

Maylla Moura Araújo¹
 Joyce Huanna de Souza Silva²
 André Cipriano Saraiva Gomes³
 Lauro Rodolpho Soares Lopes⁴
 Rosemarie Brandim Marques⁵

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES QUE ABANDONARAM O TRATAMENTO DE HANSENÍASE

Clinical and epidemiological profile of patients who dropped out leprosy treatment

RESUMO

O controle da hanseníase depende de um tratamento com a dose completa em até 18 meses, o abandono implica na transmissão e em quadros de incapacidade física. **OBJETIVO:** O objetivo da pesquisa foi identificar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes que abandonaram o tratamento de hanseníase em Teresina-PI. **MATERIAL E MÉTODOS:** Trata-se de um estudo de natureza descritiva, transversal, com abordagem quantitativa. Os dados referentes a esses indivíduos nas coortes de 2011 a 2014 foram obtidos por meio do Sistema de Informações de Agravos de Notificação. **RESULTADOS:** Do total de 1770 casos de hanseníase notificados nesse período, 34 casos foram considerados abandono de tratamento. Verificou-se que 54,9% eram homens, 79,5% estavam na faixa etária de 15 a 59 anos, 68% eram pardos e 59% tinham até 3 anos de escolaridade. A maioria dos casos de abandono era pacientes multibacilares (61,8%) e 32% apresentava a forma dimorfa. A maior parte dos diagnósticos deu-se por demanda espontânea (55,8%). No momento do diagnóstico, 29,4% dos pacientes possuía algum grau de incapacidade física. Pacientes multibacilares tiveram uma média de 3,6 contatos, sendo que cerca da

Araújo MM, Silva JHS, Gomes ACS, Lopes LRS, Marques RB. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes que abandonaram o tratamento de hanseníase. *Hansen Int.* 2014; 39 (2): p. 55-63.

metade foram examinados. Com relação à suspensão da poliquimioterapia, observa-se que paucibacilares tomaram 1,84 doses, enquanto multibacilares, 6,94 doses. **CONCLUSÃO:** Os multibacilares apresentaram menor adesão ao tratamento, evidenciando maior risco de transmissão. Fazem-se necessárias campanhas de detecção da doença, para evitar sua evolução e as consequentes incapacidades físicas, e ainda reduzir possibilidade de transmissão entre contatos.

Palavras-chave: Hanseníase; Epidemiologia; Suspensão de Tratamento

Artigo recebido em 10/2/2015

Artigo aprovado em 27/7/2015

- 1 Graduanda do Curso de Medicina da Faculdade Integral Diferencial – FACID | DeVry.
- 2 Graduanda do Curso de Medicina da Faculdade Integral Diferencial – FACID | DeVry.
- 3 Graduando do Curso de Medicina do Centro Universitário da Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí – UNINOVAFAPI.
- 4 Professor da disciplina de Dermatologia do Curso de Medicina da Faculdade Integral Diferencial – FACID | DeVry, Mestrado em Ciências e Saúde pela Universidade Federal do Piauí.
- 5 Professora da disciplina de Epidemiologia do Curso de Medicina da Faculdade Integral Diferencial – FACID | DeVry, Doutorado em Biotecnologia de Recursos Naturais pela Universidade Federal do Piauí.

ABSTRACT

Leprosy control depends on a treatment based on full dose within 18 months, the dropping out of the treatment implies in transmission and development of disability. OBJECTIVE: The objective of the study was to identify the clinical and epidemiological profile of patients who dropped out the leprosy treatment in Teresina, PI. MATERIAL AND METHODS: It is a descriptive, transversal study with a quantitative approach. Data relating to individuals in the cohorts from 2011 to 2014 were obtained from the Notifiable Diseases Information System. RESULTS: From the total 1770 leprosy cases reported in the period, 34 cases were considered treatment dropouts, 54.9% of them were men, 79.5% aged between 15 and 59 years, 68% were from brown and 59% had up to 3 years of schooling. Most of the abandonment cases were multibacillary patients (61.8%) and 32% had borderline leprosy. The majority of the diagnosis was made by spontaneous demand (55.8%). At diagnosis, 29.4% of patients had some degree of disability. Multibacillary patients had an average of 3.6 contacts, and about half were examined. Regarding the suspension of multidrug therapy, it was observed that paucibacillary took 1.84 doses, while multibacillary, 6.94 doses. CONCLUSION: Multibacillary patients showed lower adherence to treatment, presenting higher risk of transmission. Campaigns for active search of new cases are necessary to prevent disease evolution and the resulting physical disabilities, while reducing the possibility of transmission between contacts.

