

TRAJETÓRIA DE CASOS DE HANSENÍASE E FATORES RELACIONADOS

Cosme Rezende Laurindo*

Sarah Lamas Vidal**

Bernadete Marinho Bara de Martin Gama***

Liliany Fontes Loures****

Gilmara Aparecida Batista Fernandes*****

Angélica da Conceição Oliveira Coelho*****

RESUMO

Objetivou-se analisar a trajetória dos casos diagnosticados com hanseníase e os fatores relacionados, com enfoque nas ações de prevenção e controle preconizadas pelo Ministério da Saúde. Estudo transversal de natureza descritiva. Os dados foram coletados através de questionário estruturado em visitas domiciliares, com uso do programa *Open Data Kit collect*. Foram exportados, tratados e analisados no *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®)* v. 24. Para o cálculo do diagnóstico tardio considerou-se três variáveis, bastando a presença de uma: passar por mais de um serviço de saúde; mais de uma vez; ou mais de seis meses entre primeiros sinais e sintomas até o diagnóstico efetivo. Dos participantes: 69,6% aos primeiros sintomas procuraram o serviço de saúde mais próximo; 43,5% procuraram a Unidade Básica de Saúde de referência; 73,9% relataram demora menor ou igual a um mês para consulta; 34,8% diagnosticados em ambulatório de referência; 82,6% diagnosticados tardiamente; não houve participação em sala de espera ou grupo educativo com o tema hanseníase em unidades básicas de saúde de referência; 21,7% negaram acesso a orientações ao autocuidado. Percebeu-se dificuldade operacional evidenciada por diagnóstico tardio e inadequação das ações de prevenção e controle da hanseníase preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Hanseníase. Monitoramento Epidemiológico. *Mycobacterium leprae*.

INTRODUÇÃO

A hanseníase ainda é um problema de saúde pública no Brasil, mesmo com diretrizes para vigilância, atenção e eliminação como problema de saúde pública. Em 2017, apresentou mais de 26 mil casos novos, tendo taxa de detecção geral por 100 mil habitantes igual a 12,9, sendo a primeira vez desde 2008 em que há um aumento de número de casos novos no país⁽¹⁻³⁾. Destaca-se que dos 22 países de prioridade global para hanseníase, o Brasil encontra-se entre os oito que apresentaram aumento no número de casos novos de 2016 para 2017. Soma-se a isto o fato de o Brasil, junto à Índia e Indonésia, ser responsável por 80,2% dos casos novos no mundo no ano citado⁽¹⁾.

A partir da padronização da poliquimioterapia (PQT) para o tratamento da hanseníase pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e sua recomendação pelo Ministério da Saúde (MS), houve

uma diminuição da prevalência da doença, mas não foi o suficiente para sua eliminação em todo o território nacional, visto que está relacionado a dificuldades operacionais para diagnóstico oportuno e tratamento precoce, bem como presença de prevalência oculta⁽²⁾.

O diagnóstico e tratamento tardios são os principais fatores que interferem no controle da doença e perpetuam a cadeia de transmissão, visto que esta ocorre a partir dos pacientes bacilíferos que não iniciaram o tratamento. Há além destes fatores a cronicidade das manifestações clínicas, a dificuldade operacional dos serviços de saúde, o desconhecimento por parte da população quanto às manifestações clínicas e o estigma ainda presente na sociedade, que culmina em preconceito aos acometidos pela doença^(4,5).

Visando conhecer os fatores que estão associados ao diagnóstico e tratamento tardio, pode-se fazer um estudo da trajetória do caso de hanseníase, sendo

*Originação do trabalho de conclusão de curso intitulado "Trajetória dos casos diagnosticados com hanseníase em município da Zona da Mata Mineira", apresentado à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) no ano de 2017.

**Enfermeiro Residente em Saúde Mental. Enfermeiro, Centro de Atenção Psicossocial CAPS III Casa Viva, Juiz de Fora, MG, Brasil. E-mail: cosmelauro@outlook.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6878-3791>.

