônea da doença, vinculando a cura ao desaparecimento das manchas, fator que pode favorecer a interrupção do tratamento, como confirmado por alguns clientes durante a explicação da sua irregularidade ao serviço. Durante as entrevistas encontrou-se com justificativas relacionadas ao desaparecimento da mancha, levando o cliente a crer estar curado quando isto acontecia. No momento que desaparece o quadro "mancha" desaparece a doença; é nítida a falta de informações sobre hanseníase. Por outro lado, deparou-se com situação contrária, a falsa idéia que o tratamento não está surtindo efeito, permanecendo o quadro inicial após o diagnóstico clínico e até mesmo o aparecimento de outras implicações indesejáveis, relatos coletados com a entrevista, conforme os depoimentos:

“... antes a mancha estava crescendo agora só está dormente”, “... a mancha acabou, só coça”, “... não tenho nada, meu corpo está limpo”, “... não sei porque na minha mente eu não tenho nada... as manchas sumiram... acredito que sarei”, “... a mancha ruim, sumiu”.

Outro detalhe evidenciado na Tabela 6, é que 66,7% dos clientes irregulares ao comparecimento, estão incluídos no esquema terapêutico convencional, ou seja, o uso isolado da dapsona. Salientou-se uma certa morosidade nos serviços

de saúde em quase todas as regiões do país, com relação ao processo de implantação da PQT, talvez pelas implicações decorrentes de efeitos colaterais que podem ser encontrados numa proporção pequena de doentes sob esse tipo de tratamento, aliado ao despreparo da própria unidade de saúde em atender prontamente caso ocorram intercorrências imediatas após administração das drogas empregadas neste esquema terapêutico.

As justificativas mais freqüentes apresentadas pelos portadores de hanseníase foram relativas à medicação,

Tabela 4. Distribuição dos portadores de hanseníase, irregulares no comparecimento ao serviço de saúde, segundo faixa etária e forma clínica da doença..

FAIXA ETÁRIA	FORMA CLÍNICA						TOTAL	
	I		T		D ou V		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
20 a 29	4	7,0	2	3,5	2	3,5	8	14,0
30 a 39	8	14,0	3	5,3	5	8,8	16	28,0
40 a 49	5	8,8	2	3,5	—	—	7	12,2
50 a 59	3	5,3	2	3,5	3	5,2	8	14,0
60 a 69	4	7,0	1	1,7	5	8,8	19	17,5
70 +	1	1,7	—	—	7	12,2	8	14,0
TOTAL	25	43,8	10	17,5	22	38,7	57	100,0

Tabela 5. Distribuição dos portadores de hanseníase, irregulares no comparecimento ao serviço de saúde, segundo forma clínica da doença e sexo.

FORMA CLÍNICA	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
I	18	31,6	7	12,3	25	43,8
T	6	10,5	4	7,0	10	17,5
V ou D	17	29,8	5	8,8	22	38,6
TOTAL	41	71,9	16	28,1	57	100,0

Tabela 6. Distribuição dos portadores de hanseníase, irregulares no comparecimento ao serviço de saúde, segundo tipo de tratamento e forma clínica da doença.

TIPO DE TRATAMENTO	FORMA CLÍNICA						TOTAL	
	I		T		D ou V		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
PQT	9	36,0	2	20,0	8	36,4	19	33,3
CONVENCIONAL	16	64,0	8	80,0	14	63,6	38	66,7
TOTAL	25	100,0	10	100	22	100,	57	100,0

apontando a ingestão dos medicamentos como desencadeador de alterações gastrointestinais, mal estar geral, dores generalizadas, febre e outras. Salientou-se ainda uma parcela considerável de portadores que associavam os sintomas indesejáveis com a administração dos medicamentos, motivo que os afastaram dos serviços de saúde.

Outro fato relevante apontado pelos portadores de hanseníase entrevistados foi a interrupção do tratamento em decorrência do uso de bebida alcoólica: “... tomava remédio todo dia e ‘pinga’”, “tomei comprimido demais da conta, já tomei muito... estragou meu rim e soltou a urina, tomava remédio todos os dias depois parei porque bebia aperitivo”, “... o remédio fazia mal quando comia peixe, pimenta e aperitivo, quando bebia pinga não tomava remédio”, “veio a rouquidão, dor nas pernas, quando bebia, não tomava o remédio”.

CONCLUSÕES

Com base nos resultados da pesquisa e de acordo com o objetivo proposto, podemos sugerir as seguintes conclusões:

- do total de portadores de hanseníase do município de Severínia, 39,5% estavam irregulares no comparecimento ao serviço de saúde, uma população expressiva e representativa para a realização do referido estudo; utilizando-se frequência absoluta e índices percentuais;
- a maioria da população irregular encontrava-se distribuída entre a idade de 20 a 49 anos (54,3%), uma faixa etária produtiva em plena atividade laborial. As mulheres concentravam entre 50 a 69 anos de idade;
- houve predominância de homens (71,9%), exercendo a atividade de lavrador, recebendo como diarista pela prestação de serviço (51,2%). Entre as mulheres a ocupação principal foi relacionada ao lar (87,5%);
- quanto a classificação da doença, 43,8% apresentavam a forma clínica Indeterminada e dentre estes 64,0% eram Mitsuda negativo, podendo vir a desenvolver a forma clínica infectante;
- as justificativas dos motivos da irregularidade mais apontados foram: os efeitos colaterais da medicação específica utilizada no tratamento; problemas relativos a sua identificação como portador de hanseníase através da apresentação do atestado médico no local de trabalho; a perda do dia de trabalho, ocasionando prejuízos financeiros para si e sua família e a crença da cura mediante o desaparecimento do sinal da doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo propiciou o confronto com

uma realidade não esperada: a condição precária da existência humana, em uma das regiões mais ricas do Estado de São Paulo, vivendo ou sobrevivendo como produtos sucateados de uma sociedade estigmatizadora. Deparou-se na decorrer das visitas domiciliares, com uma concentração elevada de portadores de hanseníase vivendo em aglomerados isolados, caracterizando os aspectos sociais, discriminatórios, como fatores importantes na avaliação do trabalho, não nos foi possível considerá-lo sem antes externar tais reflexões do social.

