

Estudo da adesão ao tratamento da hanseníase no município de Duque de Caxias Rio de Janeiro.

"Abandonos ou abandonados"

Study of adhesion to treatment of the leprosy in municipal district of Duque de Caxias - Rio de Janeiro Abandoning or abandoned?

Eliane Ignotti¹

Vera L.G. Andrade²

Paulo C. Sabroza³

Adauto J. G. Araújo⁴

RESUMO

Este estudo teve por objetivo analisar os fatores determinantes do abandono do tratamento da hanseníase no município de Duque de Caxias, região metropolitana do Rio de Janeiro, área hiperendêmica com um dos maiores índices de abandono do tratamento no Estado nos últimos anos. Dos 855 casos notificados entre 1995 e 1997, construíram-se coortes administrativas com 483 pacientes, 160 casos multibacilares e 323 paucibacilares. Destes, 73 casos estavam classificados pelo nível local como em abandono de tratamento. Verificou-se que os casos multibacilares têm o dobro de chance de abandonar o tratamento em relação aos casos paucibacilares (RPC= 2,07 (1,21 - 3,55)). Este aspecto tem especial relevância quando consideramos que tais casos apresentaram até cinco vezes mais incapacidades físicas que os casos paucibacilares. Na análise espacial observou-se que tanto a detecção quanto o

abandono distribuem-se por toda área do município. Os resultados mostram que as taxas de abandono estão superestimadas, quando avaliadas segundo o atual esquema terapêutico proposto para casos multibacilares. Além disso, ao se considerar o índice de adesão, tais casos não têm significado epidemiológico na manutenção da transmissão da hanseníase visto que apenas 3,5% dos pacientes receberam doses insuficientes. Para um maior sucesso no controle desta endemia recomenda-se que as estratégias adotadas sejam voltadas para a detecção precoce de casos, o que terá influência na redução do abandono do tratamento.

Descritores: Hanseníase; Abandono; Adesão; Análise espacial; Rio de Janeiro.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a assistência aos casos de hanseníase é considerada de absoluta responsabilidade do setor público, no que concerne ao diagnóstico, ao tratamento e medidas de controle. Segundo o Ministério da Saúde (1994a), o controle da hanseníase tem como um dos empecilhos o problema do abandono do tratamento e reconhece que os dados sobre abandono não refletem a realidade, por deficiências no sistema de informação.

O indicador operacional "Percentual de Abandono de Tratamento", é medido pelo número de casos em registro ativo que não comparecem ao serviço de saúde há mais de 12 meses, dividido pelo total de casos em registro ativo em 31 /12/ano (MS,1994b).

¹Doutoranda em Saúde e Ambiente (Instituto de Saúde Coletiva-ISC/Universidade Federal de Mato Grosso/UFMT), Professora Auxiliar - Universidade Estadual de Mato Grosso/UNEMAT - Rua Coronel Neto 193, apto 601 - Bairro Goiabeiras, Cuiabá - Cep - 78.005.000 - e-mail - eignotti@uol.com.br

² Assessora do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e Epidemiologista da Coordenação Geral de Controle e Avaliação - Secretarie de Estado de Saúde do Rio de Janeiro - R. General Glicério n 82/704 - Laranjeiras - Rio de Janeiro - CEP - 22.245-120 - Brasil - e-mail vandrade@ism.com.br ou vera@saude.gov.br

³ Pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) Rua Leopoldo Bulhões 1480 - Departamento de Endemias Samuel Pessoa - Rio de Janeiro - RJ - e-mail: sabroza@ensp.fiocruz.br

⁴Pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) - Rua Leopoldo Bulhões 1480 - Departamento de Endemias Samuel Pessoa - Rio de Janeiro - RJ - e-mail: adauto@ensp.fiocruz.br