Keywords: Leprosy; Epidemiology; Withholding Treatment

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium leprae* que tem afinidade por células cutâneas e pelos nervos periféricos¹. Trata-se de um bacilo intracelular obrigatório, que se multiplica de maneira lenta, afetando principalmente a pele, os nervos e os músculos, e é transmitido pelo convívio pessoal.

A hanseníase tem um período de incubação muito longo, durando de 3 a 5 anos. Sintomas e sinais manifestam-se através das lesões na pele com perda de sensibilidade, decorrente de processos inflamatórios. As neurites surgem de processo agudo, seguido de intensa dor e edema². As lesões se manifestam, dependendo da imunidade de cada indivíduo, e a doença é classificada em quatro formas clínicas: Hanseníase Indeterminada, Tuberculoide, Virchowiana e Dimorfa.

O tratamento específico da pessoa com hanseníase, indicado pelo Ministério da Saúde (MS), é a poliquimioterapia (PQT) padronizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A PQT mata o bacilo tornando-o inviável, evita a evolução da doença, prevenindo as incapacidades e deformidades causadas por ela, levando à cura. É administrada através de esquema padrão, de acordo com a classificação operacional do doente em Pauci ou Multibacilar³.

Em 2012, o coeficiente de prevalência de hanseníase no Brasil era 1,51 caso/10 mil habitantes, o que representa uma redução de 12% em relação ao valor do coeficiente no ano 2004 (1,71 caso/10 mil habitantes), ano em que o país fez a readequação do cálculo desse indicador para que fosse possível fazer comparações com outros países membros da OMS. No mesmo ano, foram diagnosticados 33.303 casos novos, sendo 2.246 (7%) em menores de 15 anos. Obteve-se o coeficiente geral de detecção (17,2/100 mil habitantes), considerado alto.⁴

Teresina, de acordo com Programa Municipal de Controle da Hanseníase - PMCH da Fundação Municipal de Saúde (FMS)⁵, é considerada uma área hiperendêmica de casos da doença, sendo o coeficiente de detecção geral e o coeficiente de detecção em menores de 15 anos, respectivamente, de 45,9/100 mil habitantes e 19,3/100 mil habitantes, em 2013.

A hanseníase precisa ser precocemente diagnosticada e tratada, caso contrário, pode repercutir em graves alterações físicas, emocionais e sociais, além de permitir a manutenção da sua cadeia de transmissão. Um fato associado a isso seria a não adesão ao tratamento pelos pacientes, ocasionado por diversos fatores, dentre eles o estigma que envolve a doença e o processo terapêutico, no qual estão presentes estados reacionais e efeitos colaterais das medicações. Além disso, problemas como a falta de motivação, a deficiência de conhecimentos sobre a doença, a rotatividade de pessoal, o desconhecimento das normas e a não credibilidade na cura da hanseníase também contribuem para tal⁶.

Sabe-se que o abandono do tratamento implica em maior risco de transmissão dos casos bacilíferos detectados e não tratados adequadamente, assim, dá-se continuidade à cadeia de transmissão que havia sido interrompida com o início do tratamento medicamentoso, risco de desenvolvimento de incapacidades físicas e deformidades e, por conseguinte, o estigma social e a discriminação contra as pessoas afetadas e suas famílias. Dessa forma, casos de abandono do tratamento em curso de um regime terapêutico constituem um grave problema para os profissionais da área de saúde pública e ao Programa de Controle da Hanseníase. Estudos revelam que quase metade dos

pacientes com hanseníase apresenta reação hansênica no período em estudo⁷, o que enfatiza a necessidade da valorização da identificação e do tratamento das reações durante os cuidados dispensados pelos profissionais de saúde nas unidades de saúde

Define-se abandono ao tratamento aquele paciente que não completou o número de doses no prazo previsto e que não compareceu ao serviço de saúde nos últimos 12 meses⁸. Visto que alguns dos fatores que acarretam na desistência do tratamento podem ser identificados e modificados, faz-se necessário o conhecimento do perfil dos pacientes que abandonam o tratamento, para que a equipe de saúde volte maior atenção a fim de evitar a desistência dos mesmos durante a terapêutica. Neste sentido, é relevante a abordagem da não adesão ao tratamento da hanseníase, já que proporciona subsídios para o maior entendimento dessa problemática e consequente realização de intervenções mais específicas.