***Enfermeira, Juiz de Fora, MG, Brasil. E-mail: sarah_lamas@hotmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9529-6830>.

****Enfermeira, Mestre em Educação. Professora do Departamento de Enfermagem Básica da Faculdade de Enfermagem da UFJF, Juiz de Fora, MG, Brasil. E-mail: bernadetebarag@ig.com.br ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0976-6876>.

*****Fisioterapeuta, Mestre em Psicologia. Fisioterapeuta no Serviço de Fisioterapia do Hospital Universitário da UFJF, Juiz de Fora, MG, Brasil. E-mail: lilianyfl@yahoo.com.br ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8560-7316>.

*****Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Enfermeira no Complexo Hospital de Clínicas CHCUFPR – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospitalares. Curitiba, PR, Brasil. E-mail: gilmaraeenf@gmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4274-4385>.

*****Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Básica da Faculdade de Enfermagem da UFJF, Juiz de Fora, MG, Brasil. E-mail: angelica.fabri@ufjf.edu.br ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7526-900X>.

possível identificar equívocos que possam vir a ocorrer ou situações que necessitem se manter por trazerem resultados positivos^(6,7).

Diante disso, surgiu o interesse de analisar a trajetória dos casos diagnosticados com hanseníase, bem como analisar os fatores relacionados, com enfoque nas ações de prevenção e controle da hanseníase preconizadas pelo Ministério da Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal de natureza descritiva, com pessoas diagnosticadas com hanseníase no período de 2011 a 2016 de um município da Zona da Mata Mineira, escolhido por ter sido o único da mesorregião a apresentar casos de hanseníase nos anos de 2015 e 2016 e o que mais apresentou casos durante o período de estudo.

Os participantes do estudo foram 23 casos de hanseníase diagnosticados no período supracitado, residentes da área urbana do município. Os mesmos foram selecionados a partir da base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) - Hanseníase, disponibilizada pela Coordenadoria Estadual de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (CEDS/SES/MG) e de informações nos serviços de referência do município.

A coleta de dados deu-se através de visitas domiciliares nas quais os participantes selecionados foram abordados de forma individual, questionados quanto ao interesse de participação no estudo, procedendo-se à aplicação do questionário estruturado constituído de perguntas relacionadas à identificação do caso de hanseníase, à trajetória até o diagnóstico e à organização das ações de prevenção e controle da hanseníase. As informações clínicas foram extraídas do SINAN.

A coleta de dados ocorreu entre agosto e outubro de 2016, realizada por três pesquisadores devidamente capacitados e treinados quanto à abordagem e aplicação do questionário.

Os dados, após a coleta por meio do programa Open Data Kit (ODK) collect, foram exportados, tratados e analisados no *International Business Machines Corporation (IBM®) Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) Statistics v. 24 for Windows*. Foi realizada análise descritiva dos dados, por meio de medidas de tendência central e de dispersão. Posteriormente os dados foram categorizados e agrupados.

Para o cálculo referente ao diagnóstico tardio, foram utilizadas duas literaturas, que trazem: o usuário ter passado por mais de um serviço de saúde ou pelo menos mais de uma vez⁽⁸⁾ e como critério de tempo mínimo seis meses, considerando-se desde o aparecimento dos primeiros sinais/sintomas ao efetivo diagnóstico⁽⁹⁾. Cruzou-se as três variáveis e considerou-se como diagnóstico tardio todos os casos que se enquadraram em ao menos uma das possibilidades.

Os participantes que aceitaram participar livremente da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa atende a todas as determinações descritas na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que determina diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora sob parecer nº 1.744.517, bem como teve autorização da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (CEDS/SES/MG).

RESULTADOS

A taxa média de detecção anual de casos novos de hanseníase no período do estudo foi equivalente a 1,77 casos/100.000 habitantes, sendo que variou de 2,69 em 2011 até 0,72 em 2016, apresentando como maior valor 2,86 em 2012.