As implicações do abandono do tratamento incidem sobre os casos que apresentam formas infectantes como fontes mantenedoras de infecção que, segundo Bechelli & Domínguez (1972), dificultam a avaliação da verdadeira magnitude da epidemia medida pelo indicador prevalência, além do risco do desenvolvimento de incapacidades físicas para o portador. O indicador operacional "percentual de casos em abandono de tratamento" pode ser considerado como indicador negativo, refletindo fracasso dos serviços de saúde em acompanhar o portador de hanseníase (Andrade et al., 1998). Neste estudo foram analisados os fatores determinantes do abandono do tratamento da hanseníase no município de Duque de Caxias, região metropolitana do Rio de Janeiro nos anos de 1995, 1996 e 1997, área hiperendêmica, com um dos maiores índices de abandono do tratamento do Estado nos últimos anos.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo transversal realizado em 1998, com dados referentes aos 855 casos novos de hanseníase notificados no Centro de Saúde de Duque de Caxias nos anos de 1995, 1996 e 1997. A partir da data de detecção dos casos, as coortes administrativas de análise foram construídas. Detectados em 1995 na coorte de 1995, detectados em 1996 na coorte de 1996 e de 1997 na coorte de 1997. Considerando-se ainda, como tempo mínimo de estudo o período entre tratamento e possível abandono, desta forma trabalhamos como 36 meses para multibacilares (MB) e 18 meses para paucibacilares (PB), totalizando 483 casos, 160 (MB) e 323 (PB). A variável dependente foi dicotomizada em abandono e não-abandono de tratamento e, como variáveis independentes à classificação operacional, sexo, idade, forma clínica, grau de incapacidade, estado reacional e atendimento pela fisioterapia, enfermagem e serviço social.

O *Coefficiente Médio de Detecção de Casos Novos* foi construído tendo como numerador a média do número de casos novos notificados (1995 a 1997), dividida pela população referente à metade do período; o *Percentual de Abandono de Tratamento* é resultado da divisão do total de casos em abandono de tratamento pelo número total de casos notificados, incluídos na coorte em estudo, multiplicado por 100. Os parâmetros para a estratificação dos indicadores são os recomendados pelo Ministério da Saúde (1994b). Para a frequência ou regularidade no tratamento verificamos o número de doses tomadas, número de meses frequentados no Centro de Saúde e utilizamos o critério de cálculo do índice de adesão, baseado nas doses tomadas (observadas) divididas pelas doses estimadas (prescritas). Segundo o Ministério da Saúde (1998), considera-se tratamento regular os pacientes que receberam 75% ou mais por cento das doses (> 75%),

irregular > 66% e insuficiente àqueles pacientes que receberam menos de 66% das doses prescritas.

Na análise espacial buscou-se verificar a associação entre o coeficiente geral de detecção de casos novos e o percentual de abandono de tratamento da hanseníase nos 40 bairros do município.

Para o banco de dados georeferenciado e na construção de mapas temáticos foi utilizado o *software* de geoprocessamento Map-Info 4.0. Na análise bivarida e estabeleceu-se como nível de significância os valores dentro do intervalo de confiança de 95% e P valor < 0,05. Na verificação de correlação na distribuição espacial utilizou-se o teste de correlação de Person com o mesmo nível de significância da análise bivariada.

O Município de Duque de Caxias

Duque de Caxias localizado na Região Metro-politana do Estado do Rio de Janeiro, com 710.9117 habitantes, apresentou o maior número de casos de hanseníase registrados do Estado no período de análise, excluindo-se a capital do Estado (SES-RJ, 1997). Na condição de gestão plena do sistema municipal de saúde desde junho de 1998, possui 109 unidades de saúde, das quais 70 (64,2%) são municipais (MS, 1998). No período estudado, o atendimento ao doente de hanseníase era prestado em uma única unidade de saúde.

RESULTADOS

Dos 483 pacientes, 73 casos (15,1%) foram classificados como em abandono de tratamento PQT-OMS (Poliquimioterapia — Organização Mundial de Saúde) e 410 (84,9%) como não-abandono. A tabela 1 mostra que a maior frequência dos casos em abandono de tratamento foi os multibacilares, seguidos dos casos que não foram atendidos pela enfermagem, serviço social ou pela fisioterapia. Na análise de possíveis associações do abandono com as variáveis em estudo verifica-se que apenas a classificação operacional e o atendimento pela enfermagem, serviço social e fisioterapia estão associados ao abandono do tratamento da hanseníase. Conclui-se que, para cada caso paucibacilar em abandono do tratamento existe o dobro de casos multibacilares em abandono.

Na tabela 2, observa-se que os casos em abandono de tratamento recebem em média, apenas as primeiras doses. Considerando que a mediana representa a metade dos pacientes analisados em cada grupo, verifica-se que a metade dos casos paucibacilares em abandono de tratamento recebe no máximo três doses, e que metade dos casos multibacilares recebem no máximo oito doses. Conclui-se que, mesmo aumentando o tempo de tratamento para os limites de tempo máximos

recomendados (9 meses para PB e 36 meses para MB), em média o abandono ocorre após o terceiro mês para PB e após o nono mês para MB.