O presente trabalho teve como objetivo identificar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes em abandono do tratamento de hanseníase em Teresina-PI. Os resultados obtidos com esta pesquisa podem nortear medidas que solucionem possíveis falhas na assistência prestada pelos serviços de saúde e, dessa forma, ocorra redução do número de casos de abandono de tratamento e de suas consequências.

MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa foi realizada após submissão do projeto de pesquisa à Plataforma Brasil e análise e aprovação do mesmo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACID/DeVry, em consonância com a Resolução 466/2012 do MS, Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as questões operacionais e éticas dos trabalhos científicos envolvendo seres humanos.

Tratou-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, com dados referentes a 1770 casos de hanseníase notificados nas coortes de 2011 a 2014, divididos em dois grupos: não abandono e abandono de tratamento. Este último representa um total de 34 pacientes que não compareceram ao serviço de saúde há mais de 12 meses e foram encerrados como abandono de tratamento da hanseníase. Os anos das coortes são diferenciados conforme a classificação operacional e data de diagnóstico de hanseníase: Paucibacilar - todos os casos novos paucibaciliares que foram diagnosticados 1 ano antes do ano da avaliação; Multibacilar - todos os casos novos multibaciliares que foram diagnosticados 2 anos antes do ano da avaliação⁹.

Analisaram-se variáveis socioeconômicas dos casos de abandono e não-abandono de tratamento com relação ao gênero, idade, raça, escolaridade. As características clínicas também foram avaliadas de acordo com a classificação operacional, lesão de nervos, baciloscopia e forma clínica da doença, assim como a prevalência do modo de detecção e o grau de incapacidade física no momento do diagnóstico, em ambos os grupos. O número de contatos registrados e examinados e a quantidade de doses tomadas foram abordados com relação ao grupo de pacientes que abandonaram o tratamento, de acordo com a classificação operacional.

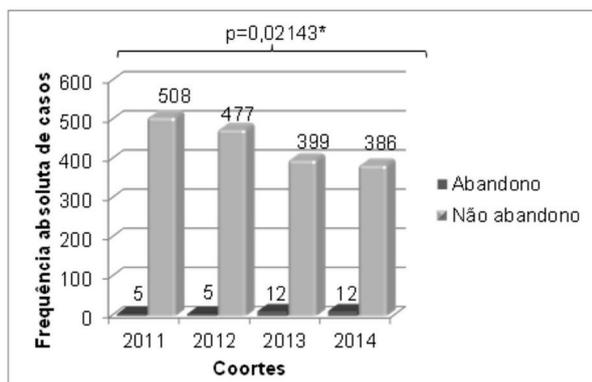
Os dados foram obtidos por meio do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), disponíveis na FMS-Teresina. Em seguida, estruturou-se o banco de dados, empregando-se os softwares Word® for Windows® para processamento de texto e Excel® for Windows® para confecção de gráficos e tabelas. Posteriormente, os mesmos foram transferidos para o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences- SPSS 19.0, no qual foram avaliados através do teste de correção não paramétrica de Pearson Qui-quadrado com Intervalo de Confiança de 95% e significância estabelecida em $p < 0,05$.

RESULTADOS

Do total de 1770 casos de hanseníase notificados nas coortes de 2011 a 2014, todos eram casos novos, sendo 34 casos considerados como abandono de tratamento (GRÁFICO 1). A partir desses dados, obteve-se a taxa de abandono do tratamento, não havendo crescimento significativo da mesma ($p > 0,05$) no período de 2011 a 2014 (GRÁFICO 2), embora o número de notificações de casos novos tenha diminuído e o número de pacientes que abandonaram o tratamento tenha aumentado significativamente ($p < 0,05$) nesse mesmo período (GRÁFICO 1).

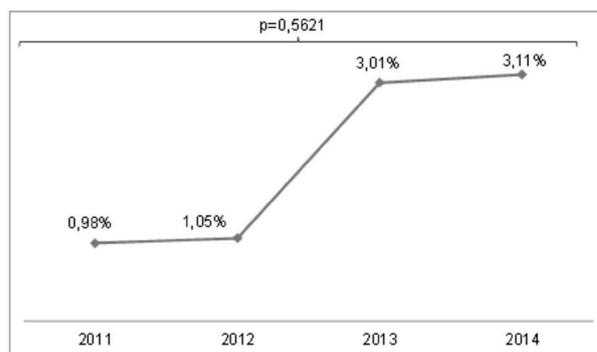
Com relação ao perfil socioeconômico dos casos de abandono do tratamento, 15 (44,12%) pacientes eram mulheres e 19 (55,88%) pacientes eram homens (TABELA 1). Nos pacientes menores de 15 anos, o número de casos de abandono corresponde a 2,94% ($n=1$). A faixa etária que apresentou maior taxa de abandono foi a de 30 a 44 anos, representando 32,35% do total ($n=11$). Ampliando-se a faixa etária para 15 a 59 anos, a proporção sobe para 79,41%, correspondendo a 27 pacientes (TABELA 1). Em relação à raça, a parda e a preta somam um total de 85,3% ($n=29$), sendo que pacientes brancos correspondem a apenas 11,76% ($n=4$) (TABELA 1). Quanto à escolaridade, pacientes com nenhum ou até 3 anos de estudo correspondem