Do total de 23 participantes, 52,5% são do sexo feminino, 56,5% apresentaram idade entre 46 e 64 anos, tendo uma amplitude etária que variou de 28 a 87 anos e 43,5% eram casados. Quanto a escolaridade, 60,9% relataram cursar o ensino fundamental, sendo que apenas um participante relata estudar atualmente.

Referente ao trabalho, 60,9% não estavam trabalhando, sendo a variação da renda mensal entre R\$ 880,00 e R\$ 12.000,00. De acordo com as classes de rendimento médio mensal familiar segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o grupo que predomina é da classe E, que recebe até dois salários mínimos (sendo considerado o salário mínimo igual a R\$ 880,00, referente ao ano de 2016, da coleta de dados).

Dos fatores relacionados à cadeia de transmissão, tem-se que a maioria, 82,6%, não tiveram ou têm casos de hanseníase na família. Referente à presença de cicatriz vacinal de Bacilo de Calmette-Guérin intradérmica (BCG-ID), 17,4% apresentaram nenhuma cicatriz, 26,1% apresentaram uma e 56,5% apresentaram duas.

A maioria dos casos teve classificação operacional inicial multibacilar (MB) (73,9%) e final MB (78,3%),

sendo que 47,8% apresentaram a forma clínica dimorfa. O tempo de tratamento mais apresentado foi de 12 a 18 meses (60,9%), sendo o tratamento MB (78,3%). Houve incapacidade grau 2 (IG2) em 17,4% dos participantes no momento do diagnóstico e em 4,3% na alta, com proporção de grau de incapacidade como ignorado sendo 17,4%. A localização de incapacidades somou sete relatos em olhos, mãos e pés. Quanto a reação, 65,2% não apresentaram e dos 8 que apresentaram, 3 (37,5%) foram tipo 1 e 3 (37,5%) não especificadas. Referente à recidiva, 13,0% a apresentaram.

Constatou-se que 73,9% não tinha conhecimento dos sintomas iniciais da hanseníase, 69,6% procuraram o serviço de saúde próximo de onde residiam assim

que iniciaram, sendo que 34,8% procuraram consultório particular e 43,5% procuraram a Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência. Quanto às dificuldades de mobilidade para chegar ao serviço de saúde, 87,0% relataram que não tiveram e dos 13,0% que apresentaram alguma, todos disseram ser por transporte, distância e presença de morros no trajeto (Tabela 1).

Quanto a conseguir consulta no serviço de saúde, 73,9% relataram demora menor ou igual a um mês. O número de diagnosticados em ambulatório de referência foi de 34,8%, sendo o mais frequente quando comparado com o número de diagnosticados em UBS de referência, 13%, e consultório particular, 17,4% (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização dos fatores relacionados à trajetória até o diagnóstico dos casos de hanseníase. Município da Zona da Mata Mineira, Minas Gerais, Brasil, 2017.

Variáveis	n	%
Tinha conhecimento de que os sintomas são relacionados a hanseníase?		
Sim	6	26,1
Não	17	73,9
Quando percebeu os primeiros sintomas, procurou um serviço de saúde próximo à onde você mora?		
Sim	16	69,6
Não	7	30,4
Qual foi o primeiro serviço de saúde procurado ao início dos sintomas?		
UBS	10	43,5
Ambulatório de referência	1	4,3
Hospital	2	8,7
Consultório particular	8	34,8
Outros	-	-
Não sabe	2	8,7
Teve dificuldades de mobilidade para chegar ao serviço de saúde?		
Sim	3	13,0
Não	20	87,0
Quanto tempo demorou para conseguir uma consulta no serviço de saúde (em meses)?		
≤ 1	17	73,9
2	3	13,0
3	1	4,3
≥ 4	2	8,7
Em qual serviço de saúde você foi diagnosticado com hanseníase?		
UBS	3	13,0
Ambulatório de referência	8	34,8
Hospital	6	26,1
Consultório particular	4	17,4
Outros	-	-
Não sabe	2	8,7

O número de vezes em que se precisou procurar o serviço de saúde para que fosse realizado o diagnóstico de maior frequência foi de duas vezes ou mais (69,6%). O tempo em meses de demora para diagnóstico variou de até um mês a 72 meses, havendo

frequência maior em período de até seis meses (73,9%). O número de profissionais pelos quais os participantes passaram até o diagnóstico variou de um a dez, sendo de maior frequência mais de um profissional (65,2%). A partir do cálculo do

diagnóstico tardio, constatou-se que 82,6% apresentaram ao menos um fator caracterizador.

