



TEMPO PARA O DIAGNÓSTICO DA HANSENÍASE E SUA RELAÇÃO COM FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS¹

Natalia Marciano de Araujo Ferreira*
Rejane Kiyomi Furuya**
Jessica Maia Storer***
Antônio Carlos Vieira Ramos****
Juliane de Almeida Crispim*****
Ricardo Alexandre Arcêncio*****
Flávia Menegueti Pieri*****

RESUMO

Objetivo: investigar os fatores associados ao tempo decorrido entre a identificação dos sinais e sintomas relacionados à hanseníase até o diagnóstico dos casos atendidos na atenção primária à saúde. **Método:** estudo transversal e analítico, realizado na atenção primária à saúde em um município de grande porte localizado no sul do Brasil, com amostra de 245 indivíduos. O período analisado foi de 2009 a 2016, por meio das fichas de notificação e consulta ao prontuário. Para análise do tempo para o diagnóstico de hanseníase (categorizado em 0 a 5 anos ou 6 anos ou mais), conduziram-se análises de frequência relativa simples, bivariada e regressão logística binária aferida pelo Odds Ratio (OR) e intervalo de confiança de 95%. Nível de significância estatística estabelecido de 5% para todas as análises. **Resultados:** o tempo para o diagnóstico variou de 1 mês a 20 anos, sendo necessários, em média, 7,9 consultas e 4,6 anos para obtê-lo. Ter três ou mais hipóteses aumentou a chance de diagnóstico tardio, comparado ao oportuno (OR ajustado=4,82; IC95%: 2,13-10,89; P<0,001). **Conclusão:** o tempo decorrido para o diagnóstico teve impacto nas características da hanseníase, sendo que quanto maior o número de hipóteses apresentadas, maior o tempo decorrido para o diagnóstico e, conseqüentemente, maiores as chances de apresentar GIF instalado.

Palavras-chave: Hanseníase. Diagnóstico Tardio. Enfermagem. Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

A Organização Pan-Americana da Saúde, parte da Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), reafirmou seu compromisso visando trabalhar com os países da região das Américas a fim de eliminar doenças transmissíveis até 2030, dentre elas a hanseníase. Diante disso, o acesso universal a medidas de detecção e ao tratamento precoce torna-se fundamental para a diminuição da transmissão, morbidades e sequelas, características peculiares à hanseníase^(1,2).

O cenário epidemiológico, segundo a OMS, demonstra a existência de subnotificação, subdetecção e ainda o diagnóstico tardio^(2,3).

Todos esses dados corroboram para o diagnóstico tardio com morbidades e incapacidades e fortalecem que ações estratégicas para a realização do diagnóstico precoce com auxílio dos principais métodos diagnósticos devem ser implantados/reforçados na Atenção Primária à Saúde (APS), principal porta de entrada no atendimento à população⁽²⁻⁷⁾.

No ano de 2018, a taxa de detecção brasileira foi de 1,37 a cada 10.000 habitantes. Esse número coloca o País em segundo lugar no panorama global de casos novos. Levando em consideração a detecção com Grau de Incapacidade Física II (GIF-II), houve uma taxa média de 10,1 casos para cada milhão de habitantes do Brasil, nesse mesmo ano⁽⁸⁾.

¹Artigo derivado de dissertação de mestrado intitulada "Avaliação da Hanseníase em município do norte do Paraná: tendências temporais e análise espacial", apresentada por Natalia Marciano de Araujo Ferreira ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, em 2018.

*Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Londrina, PR, Brasil. E-mail: natty_fdj@hotmail.com. ORCID iD: 0000-0002-5802-6188.

**Enfermeira. Pós-doutora em Enfermagem. Professora do Instituto Federal do Paraná (Campus Londrina). Londrina, PR, Brasil. E-mail: refuruya@gmail.com. ORCID: 0000-0003-0885-5364.

***Enfermeira. Residente de Enfermagem em Infectologia pela UEL. Londrina, PR, Brasil. E-mail: jessicamaia@gmail.com. ORCID: 0000-0002-9973-501X.

****Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem em Saúde Pública. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: antonio.ramos@usp.br. ORCID: 0000-0002-7862-1355.

*****Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. EERP/SP. Ribeirão Preto, PR, Brasil. E-mail: julianecrisp@gmail.com. ORCID: 0000-0003-4642-9075.

*****Enfermeiro. Pós-doutor em Enfermagem em Saúde Pública. Professor na EERP/SP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: ricardo@erp.usp.br. ORCID: 0000-0003-4792-8714.