Gráfico 1 Casos notificados e casos encerrados como abandono do tratamento de hanseníase nas coortes de 2011 a 2014, Teresina-PI



Legenda: p para teste de correlação Pearson X^2

Gráfico 2 Taxa de abandono do tratamento de hanseníase nas coortes de 2011 a 2014, Teresina-PI



Legenda: p para teste de correlação Pearson X^2

Tabela 1 Características socioeconômicas dos casos de hanseníase notificados nas coortes de 2011 a 2014, segundo aderência ao tratamento, Teresina-PI

VARIÁVEIS	Tipo de casos				χ^2
	N	%	N	%	
Gênero					
Feminino	15	44,12%	836	48,16%	0,7691
Masculino	19	55,88%	900	51,84%	
Raça					
Branca	4	11,76%	243	14,00%	0,9698
Preta	6	17,65%	239	13,77%	
Amarela	1	2,94%	46	2,65%	
Parda	23	67,65%	1187	68,38%	
Indígena	0	0,00%	8	0,46%	
Ignorado	0	0,00%	13	0,75%	
Classe Idade					
00 - 14 anos	1	2,94%	145	8,35%	0,5375
15 - 29 anos	9	26,47%	346	19,93%	
30 - 44 anos	11	32,35%	435	25,06%	
45 - 59 anos	7	20,59%	451	25,98%	
60 anos ou mais	6	17,65%	359	20,68%	
Classe Escolaridade					
Nenhum	2	5,88%	217	12,50%	0,6646
1 a 3 anos	18	52,94%	797	45,91%	
4 a 7 anos	12	35,29%	605	34,85%	
8 a 11 anos	2	5,88%	117	6,74%	
12 anos ou mais	0	0,00%	0	0,00%	

Legenda: N, frequência absoluta; %, frequência relativa; χ^2 teste de correlação de Pearson Qui-quadrado, com IC 95% e significância em $p < 0,05$. Fonte: dados originais.

Tabela 2 Características clínicas dos casos de hanseníase notificados nas coortes de 2011 a 2014, segundo aderência ao tratamento, Teresina-PI

VARIÁVEIS	Tipo de casos				χ^2
	Abandono		Não abandono		
	N	%	N	%	
Classificação operacional					
Paucibacilar	13	38,24%	899	51,79%	0,1174
Multibacilar	21	61,76%	837	48,21%	
Lesões em nervos					
Sem lesão	22	64,71%	1255	72,29%	0,9387
Com lesão	12	35,29%	481	27,71%	
Baciloscopia					
Positiva	1	2,94%	392	22,58%	0,1374
Negativa	10	29,41%	431	24,83%	
Não realizado	23	67,65%	894	51,09%	
Ignorado	0	0,00%	19	1,04%	

Legenda: N, frequência absoluta; %, frequência relativa; χ^2 teste de correlação de Pearson Qui-quadrado, com IC 95% e significância em $p < 0,05$. Fonte: dados originais.

Tabela 3 Correlação do modo de detecção da hanseníase e grau de incapacidade física dos casos de hanseníase notificados nas coortes de 2011 a 2014, segundo aderência ao tratamento, Teresina-PI

VARIÁVEIS	Tipo de casos				χ^2
	Abandono		Não abandono		
	N	%	N	%	
Modo de detecção da hanseníase					
Encaminhamento	12	35,29%	961	55,36%	0,2341
Demanda espontânea	19	55,88%	647	37,27%	
Exame de coletividade	2	5,88%	52	3,00%	
Exame de contatos	1	2,94%	56	3,23%	
Outros modos	0	0,00%	18	1,04%	
Ignorado	0	0,00%	2	0,12%	
Grau de incapacidade física					
Grau zero	25	73,53%	1212	69,82%	0,5741
Grau I	6	17,65%	271	15,61%	
Grau II	3	8,82%	129	7,43%	
Não avaliado	0	0,00%	124	7,14%	

Legenda: N, frequência absoluta; %, frequência relativa; χ^2 teste de correlação de Pearson Qui-quadrado, com IC 95% e significância em $p < 0,05$. Fonte: dados originais.