Quanto a ter tratado para alguma outra patologia ao invés de tratar para a hanseníase, 30,4% disseram que sim, relatando: artrite; alergia; esporão; dermatite; micose; tuberculose; urticária emocional.

Quanto a ter sofrido algum tipo de preconceito, 26,1%, disseram que sim, havendo relatos de ter sido por parte de família, colegas de trabalho, amigos, profissionais de saúde da UBS de referência e/ou outros, sendo que dentre os outros houve relatos de patrão e vizinhos. Referente a apoio emocional por parte dos profissionais que realizarem atendimento do participante, 17,4% deram resposta negativa.

Da participação de algum grupo educativo ou sala de espera que abordassem hanseníase, todos os participantes relataram nunca terem participado. Quanto ao conhecimento de alguma ação educativa com o tema hanseníase, 65,2% disseram que não tiveram. E das orientações quanto ao autocuidado após o diagnóstico, 21,7% disseram que não tiveram acesso.

DISCUSSÃO

A prevalência de hanseníase no período de 2011 a 2016 mostra queda, mesmo com presença de um aumento do ano de 2011 para 2012. Isto resulta na diminuição da taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes. Contudo, não se pode afirmar que a doença está caminhando para eliminação, visto que estudo prévio mostra presença de prevalência oculta entre as cidades pertencentes à Superintendência Regional de Saúde à qual integra⁽¹⁰⁾, o que sugere dificuldade operacional quanto ao diagnóstico oportuno da doença.

Tem-se nesse estudo uma proximidade entre o número de participantes do sexo masculino e do feminino, sendo que o encontrado em estudos prévios aponta maior número de casos do sexo masculino⁽¹¹⁻¹⁴⁾, sendo as áreas em questão não endêmicas.

A maioria dos participantes apresentou idade de 46 a 64 anos, próximo do encontrado em estudo prévio, em que a maioria se concentrou de 37 a 59⁽¹²⁾ e de 45 a 60 anos⁽¹³⁾, sugerindo maior acometimento de população de faixa etária próxima ao final da fase adulta em regiões não consideradas endêmicas.

O acometimento dos participantes pela hanseníase possivelmente associa-se a uma situação de vulnerabilidade e que demanda atenção⁽¹²⁾, pois a maioria não trabalha atualmente e recebe até dois salários mínimos de renda mensal familiar.

Encontra-se que a maioria dos participantes não teve ou têm casos de hanseníase na família, sugerindo possível infecção em ambiente que não o intradomiciliar, mas que se faz necessária cautela ao analisar este dado, uma vez que haja indivíduos que escondem o acometimento como mecanismo de proteção e negação, devido ao estigma ainda presente atualmente^(12,15-17).

Da presença de cicatriz de BCG-ID, constatou-se que a maioria dos participantes apresentaram duas cicatrizes, sendo que entre estes o maior número de casos obteve classificação operacional inicial como sendo MB. Estudos prévios mostram queda na detecção geral de casos de hanseníase quando combinada a imunoprofilaxia com BCG-ID e quimioprofilaxia com rifampicina, ofloxacina e minociclina (ROM)⁽¹⁸⁾. Além disso, há constatação de que a vacinação com BCG-ID proveria maior proteção para formas MB do que para as formas PB⁽¹⁹⁾. O resultado deste estudo corrobora com a constatação de estudo prévio que traz que mesmo que exista uma proteção oferecida pela vacina contra a hanseníase, não se pode generalizá-la⁽²⁰⁾.