Na tabela 3 observa-se que 6 pacientes (16,2%) receberam doses regulares, 7 (18,9%) doses irregulares e 24 (64,9%) dos casos paucibacilares em abandono receberam doses insuficientes, considerando seis meses de tratamento. Aumentando o tempo de tratamento ou tolerância para nove meses de tratamento, nenhum caso pode ser considerado regular e ocorre um aumento no número de casos com doses insuficientes para (91,9%). Em 24 meses de tratamento, para os casos multibacilares em abandono, 3 (8,4%) receberam doses regulares, nenhum caso foi considerado irregular e 33 (91,7%) receberam doses insuficientes. Quando se analisam os multibacilares com possibilidade de finalizarem seu tratamento em 36 meses, nenhum caso foi regular, 11,1% foram irregulares e 88,9% dos pacientes receberam doses insuficientes.

Para melhor esclarecer a situação dos casos de hanseníase multibacilares em abandono, que receberam doses insuficientes em 24 meses de tratamento, as informações de registros de visitas domiciliares e do banco de dados da SES-RJ mostram, no quadro a seguir, que dos 33 pacientes, 16 não eram casos propriamente em abandono, com 9 falsos abandonos, ficando 17 casos a serem considerados como verdadeiros abandonos de

tratamento, o que corresponde a 3,5% da coorte em estudo. Conclui-se que as taxas de abandono de tratamento apresentadas estão superestimadas. Dos 73 casos registrados como em abandono de tratamento pelo serviço, na realidade somente 17 casos são verdadeiras fontes de preocupação das principais atividades de controle, apresentados na tabela 4. Dentre os 17 casos, não foi possível distingui-los segundo as variáveis estudadas. Os casos pertenciam a ambos os sexos, com idades variando dos 9 aos 54 anos, com 1 a 10 doses tomadas, grau de incapacidade no máximo I e ocupações diversas.

A distribuição espacial mostra uma associação significativa entre os casos categorizados como abandono do tratamento da hanseníase e os bairros onde os mesmos casos foram detectados (Person 0,36 e $p = 0,022$). O mapa mostra uma distribuição diferenciada em índices de detecção "alto" e "muito alto" em quase todo o município, atingindo bairros em todos os distritos. Considerando os coeficientes gerais de detecção de casos novos por bairros, os maiores índices foram identificados nos bairros: Jardim 25 de agosto (2), Vila São Luiz (3), Parque Sarapuí (11), Vila São José (12), Pilar (15), Cidade dos Meninos (17), Parque Eldorado (24), Santa Cruz da Serra (25), Taquara (33), Amapá (36), Parque Capivari (37). Contudo, os bairros Parque Sarapuí (11), Cidade dos Meninos (17), Taquara (33) e Parque Capivari (37) possuem menos de três casos de

TABELA 1 - Características dos casos de hanseníase diagnosticados em Duque de Caxias -Rio de Janeiro, de 1995 a 1997, segundo abandono do tratamento.

Variáveis	Categorias	Abandono		Não-abandono		RPC (IC -95%)	p valor
		N°	%	N°	%		
Classificação* Operacional	MB	36	21,6	131	88,3	2,07	0,004
	P13	37	11,7	279	78,4	(1w1 -3,55)	
Sexo	M	32	16,8	158	83,1	1,24	0,393
	F	41	14,0	252	86,0	(0,73 - 2,13)	
Idade	15 anos	9	18,8	39	81,2	1,31	0,489
	> 14 anos	64	17,5	364	82,5	(0,56 - 2,99)	
Incapacidade Física	Sem	49	13,4	317	86,6	1,58	0,233
	Com	10	19,6	41	80,4	(0,69 - 3,53)	
Estado Reacional	Sem	52	15,4	286	84,6	0,93	0,799
	Com	21	14,5	124	85,5	(0,52 - 1,67)	
Serviço Social	Não	24	23,8	77	76,2	2,11	0,006
	Sim	49	12,8	333	87,2	(1,18 - 3,79)	
Enfermagem	Não	59	25,8	170	4,2	5,95	0,000
	Sim	14	5,5	240	94,5	(3,11 - 11,56)	
Fisioterapia	Não	33	25,8	95	74,2	2,74	0,000
	Sim	40	11,3	315	88,7	(1,58 - 4,72)	