à maioria dos casos de abandono (20/58,82%) (TABELA 1). Nenhuma dessas variáveis demonstrou relevância estatística quando se comparam os grupos de abandono e não abandono (TABELA 1).

A maioria dos casos de abandono, segundo a classificação operacional definida pela OMS, era pacientes

multibacilares (21/61,76%), enquanto que nos casos de não abandono, os paucibacilares representavam pouco mais da metade (51,79%), embora não haja significância estatística entre os grupos. Desses 34 pacientes que abandonaram o tratamento, 12 (35,29%) apresentavam lesões em nervos periféricos e 67,65%

Tabela 4 Contatos registrados e examinados dos casos de abandono do tratamento de hanseníase nas coortes 2011 a 2014, por classe operacional, Teresina-PI

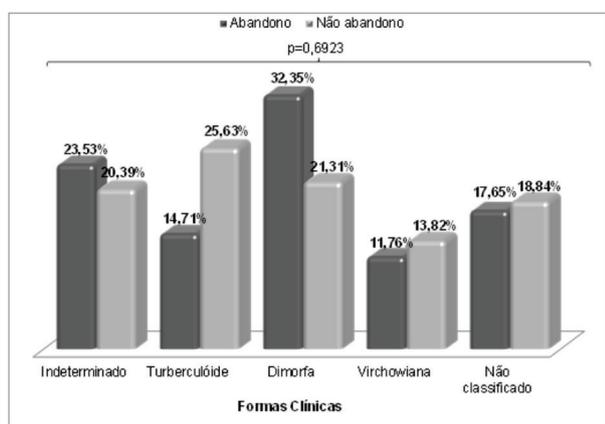
	Classe Operacional	M ± DP
Contatos registrados	PB n=13	3,4 ± 1,9
	MB n=21	3,6 ± 2,5
Contatos examinados	PB n=13	1,4 ± 1,4
	MB n=21	1,9 ± 2,2

Legenda: PB, paucibacilar; MB, multibacilar; n, quantidade de indivíduos; M, média; DP, desvio-padrão.

não realizaram baciloscopia (TABELA 2). Quanto à forma clínica, de acordo com a classificação de Madri, observou-se que a maioria dos pacientes do grupo de abandono apresentou a forma Dimorfa (32,35%), enquanto no outro grupo prevaleceu a forma Tuberculóide (25,63%), apesar de não ser estatisticamente significativo ($p > 0,05$) (GRÁFICO 3).

Com relação ao diagnóstico dos pacientes em abandono do tratamento, 55,88% (n=19) tiveram como modo de detecção da doença a demanda es-

Gráfico 3 Casos de hanseníase notificados nas coortes de 2011 a 2014, segundo aderência ao tratamento e classificação de Madri, Teresina-PI



Legenda: p para teste de correlação Pearson χ^2

Tabela 5 Número de doses tomadas em PQT-OMS por pacientes que abandonaram o tratamento de hanseníase nas coortes de 2011 a 2014, segundo classificação operacional, Teresina-PI

	Classe Operacional	
	PB (6 doses) n=13	MB (12 doses) n=21
Doses tomadas M ± DP	1,8 ± 1,6	6,9 ± 3,7

Legenda: PB, paucibacilar; MB, multibacilar; n, quantidade de indivíduos; M, média; DP, desvio-padrão.

pontânea e apenas 5,88% (n=2) foram diagnosticados em Exames de coletividade (TABELA 3).

Os grupos de abandono e não abandono do tratamento apresentaram graus de incapacidade física semelhantes no momento do diagnóstico da doença, não havendo significância estatística importante. Com relação aos casos de abandono, apesar de 73,53% dos pacientes apresentarem grau zero de incapacidade física no momento do diagnóstico, 26,47% apresentaram algum grau de incapacidade (TABELA 3).

Quanto ao registro e exame de contatos dos pacientes que interromperam o tratamento de hanseníase, pacientes multibacilares tiveram uma média de 3,6 contatos que residem ou residiram, nos últimos 5 anos com o doente, a contar da data do diagnóstico, sendo que cerca da metade deles foram examinados. O mesmo ocorre com os pacientes paucibacilares, que tiveram 3,4 contatos registrados, porém apenas 1,4 contatos foram examinados, em média (TABELA 4).