A caracterização dos dados clínicos dos casos de hanseníase traz que a maioria dos participantes tiveram, inicialmente, a classificação operacional sendo MB e forma clínica dimorfa, em comum acordo com estudos prévios^(11,13,14). A evolução da doença até tal quadro pode sugerir dificuldade do sistema de saúde na realização do diagnóstico oportuno quando associado à presença de indivíduos com incapacidades de grau 2. Uma vez descentralizadas, as ações de controle e eliminação da hanseníase deveriam estar reforçadas por se localizarem na principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde que é a rede de atenção primária⁽¹⁷⁾, o que não pode se afirmar no local estudado.

Reforçando a hipótese de dificuldade operacional, está o fato de presença de recidivas em intervalos inferior ao usual de cinco anos⁽²⁾, que induz a refletir se foram casos reais de recidiva, se o tratamento não foi efetivo e específico, na verdade podendo ter ocorrido erro de classificação e, por conseguinte, falha na indicação terapêutica ou se foram tratados casos de reação como recidiva.

No momento do diagnóstico foi registrada maioria sem incapacidade ou com incapacidade de grau um, em acordo com o encontrado na literatura⁽¹¹⁻¹⁴⁾. Entretanto, a proporção de casos de hanseníase com IG2 no momento do diagnóstico foi alto, superior a 10%⁽²⁾, o que, associado à elevada taxa de indivíduos

diagnosticados como sendo MB, sugere presença de diagnóstico tardio e dificuldade operacional⁽⁵⁾.

Ao comparar-se o grau de incapacidade física na alta com o do momento do diagnóstico, nota-se uma diminuição do grau e aumento do número de indivíduos sem incapacidade, contudo é relevante apontar que houve elevado número de pessoas que tiveram a avaliação na alta ignorada.

Ao sentir os primeiros sintomas, a maioria dos participantes afirmou ter procurado o serviço de saúde próximo de onde residiam, mesmo que a maioria tenha afirmado desconhecimento quanto à associação do que sentiram com a hanseníase. Os primeiros serviços de saúde procurados ao início dos sintomas foram as UBS, sejam com equipe de Atenção Básica, sejam com equipe de Saúde da Família. Além disso, a maioria dos participantes afirmou não ter encontrado dificuldade de mobilidade para chegar ao serviço de saúde procurado, sendo que os que encontraram, relataram a distância e presença de morros no trajeto. Esse resultado reforça a importância da estratégia de descentralização das ações de controle da hanseníase para as UBS⁽¹⁷⁾.

O preconizado é que o diagnóstico seja dado já no primeiro serviço buscado pelos usuários^(2,8,17-20), mas destaca-se que, mesmo que a procura seja maior pelas UBS, os consultórios particulares, junto aos ambulatorios de referência e aos hospitais, apresentaram maiores números de realização de diagnóstico, induzindo a pensar que os serviços de atenção primária à saúde estejam referenciando os indivíduos que apresentam sinais e sintomas.

Cabe salientar, dentro deste contexto, que um dos ambulatorios de referência do município encontra-se em uma instituição hospitalar, levando a refletir se os casos que relataram terem sido diagnosticados em hospitais, na verdade terem sido diagnosticados em ambulatorio de referência e caracterizando dificuldade diagnóstica fora destes centros, o que contribuiria para a permanência da cadeia de transmissão, visto que há associação entre demora para conseguir consulta quanto mais especializado for o serviço.

Ainda quanto à dificuldade operacional do município, corroborando para que chegue a esta conclusão, há o fato de haver relato de espera para se conseguir consulta em serviços de saúde (quando deveria ser atendimento por demanda espontânea e ou por ações de busca ativa) e necessidade de se procurar os serviços de saúde duas vezes ou mais, com demora de até seis meses para diagnóstico definitivo e maioria tendo de passar por mais de um profissional.