MB - multibacilares; PB - paucibacilares

TABELA 2. Número de doses tomadas em PQT-OMS, por classificação operacional, segundo abandono do tratamento, município de Duque de Caxias - Rio de Janeiro (1995 - 1997)

	PB				MB			
	Abandono		Não-abandono		Abandono		Não-abandono	
	6 meses	9 meses	6 meses	9 meses	24 meses	36 meses	24 meses	36 meses
	n=37	n=37	n=279	n=279	n=36	n=36	n=131	n=131
Média	2,9	3,0	5,7	6,0	8,0	9,3	21,8	23,4
Desvio padrão	1,4	1,5	0,6	0,4	5,8	7,2	4,1	9,8
Mediana	3	3	6	6	8	8	24	24

TABELA 3. Aderência dos casos em abandono de tratamento, segundo a classificação operacional, município de Duque de Caxias - Rio de Janeiro (1995 - 1997)

Classificação Operacional/ Tempo de tratamento	Indicadores de Aderência					
	Regular		Irregular		Insuficiente	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PB (6 meses)	6	16,2	7	18,9	24	64,9
PB (9 meses)	-	-	3	8,1	34	91,9
MB (24 meses)	3	8,4	-	-	33	91,7
MB (36 meses)	-	-	4	11,1	32	88,9

TABELA 4. Situação dos 33 pacientes multibacilares em abandono de tratamento que receberam doses insuficientes em 24 meses de tratamento, Município de Duque de Caxias, RJ, 1995- 1997.

Situação dos pacientes	Nº
Residentes em outros municípios	6
Em tratamento em outros municípios*	2
Em tratamento em outro Estado**	1
Alta após retorno em 1998	1
Mudou-se do município**	1
Receberam mais de 12 doses***	5
Total	16

(*) Registro da SES/RJ

(**) Registro do serviço social

(***) recomendação para unidades de referência (MS, 1998)

hanseníase cada um, apresentando elevados coeficientes de detecção em função do reduzido número de habitantes em cada localidade.

A observação da estratificação por bairros, segundo percentual de abandono de tratamento, apresenta os percentuais qualificados como "regular" e "precário" nos mesmos bairros com índices de detecção qualificados como "alto" e "muito alto," com exceção dos bairros: cidade dos Meninos (17), Amapá (36) e Parque Capivari (37).

Código de bairros do município de Duque de Caxias — Rio de Janeiro:

- | | |
|------------------------|----------------------------|
| 1) Parque Duque | 21) Saracuruna |
| 2) Jardim 25 de Agosto | 22) Chácara Rio-Petrópolis |
| 3) Vila São Luiz | 23) Chácara Arcampo |
| 4) Doutor Laureano | 24) Parque Eldorado |
| 5) Gramacho | 25) Santa Cruz da Serra |
| 6) Olavo Bilac | 26) Parada Morabi |
| 7) Centenário | 27) Jardim Anhangá |
| 8) Periquitos | 28) Cidade Parque Paulista |
| 9) Bar dos Cavaleiros | 29) Barro Branco |
| 10) Centro | 30) Imbariê |
| 11) Parque Sarapuí | 31) Santa Lúcia |
| 12) Vila São José | 32) Parada Angélica |
| 13) Parque Fluminense | 33) Taquara |
| 14) São Bento | 34) Santo Antônio |
| 15) Pilar | 35) Alto da Serra |
| 16) Campos Elíseos | 36) Amapá |
| 17) Cidade dos Meninos | 37) Parque Capivari |
| 18) Figueira | 38) Lamarão |
| 19) Jardim Primavera | 39) Mantiquira |
| 20) Cangulo | 40) Xerém |

DISCUSSÃO

A discussão sobre o abandono do tratamento da hanseníase implica numa reflexão sobre o risco de transmissão dos casos bacilíferos detectados e não tratados adequadamente, do risco de desenvolvimento de incapacidades físicas, com conseqüências econômicas e sociais, além do risco do desenvolvimento de formas bacilíferas fármaco-resistentes às drogas atualmente utilizadas como melhor esquema terapêutico.