*****Enfermeira. Pós-doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora na UEL. Londrina, PR, Brasil. E-mail: fpieri@uel.br. ORCID: 0000-0003-1239-2550.

Nesse contexto, indivíduos acometidos por hanseníase demandam vigilância em saúde por parte principalmente da APS no reconhecimento precoce dos sinais e sintomas característicos desse agravo e atendimento imediato a fim de evitar incapacidades físicas resultantes do diagnóstico tardio. Além disso, é preciso conhecer fatores que possam aumentar a probabilidade do grau de incapacidade nos indivíduos.

Com base no exposto, este estudo teve como objetivo investigar os fatores associados ao tempo decorrido entre a identificação dos sinais e sintomas relacionados à hanseníase até o diagnóstico.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal e analítico, desenvolvido nas 54 Unidades Básicas de Saúde (UBS) da APS, localizadas em Londrina, norte do Paraná, Brasil. Esse município é referência para o atendimento da hanseníase, visto que possui dois centros especializados com foco na doença, dispondo de profissionais capacitados⁽⁹⁾.

Os critérios de inclusão adotados foram indivíduos diagnosticados e notificados com hanseníase em Londrina, no período de 2009 a 2016 (anos que seguiram a descentralização das ações para o controle desse agravo no município), residentes na zona urbana. Como critério de exclusão, consideraram-se todos os casos notificados cuja localização do prontuário na APS não foi possível. Entendeu-se, nesse sentido, que possivelmente esses casos tenham sido atendidos em nível de serviço privado, o que dificultou o acesso para a análise.

Para compor o banco de dados, utilizaram-se duas estratégias. Primeiramente, em março de 2017, coletaram-se dados a partir das fichas do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) entre os anos de 2009 e 2016. Essas fichas possuem dados sociodemográficos dos indivíduos, bem como informações complementares a respeito das características da doença.

Em uma segunda etapa, de abril a julho do mesmo ano, realizou-se busca em prontuários nas UBS que eram referência para cada um desses indivíduos a fim de verificar os dados presentes nas fichas e também subsidiar uma

maior quantidade de informações específicas e complementares do curso da doença, tais como número de consultas pelas quais os doentes passaram antes do diagnóstico assertivo, possíveis hipóteses diagnósticas sugeridas nessas consultas, bem como calcular o tempo decorrido entre os primeiros sintomas e o diagnóstico.

Consideraram-se como sintomas lesões (manchas, placas, pápulas ou nódulos) hipocrômicas, hiperocrômicas e avermelhadas, distúrbio de sensibilidade (nas lesões ou fora dela), além de neurites e espessamento neural⁽¹⁰⁾.

A caracterização foi realizada por meio de variáveis-chave para o estudo, sendo elas sexo (masculino ou feminino), faixa etária (até 15 anos considerados pediátricos em relação à doença, 16 a 60 anos e acima de 60 anos), cor de pele (branco, negro/pardo, amarelo/índigena, não respondido), escolaridade (analfabeto, até 8 anos, 9 a 11 e mais de 11 anos de estudo), renda (até R\$800,00, entre R\$800 e R\$2.200,00 e acima de R\$2.200,00 conforme ficha de notificação; o salário mínimo oscilou entre R\$465,00 e R\$880,00 durante o período estudado), tempo para o diagnóstico em anos, número de hipóteses diagnósticas cogitadas (quantitativa), forma clínica (indeterminada, tuberculoide, dimorfa e virchowiana), classificação operacional (paucibacilar ou multibacilar) e GIFno diagnóstico (grau 0, I ou II).

Em relação ao tempo para os diagnósticos, aqueles realizados entre 0 e 5 anos foram considerados oportunos, enquanto os realizados em 6 anos ou mais foram considerados tardios⁽¹⁰⁾. A análise estatística exploratória e analítica foi por meio do *Software IBM Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 20.0.

Primeiramente, realizaram-se análises de frequência simples e relativa com o objetivo de caracterizar a população do estudo. Após essa etapa, fez-se análise bivariada para identificar a associação entre o tempo para diagnóstico da hanseníase e variáveis independentes sociodemográficas e clínicas (idade, anos de estudo, renda, caso anterior na família, número de hipóteses até o diagnóstico, classificação operacional e GIFno diagnóstico).