Com relação ao momento de suspensão da PQT, observa-se que os paucibacilares tomaram em média 1,8 das 6 doses estabelecidas, enquanto os multibacilares tomaram em média 6,94 das 12 doses (TABELA 5).

DISCUSSÃO/CONCLUSÕES

A partir do reconhecimento da situação do abandono de tratamento da hanseníase é possível realizar uma reflexão sobre a manutenção da cadeia de transmissão através dos casos bacilíferos não tratados adequadamente, que evoluem com dano individual, a incapacidade física do paciente, além do risco de desenvolvimento de formas bacilíferas fármaco-resistentes às drogas utilizadas atualmente.

Apesar de ter havido um declínio significativo quanto ao número de portadores da hanseníase entre as coortes, obteve-se um aumento no que diz respeito ao número de casos de abandonos. No entanto, esses resultados se distanciam de outros, que obtiveram um considerável percentual de pacientes em abandono do tratamento para hanseníase, a exemplo de Sousa e colaboradores¹⁰, em que, de um total de 84 pacientes que iniciaram o tratamento entre os anos de 2009 e 2010, 40,5% faltaram ou abandonaram o tratamento poliquimioterápico. Já Ignotti¹¹ constatou, em sua pesquisa, que, ao se considerar o índice de adesão, tais casos não tinham significado epidemiológico na manutenção da transmissão da hanseníase visto que apenas 3,5% dos pacientes receberam doses insuficientes.

Os casos de abandono ao tratamento da hanseníase constituem-se em uma cadeia atemporal que revelam a importância do diagnóstico precoce e a detecção dos casos que contribuem em manter o círculo transmissor. O gênero masculino prevaleceu entre os que não aderiram ao esquema poliquimioterápico, com uma média de 55,88% dos casos estudados, ao contrário de Sousa¹⁰, que verificou maior abandono entre as mulheres. Esse dado pode estar relacionado a uma maior detecção de casos em mulheres por estas terem uma maior preocupação com o corpo. Ignotti e colaboradores¹¹ não encontraram predominância de gênero para abandono, ao passo que outros autores encontraram predomínio no sexo masculino¹², revelando que a falta de tempo ou a imposição de dificuldades, como não ter convênio médico e/ou a demora no atendimento pelo Sistema Único de Saúde, além do medo, acabam culminando na baixa frequência dos homens nas instituições de saúde, acarretando uma menor adesão ao tratamento de hanseníase.

À semelhança do estudo de Ignotti¹¹, verificou-se que o fator idade, categorizado por faixa etária, mostra que no conjunto de indivíduos em "idade produtiva," também designados pela demografia como "população potencialmente ativa," compõe a grande prevalência dos que abandonaram o tratamento, com 79,41% na faixa etária de 15-59 anos, corroborando com os resultados de Sousa¹⁰, em que 70% da população do estudo faziam parte da população economicamente ativa (15-59 anos), fato importante, por ser a hanseníase uma doença que pode causar incapacidades permanentes.

Nos pacientes menores de 15 anos, o número de casos de abandono correspondeu a apenas 2,9%, embora esse grupo tenha correspondido a um percentual acima de 10% de casos novos em menores de 15 anos em Teresina-PI, no período de 1997-2006¹³, fato

que revela uma adesão ao tratamento maior dos indivíduos dessa faixa etária.

Ao analisar raça/cor é preciso observar o fato de que essa é uma classificação extremamente subjetiva, mas ainda assim é importante conhecê-la para possível identificação de diferenças com relação a algumas variáveis socioeconômicas. O trabalho mostrou que a população predominante se intitulou parda, com 67,65% dos casos de abandono seguida da raça preta (17,65%) e, menor participação da raça branca e amarela, com cerca de 11,76% e 2,94%, respectivamente. Isso coincide com o que mostra o Censo demográfico, no qual a maioria da população brasileira se definiu como parda e preta (50,7%)¹⁴. Assim, conhecer a raça/cor dos indivíduos nos fornece uma maior caracterização da população estudada, tornando ainda possível avaliar e comparar dados a fim de se obter o perfil do paciente.

A maioria dos pacientes com hanseníase tem baixa escolaridade, sendo que mais da metade dos casos de abandono possuem nenhum ou até três anos de estudo (58,82%) e apenas 5,88% apresentaram entre 8-11 anos de escolaridade. Essa proporção pode interferir diretamente no conhecimento dos pacientes sobre a doença, revelando o quanto a educação proporciona ao indivíduo uma maior compreensão do processo saúde-doença, levando-o a uma maior busca dos serviços de saúde. A situação socioeconômica da população é um forte influenciador na expansão da doença e apresenta uma relação direta com as condições precárias de habitação, baixa escolaridade, e ainda, com movimentos migratórios que facilitam a difusão da doença.