O fato de o abandono ocorrer no início do tratamento, sugere a importância dos primeiros contatos do paciente com o serviço de saúde. O primeiro contato refere-se a todo o caminho percorrido pelo paciente que busca atendimento, desde a recepção, a equipe de auxiliares e técnicos de enfermagem até o atendimento médico propriamente dito. Andrade (1995), identifica problemas como a falta de motivação (para o qual contribuem os baixos salários), a multiplicidade de ações, a pouca integração com os demais serviços de saúde, a falta de conhecimento sobre a doença, a rotatividade de pessoal,

o desconhecimento das normas e a não-credibilidade na cura da hanseníase como fatores com implicações na adesão ao tratamento, sugerindo que nos primeiros contatos com o paciente, toda atenção deve ser empreendida do sentido de conseguir a credibilidade dos serviços, fornecendo toda informação que o paciente requer para compreender a doença e o tratamento que lhe é oferecido. Obviamente que uma sobrecarga de demanda interfere na relação dos profissionais de saúde e pacientes.

Assim com Sylla et al. (1994), verificamos a relevância da classificação operacional sobre a adesão ao tratamento com o dobro de chance de abandono para os casos multibacilares. A diferenciação dos pacientes por classificação operacional não envolve apenas o tempo do tratamento prescrito, mas questões relacionadas à gravidade da doença. As formas bacilíferas (mais graves) diretamente ligadas ao diagnóstico tardio (WHO, 1989), indicam um convívio mais longo com os sinais e sintomas que possivelmente possam gerar uma descrença no diagnóstico e prognóstico.

O fator idade, categorizado por faixa etária, mostra que no conjunto de indivíduos em "idade produtiva," também designados pela demografia como "população potencialmente ativa," concentra-se os 64 dos 73 casos em abandono de tratamento. No Brasil, o pico de atividade produtiva para ambos os sexos está entre 25 e 59 anos (IBGE, 1993). Na Tanzânia, Hertroijs (1974), na Índia, Koticha et al. (1984) e no Nepal, Trier & Soldenhoff (1991) verificaram maior irregularidade entre menores de 20 anos. Estudamos faixa etária diferenciando o grupo de menores de 15 anos como propõem os indicadores do Programa de Controle da Hanseníase e analisamos os casos maiores de 15 anos compondo dois grupos, considerando que indivíduos maiores de 59 anos pudessem se diferenciar dos indivíduos de 15 a 59 anos. Os dados globais indicam que os maiores problemas na adesão ao tratamento atinjam adultos jovens, provavelmente pelo modo de vida, na busca pela inserção no mercado de trabalho e pela dificuldade em cumprir com as normas dos serviços de saúde no que concerne aos dias e horários de atendimento, ou seja, as normas dos serviços de saúde, com diferenças entre os vários países. Apesar de não ter havido significância estatística, no caso estudado, sabe-se que, os pacientes devem adequar-se a programação de horários de atendimento dos serviços e não o atendimento ser adequado às necessidades dos pacientes.

Segundo os dados da OMS (1989), em todo o mundo a maior prevalência de hanseníase ocorre também no sexo masculino. Nos estudos sobre adesão, Hertroijs (1974) e Rao et al. (1969) verificaram menor adesão ao tratamento no sexo masculino. Em Duque de Caxias, chamam atenção a alta prevalência em mulheres e a ausência de diferença na chance de abandono de tratamento entre os sexos. A análise

da variável sexo, como fator de exposição ao abandono do tratamento da hanseníase, não pode ser comparada apenas quantitativamente com outros países, em virtude da diferente inserção da mulher na sociedade e de sua acessibilidade aos serviços de saúde. Em Duque de Caxias, de modo geral, são as mulheres que têm maior contato com os serviços públicos de saúde, sendo elas que acompanham os membros da família na busca de atendimento. Assim, poder-se-ia dizer que a mulher tem maior facilidade de acesso aos serviços para expressar suas dúvidas e queixas. Oliveira & Romanelli (1998) descrevem o papel da mulher na atenção à saúde informal dos seus familiares, funcionando como "agente transmissor dos cuidados e assistência às crianças, aos idosos, aos doentes e aos incapacitados física e mentalmente". Isto explicaria apenas a maior detecção de hanseníase em mulheres e não o fato de serem as mulheres multibacilares que apresentam maior chance de abandono de tratamento, cabendo provavelmente uma investigação qualitativa sobre o modo de vida e representações sociais deste grupo.

Em concordância com os resultados apresentados, podemos concluir que a denominação "casos em abandono de tratamento" reduz-se a uma figura administrativa, que sofre influência de fluxo e qualidade dos registros do sistema de informação entre o nível local e central. Os resultados aqui apresentados também mostram uma influência dos profissionais responsáveis pelo atendimento nos casos de abandono.