Importante aspecto observado no estudo e que se relaciona diretamente com a disseminação de informação sobre a doença, é o impacto psicológico e o estigma ainda presentes. Do total de 23 participantes, 26,1% disseram já ter sofrido algum tipo de preconceito por ter hanseníase e 17,4% disseram não ter recebido apoio emocional. Este resultado corrobora para se pensar que ainda há o fator estigmatizante da doença, que pode estar relacionado com uma tentativa de encobrimento do diagnóstico por negação e favorecer o diagnóstico tardio e abandono do tratamento, afetando negativamente a interrupção da cadeia de transmissão^(15,16).

Da caracterização dos fatores relacionados à organização das ações de prevenção e controle da hanseníase, tem-se, a partir do resultado, que a temática hanseníase é pouco explorada nas ações educativas nas UBS dos participantes estudados, mas existente, uma vez que mesmo que nenhum dos participantes tenha relatado ter participado seja de sala de espera, seja de grupo educativo, que envolvessem o tema, 34,8% relataram ter conhecimento de que a temática teria sido abordada em alguma atividade educativa.

Este quadro configura um município sujeito a manutenção da cadeia de transmissão e instalação de incapacidades^(4,5), uma vez que seja importante a implementação de atividades educativas em período anterior ao diagnóstico, bem como relacionadas a prevenção de incapacidades, tanto durante o tratamento medicamentoso, quanto em acompanhamento pós alta por cura.

CONCLUSÃO

Obteve-se com este estudo, enquanto resultados principais: 82,6% dos casos com diagnóstico tardio; 17,4% com IG2 no diagnóstico; 73,9% com classificação operacional inicial MB; não ter havido participação em sala de espera ou grupo educativo com o tema hanseníase em unidades básicas de saúde de referência; e 21,7% de casos negando acesso a orientações ao autocuidado.

Percebeu-se dificuldade operacional evidenciada por diagnóstico tardio, pelo relato de usuários que passaram por mais de um profissional de saúde, usuários buscando pelo serviço de saúde mais de uma vez e por ter havido espera para consulta após os primeiros sintomas, bem como presença de usuários no momento do diagnóstico com incapacidade grau 2 e classificação clínica dimorfa.

Junto ao exposto anteriormente, tem a inadequação

das ações de controle da hanseníase quanto à prevenção de incapacidade e autocuidado de acordo com o preconizado pelo ministério da saúde, necessitando de investimento na disseminação de conhecimento para os casos de hanseníase, para a população em geral e para os profissionais de saúde.

Deve-se investir na capacitação dos profissionais de saúde no reconhecimento dos primeiros sinais da doença, capacitação dos serviços referente à padronização das atividades como salas de espera,

educação em saúde e grupos de autocuidado. A partir da disseminação de informação, tem-se ainda como possível impactar no fator estigmatizante da doença que ainda se faz presente, a fim de sensibilizar a todos que venham a lidar com a doença.

FINANCIAMENTO

FAPEMIG - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais.

TRAJECTORY OF LEPROSY CASES AND RELATED FACTORS

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the trajectory of the cases diagnosed with leprosy and related factors, focusing on the prevention and control actions recommended by the Ministry of Health. Descriptive cross-sectional study. The data were collected through a structured household interviews, using the Open Data Kit collect program. They were exported, processed and analyzed in the Statistical Package for the Social Science (SPSS®) Statistics v.24. For the calculation of the late diagnosis, three variables were considered, one of them being sufficient: passing through more than one health service; one more time; or more than six months between the first signs and symptoms until the effective diagnosis. Of the participants: 69.6% at the first symptoms sought the nearest health service; 43.5% sought the Basic Health Unit of reference; 73.9% reported a delay of less than or equal to one month for consultation; 34.8% diagnosed in outpatient referral; 82.6% were diagnosed late; there was no participation in waiting room or educational group with leprosy theme in basic reference health units; 21.7% denied access to self-care guidelines. Operational difficulties evidenced by late diagnosis and inadequacy of leprosy prevention and control actions advocated by the Ministry of Health were detected.