Assim como nos estudos Sousa¹⁰ e Sylla¹⁵, verificou-se a relevância da classificação operacional sobre a adesão ao tratamento, com uma maior de chance de abandono para os casos multibacilares (61,76%), ao passo que os paucibacilares representaram 38,24% do total, e a forma Dirmorfa (32,35%) com maior prevalência, sendo a mesma considerada a mais importante em áreas endêmicas, tanto em número de pacientes quanto em severidade do dano neural. A forma clínica Virchowiana, grande responsável pela manutenção da transmissão e, portanto, da perpetuação da doença apresentou-se em 9% dos casos.

No estudo de Gomes e colaboradores¹⁶, houve um baixo percentual da forma Indeterminada (3,3%), o que demonstrou que existe um atraso no diagnóstico, inferindo-se que a rede básica não vem detectando precocemente os casos da doença. Diferentemente disso, os dados obtidos evidenciaram um número razoável de diagnósticos em fases iniciais da doença, já que 23,53% dos casos foram classificados como han-

seníase Indeterminada. Chama a atenção o fato de que 17,65% dos indivíduos não foram avaliados quanto à forma clínica da doença, revelando dificuldades no acesso à saúde por parte desses pacientes. A presença de lesão em nervos periféricos em 35,29% dos indivíduos e um total de 67,65% de baciloscopias não realizadas também evidenciam falhas na assistência à saúde quanto ao tempo do diagnóstico.

Através de demanda espontânea, 55,88% dos pacientes analisados descobriram a presença da doença. A proporção de detecção através da demanda espontânea pode significar uma resposta da população às campanhas de esclarecimento sobre a hanseníase. A detecção através do exame da coletividade e do exame de contatos (5,88%) foi baixa. Este dado pode indicar que as taxas de detecção poderiam ser elevadas caso fossem estabelecidas ações rotineiras de exame tanto da população em geral, quanto dos contatos dos pacientes, além de favorecer o diagnóstico em fases iniciais, uma vez que dados, como a presença de lesões em nervos periféricos em 35,29% dos casos, revelam a necessidade de detecção precoce. A respeito disso, na avaliação do grau de incapacidade física, constatou-se através do exame físico, que cerca de 26,5% dos pacientes apresentou algum grau de incapacidade no momento do diagnóstico, corroborando com dados de Saha e Das¹⁷, nos quais 37% dos indivíduos apresentaram algum grau de incapacidade. A avaliação do grau de incapacidade deve ser realizada durante todo o tratamento poliquimioterápico e em qualquer período em que ocorram queixas dos pacientes. Estes cuidados possibilitam maiores chances de detecção precoce da reação e intervenção adequadas.

O trabalho revelou ainda que pacientes multibacilares obtiveram um maior número de contatos (3,6) que residem ou residiram nos últimos 5 anos com o doente, a contar da data do diagnóstico. Um dado preocupante, pois a transmissão se dá por meio de uma pessoa doente que apresenta a forma infectante (multibacilar) e que, estando sem tratamento, elimina o bacilo por meio das vias respiratórias (secreções nasais, tosses, espirros), podendo assim infectar outras pessoas suscetíveis. Como agravante, verificou-se que apenas cerca da metade dos contatos intradomiciliares foi examinada, ou seja, indivíduos com elevada probabilidade de contrair a doença têm seu diagnóstico negligenciado.

O tratamento específico da pessoa com hanseníase, indicado pelo MS¹⁸, é a PQT padronizada pela OMS, devendo ser realizado nas unidades de saúde. A PQT mata o bacilo tornando-o inviável, evita a evolução da doença, prevenindo as incapacidades e deformidades causadas por ela, levando à cura. O bacilo morto é in-

capaz de infectar outras pessoas, rompendo a cadeia epidemiológica da doença. Assim, logo no início do tratamento, a transmissão da doença é interrompida, e, sendo realizado de forma completa e correta, garante a cura da doença. No entanto, verificou-se que pacientes paucibacilares abandonam o tratamento por volta da segunda dose e os multibacilares logo após a sexta, ou seja, no início ou metade do tratamento. Esse fato sugere a importância dos primeiros contatos do paciente com o serviço de saúde, pois, nesse momento, toda atenção deve ser empreendida no sentido de conseguir a credibilidade dos serviços, fornecendo toda informação que o paciente requer para compreender a doença e o tratamento que lhe é oferecido¹¹.