Andrade (1994) e Martelli et al. (1995) avaliaram a distribuição espacial da prevalência da hanseníase em áreas urbanas do Brasil, ressaltando aspectos não abordados neste estudo como o modo de ocupação (migração) nas unidades de análise. Os resultados apresentados sobre o município do Duque de Caxias indicam uma desigualdade de acesso aos serviços de saúde ao considerarmos a localização da única unidade a prestar atendimento ao doente de hanseníase em relação aos bairros onde se encontram tanto os maiores percentuais de detecção, quanto de abandono de tratamento.

Aplicando-se o argumento utilizado por Naik & More (1996), referindo-se a "falsos abandonos", deve-se dar atenção à avaliação dos "verdadeiros abandonos". O modo como o índice de adesão é construído, provoca um aumento no número de casos que recebem doses insuficientes ao expandirmos o tempo estimado para tratamento. Contudo, se avaliado cuidadosamente, pode fornecer informações necessárias e relevantes sobre os casos que possam constituir fontes de manutenção da transmissão da hanseníase.

Na implementação do "Plano de Eliminação da Hanseníase", a redução da prevalência depende da

estratificação do processo de atendimento e planejamento em todos os níveis e envolvimento do nível mais periférico dos sistemas de cuidados em saúde (OMS, 1995). A estratificação e descentralização envolvem desde o treinamento do pessoal, com central de informações na própria localidade e melhoria da acessibilidade a poliquimioterapia. Desta forma, o município de Duque de Caxias com quase setecentos mil habitantes e praticamente todo urbanizado, não poderia contar apenas com um sistema de informações centralizado na Coordenação Estadual e somente então, planejar estratégias de recuperação destes casos. Como descreveu Andrade (1998), a análise centralizada do indicador percentual de casos em abandono, sem o aperfeiçoamento necessário de um processo de análise a nível local, aporta um tipo de informação, a partir da qual poucas intervenções gerenciais podem ser desenvolvidas. No momento em que o processamento e a análise desses casos são realizados, os pacientes já estão sem receber o tratamento há muitos meses. Com essa rotina de controle, fica evidente a dificuldade de monitorar mensalmente o tratamento dos casos, que têm levado à alta frequência de abandono do tratamento e ao desconhecimento sobre a situação dos indivíduos; mesmo que o serviço de saúde local possa contar com o trabalho do visitador domiciliar em condições regulares de trabalho, dificilmente este profissional conseguirá conhecer todas as áreas de um município de grande porte para recuperação dos casos faltosos. Um serviço centralizado geralmente tem seus profissionais trabalhando sob tensão por demanda reprimida em busca de atendimento mais rápido possível.

O município de Duque de Caxias, utilizando-se do indicador de adesão, poderá retomar a vigilância epidemiológica no controle da hanseníase, com otimização do trabalho, voltando-se para um menor número de casos que verdadeiramente demandem essa intervenção.

CONCLUSÕES

Os registros a nível local possibilitam a avaliação da endemia hanseníase e a utilização pela coordenação municipal no planejamento das atividades para o controle e melhoria da atenção aos pacientes e/ou população de risco. O abandono do tratamento ocorre nos primeiros meses de tratamento, independente da classificação operacional, e pacientes multibacilares têm o dobro de chance de abandonarem o tratamento, tendo relação direta com o diagnóstico tardio. Assim, os resultados nos levam a crer que o empenho na detecção precoce do maior número de casos será decisivo na redução do número de casos em abandono de tratamento e de suas conseqüências.

ABSTRACT

The objective of this research was to analyze the most important determinants of leprosy treatment default in the municipality of Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brazil, which is an area of high endemicity for leprosy and presents one of the highest rates of treatment default in the state. From the 855 cases reported between 1995 and 1997, administrative cohorts were built with a total of 483 patients, 160 multibacillary and 323 paucibacillary cases. Seventy-three cases were registered at the local level as treatment default. It was observed that multibacillary cases have twice the chance of defaulting treatment when compared to paucibacillary cases (OR= 2,07 (1,21 - 3,55)). This is of special interest when considering that multibacillary cases present up to five times more physical disability than

paucibacillary cases. GIS analysis showed that both detection and treatment default are distributed throughout the entire municipality. The results indicate that the rates of treatment default are overestimated when considering the current treatment protocol proposed for multibacillary cases. In addition, when analyzing the compliance indices, these cases are of no epidemiologic importance for the maintenance of leprosy transmission since only 3.5% of the patients received insufficient doses. To increase the success in the control of leprosy it is recommended that the strategies adopted focus on early detection, which will influence on the reduction of treatment default.