Keywords: Leprosy. Epidemiological Monitoring. *Mycobacterium leprae*.

TRAYECTORIA DE CASOS DE LEPRO Y FACTORES RELACIONADOS

RESUMEN

El objetivo fue analizar la trayectoria de los casos diagnosticados con lepra y los factores relacionados, con enfoque en las acciones de prevención y control preconizados por el Ministerio de la Salud. Estudio transversal de naturaleza descriptiva. Los datos fueron recolectados a través de cuestionario estructurado en visitas domiciliarias, con uso del programa Open Data Kit collect. Fueron exportados, tratados y analizados en el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) Statistics v. 24. Para el cálculo del diagnóstico tardío se consideraron tres variables, bastando la presencia de una: pasar por más de un servicio de salud; más de una vez; o más de seis meses entre primeros síntomas y señales hasta el diagnóstico efectivo. De los participantes: 69,6% en los primeros síntomas buscaron el servicio de salud más próximo; 43,5% buscaron la Unidad Básica de Salud de referencia; 73,9% relataron demora menor o igual a un mes para consulta; 34,8% diagnosticados en ambulatorio de referencia; 82,6% diagnosticados tardíos; no hubo participación en sala de espera o grupo educativo con el tema lepra en unidades básicas de salud de referencia; 21,7% negaron acceso a orientaciones al autocuidado. Se percibió dificultad operacional evidenciada por diagnóstico tardío e inadecuación de las acciones de prevención y control de la lepra preconizados por el Ministerio de la Salud.

Palabras clave: Lepra. Monitoreo Epidemiológico. *Mycobacterium leprae*.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Global leprosy update, 2017: reducing the disease burden due to leprosy. *Weekly Epidemiological Record* [on-line]. 2018 Aug. 31 [citado em 2018 Set]; 93(35): 445-446. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274289/WER9335.pdf>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado em 2018 Set]. Disponível em: <http://www.credesh.ufu.br/sites/credesh.hc.ufu.br/arquivos/diretrizes-eliminacao-hansenias-4fev16-web.pdf>.
3. World Health Organization (WHO). Global leprosy strategy 2016–2020: accelerating towards a leprosy-free world. New Delhi: World Health

Organization, Regional Office for South-East Asia; 2016 [citado em 2018 Set]. Available from: <http://www.wpro.who.int/leprosy/documents/globalleprosystrategy2016-2020.pdf>.

4. Junqueira TB, Oliveira HP. Lepra/hanseníase – passado – presente. *Ciênc. Cuid. Saúde* [on-line]. 2002 jul./dez [citado em 2018 Set]; 1(2): 263-266. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v1i2.5585>.

5. Ribeiro GC, Fabri ACOC, Amaral EP, Machado IE, Lana FCF. Estimativa da prevalência oculta da hanseníase na microrregião de Diamantina - Minas Gerais. *Rev. Eletr. Enf.* [on-line]. 2014 [citado em 2018 Set]; 16(4): 728-735. doi: <https://doi.org/10.5216/ree.v16i4.22371>.

6. Kleinman A. Concepts and model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Soc Sci Med* [on-line]. 1978 [citado em 2018 Set]; 12: 85-93. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0160-7987\(78\)90014-5](http://dx.doi.org/10.1016/0160-7987(78)90014-5).

7. Martins PV, Iriart JAB. Itinerários terapêuticos de pacientes com diagnóstico de hanseníase em Salvador, Bahia. *Physis* [on-line]. 2014

jan./mar [citado em 2018 Set]; 24(1): 273-289. doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000100015>.

8. Lastória JC, Macharelli CA, Putinatti MSMA. Hanseníase: realidade no seu diagnóstico clínico. *Hansenol. Int.* [on-line]. 2003 [citado em 2018 Set]; 28(1): 53-58. Disponível em:

http://www.iisl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=10655&texto=portugues.