Nessa análise, utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson considerando associação

estatisticamente significativa os valores de $p < 0,05$, assim como o cálculo do OddsRatio (OR) e seus respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC95%); em seguida, procedeu-se à análise múltipla por meio da regressão logística binária com a estratégia *enter*. Nessa etapa, selecionaram-se as variáveis significativas ($p < 0,2$) na análise bivariada.

Este estudo não possui fontes de financiamento e atende à Resolução 466/2012, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina

(CEP/UUEL) sob o Certificado nº 38642514.3.0000.5231 e parecer nº 930.220, deferido em 21 de dezembro de 2014.

RESULTADOS

Entre 2009 e 2016, houve 426 notificações de hanseníase no município estudado, ou seja, casos novos. Destas, 245 formaram a amostra do estudo, retirando-se as perdas/exclusões ($n=91$) e habitantes da zona rural ($n=90$). As informações apresentadas referentes às características sociodemográficas e clínico-operacionais dos indivíduos são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínico-operacionais dos casos de hanseníase acompanhados na Atenção Primária à Saúde. Londrina (PR), Brasil, 2009 – 2016

Variáveis	N	%
Sexo (n=245)		
Masculino	133	54,3
Feminino	112	45,7
Faixa Etária (n=245)		
< 15 anos	6	2,4
16 a 60 anos	170	69,4
> 60anos	69	28,2
Raça/cor (n=245)		
Branco	122	49,8
Não Branco	84	34,3
Não respondido/Em branco	39	15,9
Escolaridade/Anos de Estudo (n=174)		
Analfabeto	14	8,1
Até 8 anos	121	69,5
Entre 9 e 11 anos	28	16,1
Acima de 12 anos	11	6,3
Renda (salário mínimo*) (n=245)		
≤ 1	29	11,8
> 1	83	33,9
Não respondido	133	54,3
Classificação Operacional (n=245)		
Paucibacilar	47	19,2
Multibacilar	198	80,8
Grau de Incapacidade no Diagnóstico (n=245)		
Grau 0	43	17,5
Grau 1	163	66,5
Grau 2	31	12,7
Não avaliado	8	3,3
Caso anterior na família (n=245)		
Sim	36	14,7
Não	46	18,8
Não respondido	163	66,5

*Salário mínimo= R\$ 954,00

Com relação ao tempo decorrido para o diagnóstico, 68,6% ($n=174$) dos indivíduos foram contemplados em até 5 anos (considerado oportuno neste estudo). Por outro lado, outros levaram até duas décadas e 26 consultas para obter o diagnóstico real. A média de consultas registradas foi de 7,9, ou seja, o usuário procurou o serviço de

saúde para consulta em média quase oito vezes até apresentar um diagnóstico específico, desde o início dos sintomas.

Em relação aos menores de 15 anos participantes do estudo (considerados pediátricos pela OMS), todos ($n=6$) foram diagnosticados oportunamente (em até 5 anos) e, destes, cinco

crianças e adolescentes (mais de três quartos) tiveram menos de três hipóteses para diagnóstico. Já em relação aos que apresentaram caso anterior na família (n=36), 26 tiveram diagnóstico oportuno, contrapondo os 10 casos com diagnóstico considerado tardio.

Nas Tabelas 2 e 3, observa-se uma comparação entre indivíduos com diagnóstico oportuno e tardio. O número de hipóteses diagnósticas superior a três foi associado ao maior tempo decorrido para o diagnóstico ($p < 0,001$), ou seja, a chance de um paciente com três ou mais hipóteses

diagnósticas ter o diagnóstico tardio foi quatro vezes maior àqueles que apresentaram até duas hipóteses (OR=4,44; IC95%; 2,30 -8,57). Entre as hipóteses diagnósticas registradas, podemos citar dermatite, micose, somatização, vitiligo, lúpus eritematoso.

Levando em consideração as características clínicas abordadas, a chance de apresentar diagnóstico tardio foi maior em indivíduos com GIF instalado, seja grau I ou II (OR=2,10; IC95%=0,92-4,80; $p=0,007$).