Uniterms: Leprosy; Default; Compliance; Geographic Information System; Rio de Janeiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDRADE, V.L.G.; SABROZA, P.C.; ALBUQUERQUE, M.F.M.; MOITA, P. Monitoring the elimination of leprosy in Brazil. *Inter. J. Leprosy*, v.66, n.4, p.457-463, 1998.
2. ANDRADE, V.L.G. A urbanização do tratamento da hanseníase. *Hansen. Int.*, v.20, n.2, p.51-59, 1995.
3. ANDRADE, V.L.G.; SABROZA, P.C.; ARAÚJO, A.J.G. Fatores associados ao domicílio e a família na determinação da hanseníase, Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.10, n.2, p.281-292, 1994.
7. BECHELLI, L. M.; DOMINGUES, V.M. Further information on leprosy problem in the world. *Bull. World Health Org.*, v.46, p.523 - 536, 1972.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. SIA/SUS Sistema de Informações Ambulatoriais. Brasília, 1998a. Disponível na INTERNET via <http://www.datasus.gov.br>, consultado em outubro de 1998.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. *Guia de controle da hanseníase*. Brasília, 1994b.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. *Alterações nas instruções normativas do Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase*. Ofício circular n.º 67. Brasília, 1988b. (Mimeo).
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. *Manual de normas e procedimentos para implantação dos esquemas OMS de poliquimioterapia no Brasil*. Brasília, 1988. (Mimeo).
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. *Relatório do grupo tarefa sobre aspectos sociais*. Brasília, 1994a. (Mimeo).
10. H. ERTROIJS, A. A Study of some factors affecting the attendance of patients in a leprosy control scheme. *Inter. J. Leprosy*, v.42, n.4, p. 419-427, 1974.
11. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico 1991. *Resultados do universo relativos às características da população e dos domicílios*. Rio de Janeiro, 1993.
12. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Contagem Populacional de 1996*. Rio de Janeiro, 1997.
14. KOTICHA, K.K.; PATRE, B.B.; NAIR, P.R.R. Problems of urban leprosy control with special reference to case holding. *Inter. J. Leprosy*, v.52, n.4, p. 482-487, 1984.
15. MARTELLI, C.M.T.; MORAES NETO, O.L.; ANDRADE, A.L.S.S.; SILVA, I.M.; ZICKER, F. Spatial patterns of leprosy in an urban area of Central Brazil. *Bull. World Health Org.*, v.73, n.3, p.315-319, 1995.
15. NAIK, S.S.; MORE, P.R. The pattern of "dropout" of smear-positive cases at an urban leprosy centre. *Indian J. Leprosy*, v.68, n.2, p.161-166, 1996.

16. OLIVEIRA, M. H. P.; ROMANELLI, G. Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero. *Cad. Saúde Pública*, v.14, n.1, 1998.
18. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Guide de la lutte antilépreuse*. 10 ed. Geneve, 1989. p.6-8.
20. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Um guia para eliminar a hanseníase como problema de saúde pública*. Genébra, 1995. (WHO/LEP/95.1).
22. RAO, P.S.S.; KARAT, A.B.A.; KARAT, S. Epidemiological studies in leprosy in Gudiyatham Taluk (patterns of familial aggregation of leprosy in an endemic area). *Leprosy Rev.*,v.40, p.93-98, 1969.
20. RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Planejamento de Duque de Caxias. *Considerações gerais sobre o espaço urbano, condições de saúde e a tuberculose em Duque de Caxias - Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, 1997. (Mimeo).
21. SYLLA, PM.; BLANC, L.; SOW, S.; DIALLO, A. S. Facteurs determinants de l'irrégularité des malades sous PCT dans le distTict de Bamako (Mali). *Acta Leprol.* v.9, n.2, p.68-75, 1994.
22. TRIER, Y.D.M.; SOLDENHOFF, R. Self-administered dapsone compliance of leprosy patients in EasteTn Nepal. *Leprosy Rev*, v.62, p.53-57, 1991.
23. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Chemotherapy of leprosy for control programmes*. Geneva, 1989. (Techical Report Series, 675).