9. Oliveira AR, Fernandes CA, Lima CR. Atualização sobre critério de tempo para diagnóstico tardio da hanseníase. *Cadernos ESP, Ceará*. 2014 jul./dez [citado em 2018 Set]; 8(2): 77-91. Disponível em: <https://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/201>.

10. Fontes JT. Análise epidemiológica da hanseníase em municípios da Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora. 2016. [trabalho de conclusão de curso]. Juiz de Fora (MG). Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Juiz de Fora. Disponível em: <https://drive.google.com/open?id=1K9591cw9uqOywzIBAX8ix1gpdii6xcN>.

11. Lanza FM, Cortez DN, Gontijo TL, Rodrigues JSJ. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Divinópolis, Minas Geras. *Rev. enferm UFSM* [on-line]. 2012 mai./ago. [citado em 2018 Set]; 2(2): 365-374. doi: <http://dx.doi.org/10.5902/217976925343>.

12. Lopes VAS, Rangel EM. Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular. *Saúde debate* [on-line]. 2014 out./dez [citado em 2018 Set]; 38(103): 817-829. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0817>.

13. Peneluppi LS, Moreira MAM, Tosta TJG, Bellato HR, Olivato GB, Ribeiro CSC. Perfil Epidemiológico da Hanseníase em uma Cidade do Sul de Minas Gerais no Período de Nove Anos: Estudo Retrospectivo. *RCS* [on-line]. 2015 [citado em 2018 Set]; 5(4): 28-34. doi: <http://dx.doi.org/10.21876/rscfmit.v5i4.406>.

14. Sarmiento APA, Pereirao AM, Ribeiro F, Castro JL, Almeida MB, Ramos NM. Perfil epidemiológico da hanseníase no período de 2009 a 2013 no município de Montes Claros (MG). *Rev Soc Bra Clin Med* [on-line]. 2015 Jul./set. [citado em 2018 Set]; 13(3): 180-184. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2015/v13n3/a5389.pdf>.

15. Lana FCF, Lanza FM, Carvalho APM, Tavares APN. O estigma em hanseníase e sua relação com as ações de controle. *Rev enferm UFSM* [on-line]. 2014 jul./set [citado em 2018 Set]; 4(3): 556-565. doi: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769212550>.

16. Loures LF, Mámora CHC, Barreto J, Duppre NC. Perception of stigma and social impacts on individuals with hansen's disease. *Psicol estud.* [on-line]. 2016 Dec. [citado em 2018 Set]; 21(4): 665-675. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/psicoestud.v21i4.30037>.

17. Penna ML, Grossi MA, Penna GO. Country profile: leprosy in Brazil. *Lepr. Rev.* [on-line]. 2013 Dec [citado em 2018 Set]; 84(4): 308-15. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24745130>.

18. Nicchio MVC, Cutrim FAS, Franco RS, Alexandre KC, Goulart LR, Goulart IM, et al. Avaliação da estratégia combinada de imunoprofilaxia com BCG-ID e quimioprofilaxia com esquema rom em contatos de hanseníase e o impacto nos indicadores epidemiológicos em municípios hiperendêmicos do estado do Maranhão. *Hansenol. Int.* [on-line]. 2016 [citado em 2018 Set]; 41(Supl. 1): 12. Available from: http://www.iisl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=12376.

19. Reed SG, Duthie MS. Vaccines for prevention of leprosy. In: Scollard DM, Gillis TP. *International textbook of leprosy*. 2016 set 18. [citado em 2018 Set]. Available from: <http://www.internationaltextbookofleprosy.org>.

20. Fine PE, Cameiro IAM, Milstien JB, Clements CJ. Issues relating to the use of BCG in immunization programs: a discussion document. Geneva: World Health Organization: 1999 [citado em 2018 Set]. Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/66120>.

Endereço para correspondência: Cosme Rezende Laurindo, Rua Tenente Guimarães, nº 290 (casa). Juiz de Fora, MG, Brasil. E-mail: cosmelaurindo@outlook.com

Data de recebimento: 05/04/2018

Data de aprovação: 30/09/2018