Tabela 2. Análise descritiva das características associadas ao tempo para diagnóstico de hanseníase em Londrina, PR, Brasil, 2009-2016

	Tempo para diagnóstico (anos)			
	0 a 56 ou mais		0 a 56 ou mais	
	n	%	n	%
Idade (anos)* (n=245)				
Até 60	121	68,8	55	31,2
61 ou mais	47	68,1	22	31,9
Anos de estudo (n=174)				
Menos de 4	40	60,6	26	39,4
4 ou mais	77	71,3	31	28,7
Renda per capita (em reais) (n=112)				
Até 800	16	57,1	12	42,9
801 ou mais	53	63,9	30	36,1
Caso anterior na família (n=82)				
Sim	26	72,2	10	27,8
Não	33	71,7	13	28,3
Número de hipóteses até o diagnóstico (n=181)				
0 a 3	84	80	21	20
4 ou mais	36	47,4	40	52,6
Classificação operacional (n=245)				
Paucibacilar	29	61,7	18	38,3
Multibacilar	139	70,2	59	29,8
Grau de incapacidade no diagnóstico (n=237)				
Grau 0	35	81,4	8	18,6
Grau I e II	131	67,5	63	32,5

Tabela 3. Associação das variáveis sociodemográficas e clínicas com o tempo para diagnóstico da hanseníase. Londrina, PR, Brasil, 2009-2016

Variável	OR bruto	IC 95%	p-valor	OR ajustado*	IC 95%	p-valor
Idade (anos)* (n=245)						
Até 60	1	-				
61 ou mais	1,03	0,57 ; 1,87	0,923			
Anos de estudo (n=174)						
Menos de 4	1			1		
4 ou mais	0,62	0,33 ; 1,18	0,145	0,69	0,31-1,53	0,363
Renda per capita (em reais) (n=112)						
Até 800	1					
801 ou mais	0,76	0,32 ; 1,80	0,527			
Caso anterior na família (n=82)						
Sim	1					
Não	1,02	0,39 ; 2,71	0,961			
Número de hipóteses até o diagnóstico (n=181)						
0 a 3	1			1		
4 ou mais	4,44	2,30 ; 8,57	<0,001	4,82	2,13-10,89	<0,001
Classificação operacional (n=245)						
Paucibacilar	1					
Multibacilar	0,68	0,35 ; 1,33	0,259			
Grau de incapacidade no diagnóstico (n=237)						
Grau 0	1			1		
Grau I e II	2,10	0,92 - 4,80	0,072	1,62	0,39-6,72	0,510

* OR ajustado por anos de estudo; grau de incapacidade no diagnóstico e número de hipóteses até o diagnóstico; IC95% : intervalo de confiança de 95%.

As variáveis supracitadas (número de hipóteses até o diagnóstico, anos de estudo e grau de incapacidade no diagnóstico) foram levadas à análise ajustada, e a variável número de hipóteses diagnósticas permaneceu associada ao desfecho, ou seja, aqueles com três ou mais hipóteses para o diagnóstico apresentam mais chance de diagnóstico tardio (OR ajustado= 4,82; IC95%= 2,13-10,89; $p < 0,001$).

DISCUSSÃO

Este estudo realizou uma investigação dos fatores associados ao tempo decorrido entre a identificação dos sinais e sintomas relacionados à hanseníase até o momento do diagnóstico em um município localizado no norte do estado do Paraná, considerado como a terceira cidade mais importante do sul do País.

O tempo para diagnóstico de hanseníase foi elevado no presente estudo, com média de 4,6 anos, considerando-se desde o primeiro sintoma até sua confirmação. Isso implica que os esforços do governo em suas esferas nacional, estadual e municipal não têm sido suficientes e realizados de acordo com a proposta da OMS no último quadriênio, especialmente no que tange à busca ativa e ao diagnóstico precoce de hanseníase. Nesse cenário, a APS, alicerce central do SUS, figura como principal aliada na luta contra a doença, principalmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo em vista que a diminuição da incidência da hanseníase está intimamente relacionada à ESF e ao desenvolvimento de suas atribuições^(2, 11).

A ESF é desenvolvida por meio de atividades interdisciplinares a um número delimitado de famílias, em uma determinada área geográfica, por equipes multiprofissionais cujo trabalho se inicia por meio das atividades dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que representam um elo entre o serviço e a comunidade, baseado em ações de promoção da saúde com as famílias, prevenção de doenças e vigilância em saúde por meio das visitas domiciliares⁽¹¹⁾. Em outras realidades, a média de anos decorridos para o diagnóstico da doença variou desde 12 meses nos Estados Unidos da América, passando por 17,9 meses em localidade da Índia, 2 anos no estado de São Paulo, até 6 anos em Minas Gerais e 4,2 anos na Nigéria, dados publicados entre os anos de 2015 e 2018^(2, 11-15).