Esta investigação aponta para a necessidade de ampliação do período de atendimento, quanto a oportunidade das consultas, facilitando assim o acesso do portador de hanseníase trabalhador, evitando prejuízos financeiros. As ações educativas devem contemplar a dinâmica da Programação de Atividades de Controle da Hanseníase, abordando todos os aspectos relevantes da evolução da patologia e implicações terapêuticas, considerando ainda, os pontos de prevenção de incapacidades físicas e de reabilitação, correlacionando sua ocupação. Para tanto, a presença da equipe de saúde é fundamental na efetivação dessas ações.

ABSTRACT

The objective of this study was to identify the main reasons for patients' irregular attendance at specialized assistance provided by a Health Service. This study was developed with 57 patients, assigned to the Leprosy Control Program in the city of Severínia, State of São Paulo whose irregular attendance corresponded to 39.5%. The variables evaluated were: sex, age, marital status, occupation, assessed clinical classification and treatment procedures. The reasons for non-attendance were assessed through a semi-structured interview, at their homes. The results have shown the belief towards medication and its side effects; financial loss because of missing a working-day; justification for missing work by medical certificate, in addition to the long course of treatment leading to the disappearance of the skin lesions, and to an apparent cure. The population studied was constituted, predominantly, of males (71.9%), between 20 and 49 years (54.3%), married (70.7%), farmer workers (36.8%) and house keepers (24.5%). The disease was distributed in Indeterminate (43.8%), Lepromatous and Borderline (34.5%). Only 33.3% of the patients received the multi-drug therapy (MDT). This work suggests that new studies must be carried out aiming more effective ways to improve assistance to leprosy patients and their families.

Key-words: leprosy, irregularity, health services.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 BELDA, W. *A endemia de hanseníase no Estado de São Paulo, situação atual tendência secular; 1924-1970*. São Paulo, 1974. Tese (Doutor). Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. 210p.
- 2 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Programas Especiais, Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. *Controle da Hanseníase: uma proposta de interação ensino-serviço*. Rio de Janeiro, 1989. 124p.
- 3 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Dermatologia Sanitária. *Guia para utilização de medicamentos e imunobiológicos na área de hanseníase*. Brasília, 2001. 74p.
- 4 CESTARI, T.F.; FERREIRA, J.; LOUREIRO, R. Epidemiologia de hanseníase no Rio Grande do Sul. *An. bras. Derm.*, v.64, n.2, p.271-274, 1989.
- 5 CRISTOFOLINI, L.; OGOSKU, E.F. A enfermagem na hanseníase. *Salusvita*, v.7, n.1, p.99-112, 1988.
- 6 CRISTOFOLINI, L. *Pacientes em quimioterapia anti-hansênica: problemas nasais*. São Paulo, 1991. Tese (Doutor). Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. 110p.
- 7 FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1990.
- 8 LANA, F.C.F. *Organização tecnológica do trabalho em hanseníase com a introdução da poliquimioterapia*. Ribeirão Preto, 1992. Dissertação (Mestre). Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 217p.
- 9 LESSA, Z.L. *Hanseníase e educação em saúde: o confronto entre o conhecimento científico, empírico e tecnológico*. São Paulo, 1986. Dissertação (Mestre). Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. 339p.
- 10 LOMBARDI, C. (coord.). *Hanseníase: epidemiologia e controle*. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 1990. p.13-30. História Natural da Hanseníase.
- 11 LOWE, J. Comenents on the history of leprosy. *Leprosy Rev.*, v.1.n.2-3, p. 54-64, 1944.
- 12 MENDES GONÇALVES, R.B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo, 1986. Tese (Doutor). Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. 416p.
- 13 NEMES, M.I.B. *A hanseníase e as práticas sanitárias em São Paulo: 10 anos de subprograma de controle da hanseníase na Secretaria de Estado da Saúde (1977-1987)*. São Paulo: USP, 1989. Dissertação (Mestre). Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. 194p.
- 14 OLIVEIRA, M.H.P. *Incapacidades físicas em portadores de hanseníase*. Ribeirão Preto, 1987. Tese (doutorado). Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 111p.
- 15 _____. Reações emocionais dos hansenianos portadores de deformidades físicas. *Hansen. int.*, v.15, n.1-2, p. 16-23, 1990.
- 16 _____. Associação entre atividades ocupacionais dos hansenianos e incapacidades físicas. *Rev. bras. Enf.*, v.46, n. 3-4, p. 279-84, Jul/Dez., 1993.
- 16 OPROMOLLA, D.V.A. *Noções de hansenologia*. Bauru: Instituto Lauro de Souza Lima, 2000.
- 17 ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. *Manual para o controle da lepra*. 2ed. Washington: OPAS/OMS, 1989. 124p.
- 18 PEDROSA, L.A.K. *Crenças das pessoas portadoras de hanseníase sobre sua doença: base para a compreensão de suas ações em saúde*. Ribeirão Preto, 1991. Dissertação (Mestre). Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 157p.