Constatou-se que a maioria dos pacientes que interromperam o tratamento era do gênero masculino, de raça parda, em idade produtiva, com baixa escolaridade, no início ou metade do tratamento. Os pacientes multibacilares apresentaram menor adesão ao tratamento, além de que os mesmos possuíam um maior número de contatos intradomiciliares, evidenciando maior risco de transmissão. No entanto, a análise dos casos de hanseníase notificados nesse período, como um todo, concluiu que nenhuma das variáveis analisadas interfere na interrupção do tratamento da hanseníase, ou seja, o perfil clínico e socioeconômico, exposto e discutido, não justifica o abandono da terapia medicamentosa. A não adesão ao tratamento deve-se a outros fatores, que podem ser diretamente relacionados aos indivíduos, ou então, referentes aos serviços de saúde pelos quais são assistidos. Um baixo percentual de pacientes encontravam-se na forma indeterminada, ao passo que uma quantidade significativa já possuía algum grau de incapacidade física no momento do diagnóstico. Fazem-se necessárias campanhas de detecção precoce da doença para evitar sua evolução, a possibilidade de transmissão e as consequentes incapacidades físicas.

REFERÊNCIAS

- 1 Finez MA, Salotti SRA. Identificação do grau de incapacidades em pacientes portadores de hanseníase através da avaliação neurológica simplificada. *J Health Sci Inst.* 2011;29(3):171-5.
- 2 Luna IT, Beserra EP, Alves MDS, Pinheiro PNC. Adesão ao tratamento da Hanseníase: dificuldades inerentes aos portadores. *RevBrasEnferm.* 2010;63(6):983-90.
- 3 Ministério da Saúde (BR). Guia para o Controle da hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

- 4 Ministério da Saúde(BR).Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil – análise de indicadores selecionados na última década e desafios para eliminação. Boletim Epidemiológico. 2013;44(11):1-12.
- 5 Fundação Municipal de Saúde de Teresina, Diretoria de Vigilância em Saúde, Gerência de Epidemiologia – GEEPI. Programa Municipal de Controle da Hanseníase – PMCH: Situação epidemiológica da Hanseníase em Teresina-PI. Teresina: Fundação Municipal de Saúde; 2014.
- 6 Andrade VLG. Evolução da hanseníase no Brasil e perspectivas para sua eliminação como um problema de saúde pública[Tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 1996.
- 7 Silva SF, Griep RH. Reação hansênica em pacientes portadores de hanseníase em centros de saúde da área de planejamento 3.2. do município do Rio de Janeiro. Hansen Int. 2007;32(2):155-62.
- 8 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. (Serie A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica; n.21)
- 9 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria conjunta nº 125, de 26 de março de 2009. Define ações de controle da hanseníase. Diário Oficial [da] Republica Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 mar. 2009. Secão1, p. 73.
- 10 Sousa AA, Oliveira FJF, Costa ACPJ, Santos M Neto, Cavalcante EFO, Ferreira AGN. Adesão ao tratamento da hanseníase por pacientes acompanhados em unidades básicas de saúde de Imperatriz-MA. Sannare 2013;12(1):06-12.
- 11 Ignotti E, Andrade VLG, Sabroza PC, Araújo AJG. Estudo da adesão ao tratamento da hanseníase no município de Duque de Caxias-RJ ‘abandonos ou abandonados’. Hansen Int. 2001;26(1):23-30.
- 12 Araújo RRD, Oliveira MHP. A irregularidade dos portadores de hanseníase ao Serviço de Saúde. Hansen Int.2003;28(1):71-8.
- 13 Oliveira CAR. Perfil epidemiológico da hanseníase em menores de 15 anos no município de Teresina [Dissertação.] Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2008.
- 14 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010 [Internet]. Brasília: IBGE; 2010. [citado em: 2015 ago 14]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/tabelas_pdf/tab3.pdf>.
- 15 Sylla PM, Blanc L, Sow S, Diallo AS. Facteurs determinants de l’irrégularité dès malades sous PCT dans Le distTict de Bamako (Mali). Acta Leprol.1994;9(2):68-75.
- 16 Gomes CCD, Pontes MAA, Gonçalves HS, Penna GO. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência na região nordeste do Brasil. An Bras Dermatol. 2005;80(Supl 3):S283-8.
- 17 Saha SP, Das KK. Disability pattern amongst leprosy cases in an urban area (Calcutá). Indian J Lepr. 1993;65:305-15.
- 18 Ministério da Saúde (BR), Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia, Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. Guia de controle da hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.