No que tange às variáveis sociodemográficas, não houve associações estatisticamente significantes para o diagnóstico tardio na análise univariada. Ressalta-se a incompletude de dados nas fichas de notificação em relação a essa variável, e resultados semelhantes são apontados em outro estudo realizado no Brasil⁽¹⁶⁾.

Indivíduos menores de 15 anos cujas fichas de notificação foram elegíveis para o estudo foram diagnosticados em até 5 anos e a maioria, com menos de três hipóteses diagnósticas. A ocorrência de hanseníase nessa faixa etária sugere intensa circulação do microrganismo na região, assim como alto índice de transmissão e casos não identificados^(7,17). Ligado a isso, inclui-se a busca de contatos como medida primordial na identificação dos casos. No presente estudo, entre aqueles indivíduos que possuíam caso anterior na família, a maioria apresentou diagnóstico precoce. Isso traz a implicação de que nesse caso a busca de contatos foi relevante para esses diagnósticos. Esse acompanhamento deve ser realizado nos 5 anos posteriores ao diagnóstico do caso-índice.

Algumas características socioeconômicas vêm ao encontro do esperado e descrito pela literatura, como a maior prevalência de homens em relação às mulheres e baixa escolaridade, que está intimamente ligada à baixa renda familiar, tornando-se fator de risco para o desenvolvimento da doença^(12,18). Quanto à cor de pele/raça, a maior prevalência de pessoas de raça branca pode ter relação com o local do estudo, onde 70,4% da população é considerada branca, enquanto apenas 21,8% são pardos⁽⁹⁾. Autores de áreas mais ao norte do País reportaram maior quantidade de pardos⁽¹²⁾, sendo a regionalidade fator determinante.

Municípios mais desenvolvidos têm mais possibilidade de ofertar a sua população acesso a uma rede de saúde mais qualificada. Nesta pesquisa, as características sociodemográficas elevaram-se no sentido da menor carência social, reforçando a importância dessas melhores condições sociais no diagnóstico da doença em áreas endêmicas, resultando que o acesso aos serviços de saúde engloba compreensão multidimensional, o que inclui aspectos políticos, sociais, econômicos e culturais, razão pela qual apenas suscitamos a ideia neste texto. Além disso, o arcabouço metodológico adotado no estudo não é capaz de dar conta de tal questão, sendo necessária a realização de pesquisas que analisem a influência

do acesso na taxa de detecção de hanseníase nessas áreas.

Uma preocupação que o estudo traz é a idade dos indivíduos acometidos. A maioria está entre a faixa etária economicamente ativa (de 16 a 60 anos), onerando o governo, previdência social e propiciando deficiências no mercado de trabalho local. Estudo conduzido na Índia, entre 2008 e 2015, demonstrou que os custos aumentam significativamente com o diagnóstico tardio, uma vez que os indivíduos já apresentam incapacidades instaladas e, conseqüentemente, precisam ausentarem-se de suas atividades, bem como aumentam os custos com transporte e estadia desde os primeiros sintomas até o diagnóstico, tratamento e cura⁽¹⁴⁾.

A maior prevalência de casos multibacilares e suas formas clínicas correspondentes também segue uma tendência verificada na literatura^(12,19-20). A mesma tendência é notória em relação ao grau de incapacidade. Há uma quantidade substancial e, por conseguinte, insatisfatória de indivíduos que apresentam o diagnóstico já com incapacidades instaladas, sejam elas de grau I ou II, gerando ônus ao paciente e sociedade^(6,18-19, 21).

Neste estudo, considera-se que o tempo decorrido até o diagnóstico foi influenciado pelo número de hipóteses diagnósticas recebidas pelos indivíduos, demonstrando a tendência esperada. Quanto maior o número de hipóteses, maiores as chances desse diagnóstico ocorrer tardiamente.

Em estudo realizado no estado de São Paulo, encontrou-se que indivíduos que apresentaram *a priori* outro diagnóstico tiveram três vezes mais chances de apresentar diagnóstico tardio em comparação com aqueles não diagnosticados incorretamente (diagnosticados corretamente ou que não foi dado qualquer diagnóstico na primeira consulta)⁽¹⁶⁾.

O estudo aponta uma deficiência no conhecimento a respeito da doença, visto que os profissionais que não pensam em hanseníase na primeira procura do usuário também não cogitam essa possibilidade em consultas posteriores. Apesar de não estatisticamente significante, indivíduos com GIF instalado apresentaram duas vezes mais chances de diagnóstico tardio, quando comparados aos sem incapacidade. Sabe-se que a detecção precoce reduz a incapacidade e, especificamente para o GIF II, a meta da OMS é uma taxa de menos de um por milhão de habitantes por meio de campanhas, melhora da cobertura e acesso para

populações marginalizadas⁽²⁾.

Nesse sentido, mediante achados de pesquisadores chineses, a não especificidade dos sintomas pode ser considerada um fator crucial para o erro no diagnóstico⁽⁷⁾. A coexistência de sintomas cutâneos, reumáticos e neurológicos leva a um diagnóstico duvidoso. A hipoestesia, porém, é fator determinante no diagnóstico diferencial. Outros estudos conduzidos ainda mostram como hipóteses recorrentes alergia, furunculose, reumatismo, problemas circulatórios e outras dermatoses^(22,23).

O estigma é também descrito como fator preditivo para o atraso na procura dos serviços de saúde, com achados em outras localidades revelando que aqueles que temiam o isolamento da comunidade tiveram probabilidade dez vezes maior na demora para procurar atendimento, comparados àqueles que não temiam esse isolamento⁽¹⁶⁾.

Dessa forma, observa-se que diagnóstico tardio, estigma e discriminação estão intimamente inter-relacionados⁽²⁾. Outros estudos também têm apontado essa característica. Na Índia, as razões encontradas para o diagnóstico não oportuno foram falta de conhecimento em relação aos sintomas e tratamento gratuito, além de capacidade diminuída do sistema de saúde no que se refere ao controle da doença e o autodiagnóstico⁽²⁴⁾. No Nordeste do Brasil, por sua vez, as razões para esse fenômeno foram citadas como a falta de capacitação dos profissionais nos serviços de saúde, além do estigma e preconceito⁽²³⁾.

Algumas limitações do estudo devem ser consideradas, como a utilização de dados secundários, devido à incompletude no preenchimento da ficha de notificação do Sinan, bem como uma quantidade substancial de prontuários não encontrados nas UBS ou contendo pouca/nenhuma informação. Nesse sentido, deve-se levar em consideração a procura por serviços privados e de alta complexidade, como hospitais. Em relação aos prontuários analisados, estes podem apresentar lacunas quanto à existência de sintomas, visto que o indivíduo pode ter demorado a buscar atendimento, as anotações podem não ser fidedignas ou não se relacionar especificamente à hanseníase.

CONCLUSÃO

A hanseníase é prevalente em indivíduos brancos, do sexo masculino, em idade economicamente ativa, com baixa escolaridade e renda familiar. Seu diagnóstico acontece com mais frequência na classificação multibacilar. O tempo decorrido para o diagnóstico teve impacto nas formas clínicas da doença, sendo que quanto maior o número de hipóteses apresentadas, maior o tempo decorrido para o diagnóstico e, conseqüentemente, maiores as chances de apresentar GIF instalado.

Este estudo aponta a necessidade de atuação do enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e ACS nas ações de vigilância e controle da hanseníase na APS para identificação precoce dos casos de hanseníase na comunidade, bem como repensar as práticas e viabilizar atividades de educação em saúde para redução das incapacidades no momento do diagnóstico, muitas vezes irreversíveis, ocasionando mudanças na vida dos acometidos por ela.

TIME FOR LEPROSY DIAGNOSIS AND ITS RELATION TO SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL FACTORS

ABSTRACT

Objective: to investigate the factors associated with the time that elapsed between the identification of signs and symptoms related to leprosy and the diagnosis of cases seen in primary health care. **Method:** this is a cross-sectional and analytical study carried out in primary health care in a large city located in southern Brazil, with a sample of 245 individuals. The period analyzed was from 2009 to 2016, through notification forms and consultation of medical records. For analysis of the time for the diagnosis of leprosy (categorized as 0 to 5 years or 6 years or more), we performed analyzes of simple relative bivariate frequency and binary logistic regression measured by Odds Ratio (OR) and a confidence interval of 95 %. The statistical significance level was set at 5% for all analyzes. **Results:** the time for diagnosis varied from 1 month to 20 years, requiring, on average, 7.9 consultations and 4.6 years to obtain it. Having three or more hypotheses increased the chance of late diagnosis, compared to the opportune one (adjusted OR = 4.82; 95% CI: 2.13-10.89; P <0.001). **Conclusion:** the time elapsed for the diagnosis had an impact on the characteristics of leprosy, and the greater the number of hypotheses, the longer the time elapsed for the diagnosis and, consequently, the greater the chances of presenting DPD installed.

Keywords: Leprosy. Delayed diagnosis. Nursing. Primary Health Care.

TIEMPO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LEPRO Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS

RESUMEN

Objetivo: investigar los factores asociados tras el tiempo entre la identificación de las señales y los síntomas relacionados a la lepra hasta el diagnóstico de los casos atendidos en la atención primaria a la salud. Método: estudio transversal y analítico, realizado en la atención primaria a la salud en un municipio de gran tamaño ubicado en el sur de Brasil, con muestra de 245 individuos. El período analizado fue de 2009 a 2016, por medio de las fichas de notificación y consulta al registro médico. Para análisis del tiempo para el diagnóstico de lepra (categorizado en 0 a 5 años o 6 años o más), se condujeron los análisis de frecuencia relativo simple, bivalente y regresión logística binaria probada por el Odds Ratio (OR) e intervalo de confianza de 95%. Nivel de significación estadística establecido de 5% para todos los análisis. Resultados: el tiempo para el diagnóstico varió de 1 mes a 20 años, siendo necesarios, en promedio, 7,9 consultas y 4,6 años para obtenerlo. Tener tres o más hipótesis aumentó la probabilidad de diagnóstico tardío, comparado al oportuno (OR ajustado=4,82; IC95%: 2,13-10,89; P<0,001). Conclusión: el tiempo transcurrido para el diagnóstico tuvo impacto en las características de la lepra, siendo que cuanto mayor el número de hipótesis presentadas, mayor el tiempo transcurrido para el diagnóstico y, conseqüentemente, mayores las probabilidades de presentar grado de discapacidad física instalado.

Palabras clave: Lepra. Diagnóstico tardío. Enfermería. Atención Primaria de Salud.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana de Saúde. OPAS/OMS reafirma compromisso em trabalhar com países para eliminar doenças transmissíveis até 2030. Brasília (DF); 2018. [citado 25 jan 2019]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5752:opas-oms-reafirma-compromisso-em-trabalhar-com-paises-para-eliminar-doencas-transmissiveis-ate-2030&Itemid=812

2. Organização Mundial da Saúde. Estratégia global para Hanseníase 2016-2020: aceleração rumo a um mundo sem Hanseníase. 2016. [citado 25 jan 2019]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208824/9789290225201-pt.pdf?jsessionid=D9FDF5113A70D6933CA964D9255FD227?sequence=17>.

3. Laurindo CR, Vidal SL, Gama BMBM, Loures LF, Fernandes GAB, Coelho ACO. Trajetória de casos de hanseníase e fatores relacionados. CiencCuidSaude, 2018; Jul-Set 17(3) e42275.

4. Nobre ML, Illarramendi X, Dupnik KM, Hacker MDA, Nery JADC, Jerônimo SMB, et al. Multibacillary leprosy by population groups in Brazil: Lessons from an observational study. *PLoS Negl Trop Dis*. 2017;11(2):e0005364. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0005364>.
5. Araújo AERA, Aquino DMC, Goulart IMB, Pereira SRF, Figueiredo IA, Serra HO, et al. Complicações neurais e incapacidades em hanseníase em capital do nordeste brasileiro com alta endemidade. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(4):899-910. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201400040009>.
6. Leano HAM, Araujo KMFA, Rodrigues RN, Bueno IC, Lana FCF. Indicators related to physical disability and diagnosis of leprosy. *Rev Rene*. 2017;18(6):832-9. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000600018>.
7. Xiong M, Li M, Zheng D, Wang X, Su T, Chen Y, et al. Evaluation of the economic burden of leprosy among migrant and resident patients in Guangdong Province, China. *BMC Infectious Diseases*. 2017;17(1):160. <https://doi.org/10.1186/s12879-017-2869-8>.
8. BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância em Saúde no Brasil 2003 a 2019: da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde aos dias atuais. *Bol Epidemiol. Brasília (DF); Set, 2019*. [citado 24 jan 2020]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/25/boletim-especial-21ago19-web.pdf>
9. Londrina. Prefeitura Municipal. Londrina em dados. Londrina; 2018. [citado 25 jan 2019]. Disponível em: http://www1.londrina.pr.gov.br/index.php?view=article&catid=21%3APlanejamento-&id=543%3ALondrina-em-dados-2017-ano-base-2016&format=pdf&option=com_content&Itemid=558.
10. BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde: volume único. Brasília (DF), 2019. [citado 27 jan 2020]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf
11. Pedraza DF, Santos I. Perfil e atuação do agente comunitário de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família em dois municípios da Paraíba. *Interações*, 2017;18(3):97-105. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-70122017000300097&lng=en&nrm=iso.
12. Porto ACS, Figueira RBFC, Barreto JA, Lauris JRP. Evaluation of the social, clinical and laboratorial profile of patients diagnosed with leprosy in a reference center in São Paulo. *An Bras Dermatol*. 2015;90(2):169-77. <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20153385>.
13. Leon KE, Jacob JT, Franco-Paredes C, Kozarsky PE, Wu HM, Fairley JK. Delayed diagnosis, leprosy reactions, and nerve injury among individuals with Hansen's Disease Seen at a United States Clinic. *Open Forum Infect Dis*. 2016;3(2):ofw063. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofw063>.
14. Muthuvel T, Isaakidis P, Shewade HD, Kattuppara L, Singh R, Govindarajulu S. Leprosy trends at a tertiary care hospital in Mumbai, India, from 2008 to 2015. *Glob Health Action*. 2016;9:32962. <https://doi.org/10.3402/gha.v9.32962>.
15. MekaAO, Chukwua JN, Nwafora CC, Oshia DC, Madichiea NO, Ekekeke N, et al. Diagnosis delay and duration of hospitalisation of patients with Buruli ulcer in Nigeria. *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 2016;110(9):202. <https://doi.org/10.1093/trstmh/trw065>.
16. Henry M, Galan N, Teasdale K, Prado R, Amar H, Rays M, et al. Factors contributing to the delay in diagnosis and continued transmission of leprosy in Brazil: an explorative, quantitative, questionnaire based study. *PLOS Negl Trop Dis*. 2016;10(3):e0004542. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0004542>
17. Organização Mundial da Saúde. Global leprosy update, 2015: time for action, accountability and inclusion. *Wkly Epidemiol Rec*. 2016;91(35):405-20. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249601/WER9135.pdf?sequence=1>
18. Souza EA,erreira AF, Boigny RN, Alencar CH, Heukelbach J, Martins-Melo, FR, et al. Hanseníase e gênero no Brasil: tendências em área endêmica da região Nordeste, 2001–2014. *Rev Saúde Pública*. 2018;52(20). <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000335>.
19. Freitas BIBM, Cortela DCB, Margarida S, Ferreira B. Tendência da hanseníase em menores de 15 anos em Mato Grosso (Brasil), 2001-2013. *Rev Saúde Pública*. 2017;51(28). <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006884>
20. Lima AS, Pinto KC, Bona MPS, Mattos SML, Hoffmann MP, Mulinari-Brenner FA, et al. Leprosy in a University Hospital in Southern Brazil. *An Bras Dermatol*. 2015;90(5):654-9. <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20153959>.
21. Gracie R, Peitoxo JNB, Soares FBR, Hacker MAV. Análise da distribuição geográfica dos casos de hanseníase. Rio de Janeiro, 2001 a 2012. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017;22(5):1695-704. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.24422015>.
22. Zawar V, Kumavat S, Pawar M, Desai, D. Tuberculous leprosy masquerading as systemic lupus erythematosus: an interesting observation. *Acta Dermatovenerol APA*. 2017;26(3):81-3. doi: 10.15570/actaapa.2017.25
23. Martins PV, Iriart JAB. Itinerários terapêuticos de pacientes com diagnóstico de hanseníase em Salvador, Bahia. *Physis*. 2014;24(1):273-89. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000100015>.
24. Muthuvel T, Govindarajulu S, Isaakidis P, Shewade HD, Rokade V, Singh R, et al. I wasted 3 years, thinking it's not a problem: patient and health system delays in diagnosis of leprosy in India: a mixed-methods study. *PLOS Negl Trop Dis*. 2017;11(1):e0005192. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0005192>.

Endereço para correspondência: Natalia Marciano de Araujo Ferreira. Av. Robert Koch, 60. Vila Operária. Londrina – PR, Telefone: (43)99956-5223. E-mail: natty_fdj@hotmail.com. ORCID iD: 0000-0002-5802-6188

Data de recebimento: 04/06/2020

Data de aprovação: 05/11/2020

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, bem como à epidemiologia do município pelo fornecimento dos dados e trabalho que realizam para a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública.