



PERFIL DE PACIENTES QUE CONCLUÍRAM O TRATAMENTO POLIQUIMIOTERÁPICO DA HANSENÍASE: UM ESTUDO TRANSVERSAL

Mônica Gisele Costa Pinheiro*

Clélia Albino Simpson**

Felismina Rosa Parreira Mendes***

Francisco Arnoldo Nunes de Miranda****

RESUMO

Introdução: a hanseníase é uma doença infectocontagiosa que prevalece como problema de saúde pública no Brasil. **Objetivo:** descrever o perfil sociodemográfico, de tratamento e clínico de pacientes que concluíram o tratamento poliquimioterápico para a hanseníase. **Método:** estudo transversal, desenvolvido de novembro de 2017 a fevereiro de 2018 no município de Natal. A população-alvo foi constituída por 113 indivíduos cadastrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação e a amostra por 90, que foram notificados para a hanseníase e concluíram o tratamento poliquimioterápico, selecionados por sorteio. Os dados foram coletados por formulário, tabulados e analisados pelo SPSS 21. Quanto ao teste de Kolmogorov-Smirnov, não se observou uma distribuição de normalidade dos achados, optando-se por trabalhar com testes não paramétricos: qui-quadrado de Pearson (ou exato de Fisher) e o teste de Mann-Whitney. **Resultados:** predominaram indivíduos do sexo feminino, até 59 anos, com baixa renda, baixo grau de escolaridade, tratados nos centros de referência e classificados como paucibacilares. **Conclusão:** as condições de vulnerabilidade associada à predominância de casos tratados nos centros de referência reforçam a necessidade de organização da atenção básica para acompanhamento dos casos de hanseníase.

Palavras-chave: Hanseníase; Alta do Paciente; Doença Crônica; Perfil de Saúde; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa crônica, mais prevalente em populações que vivem em condições de vulnerabilidade social e com faixa etária economicamente ativa, causada pelo *Mycobacterium leprae*, o qual acomete a pele e os nervos periféricos causando sinais e sintomas dermatoneurológicos, podendo ocorrer alterações sensitivas, motoras e autônomas⁽¹⁾.

Os doentes são classificados operacionalmente em paucibacilares (PB – presença de até cinco lesões de pele com baciloscopia de raspado intradérmico negativo) ou multibacilares (MB – presença de seis ou mais lesões de pele ou baciloscopia positiva) e a alta por cura é dada após a administração do número de doses preconizadas pelo esquema terapêutico, dentro do prazo recomendado (6 doses supervisionadas em até 9 meses para PB e 12 doses supervisionadas em até 18 meses para MB)⁽¹⁾.

É uma doença com agravantes inerentes ao contexto social e econômico, com elevado poder incapacitante, podendo ocasionar deformidades físicas e invalidez, representando um sério problema de saúde pública no Brasil. A introdução do esquema poliquimioterápico (PQT), indicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), mediou mudanças na conduta perante a hanseníase, oportunizando tratamento e cura, porém os números relacionados à doença continuam preocupantes⁽²⁻³⁾.

Em 2019, notificaram-se 202.185 casos novos de hanseníase no mundo, dos quais 29.936 ocorreram na região das Américas e 27.864 (93% do total das Américas) foram reportados no Brasil, classificando o país como de alta carga para a doença ao mesmo tempo em que ocupa o segundo lugar no mundo em número de casos de hanseníase⁽⁴⁾.

Embora sejam reconhecidas zonas de controle com redução no coeficiente de detecção

*Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Hospital Universitário Ana Bezerra/Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: monicapinheiro@live.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8702-3720>.

**Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: cleliasimpson@hotmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4960-8589>.

***Enfermeira. Doutora em Sociologia. Universidade de Évora. E-mail: fm@uevora.pt. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9518-2289>.

****Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: famoldo@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8648-811X>.

de casos novos, as regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste apresentam coeficiente de prevalência acima do recomendado pela OMS, ou seja, mais de um caso a cada 10.000 habitantes. Até 31 de dezembro de 2019 havia 13.087 casos de hanseníase em tratamento no Nordeste, dos quais 224 se encontravam no Rio Grande do Norte, o que corresponde a uma taxa de prevalência de 0,63 casos por 10.000 habitantes, com existência de casos novos notificados com grau 2 de incapacidade física⁽⁴⁾.

Recomendações da OMS para detecção precoce, início do tratamento imediato, bem como reabilitação física, social e psicológica dos doentes, contribuem com a redução da carga da doença. Mas, observa-se que a distribuição geográfica da hanseníase é heterogênea no Brasil, o que pode ser associado à baixa renda e nível de organização dos serviços de saúde⁽⁵⁾.

No contexto das ações de controle da doença, a enfermagem ganha destaque mediante o desenvolvimento do seu processo de trabalho atrelado ao combate à hanseníase, em especial na Atenção Primária em Saúde (APS), na medida em que realiza atendimento voltado ao diagnóstico, continuidade do tratamento, prevenção de incapacidades físicas e vigilância. Contudo, a hanseníase é incapacitante, deixa sequelas graves e se faz endêmica em diversos países, ratificando a necessidade de reforçar as estratégias em prol do seu controle^(2,5-6).

Por acometer de forma mais predominante a parcela da população considerada vulnerável, a hanseníase é referida como doença negligenciada que apresenta barreiras de controle e eliminação. Portanto, a análise de dados relacionados ao monitoramento da doença se torna protagonista ante ao direcionamento de ações e identificação de vieses enfrentados pelos serviços de saúde no tocante à hanseníase⁽⁷⁾. Nessa perspectiva, questiona-se: qual o perfil sociodemográfico, de tratamento e clínico de pacientes que concluíram o tratamento poliquimioterápico para a hanseníase?

A investigação de tais informações é preponderante para a saúde coletiva na medida em que possibilita a identificação do perfil de grupos populacionais afetados pela hanseníase, elucidando discussões sobre estratégias de saúde a serem adotadas em consonância com as peculiaridades apresentadas, considerando as diferenças de acesso e oportunidade⁽⁸⁻⁹⁾.

Ressalta-se ainda que não foram encontrados estudos que abordam tal temática no município de Natal/RN. Portanto, o presente trabalho tem por objetivo descrever o perfil sociodemográfico, de tratamento e clínico de pacientes que concluíram o tratamento poliquimioterápico para a hanseníase.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, desenvolvido de novembro de 2017 a fevereiro de 2018 no município de Natal, capital do Rio Grande do Norte, que conta com uma população estimada em 2020 de 890.480 pessoas, com a última atualização do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal estimada em 0,763⁽¹⁰⁾.

A população de referência foi definida pelos 214 casos de hanseníase notificados nos anos de 2011 a 2015. Esta foi submetida aos critérios de elegibilidade, obtendo-se a população-alvo do estudo constituída por 113 indivíduos.

Incluíram-se na população-alvo os egressos do tratamento de hanseníase que concluíram a PQT nos anos de 2011 a 2015, em tempo padronizado pela OMS, conforme a classificação operacional; cadastrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Natal; que residiam em Natal durante realização do tratamento no município; residentes no endereço cadastrado no banco de dados ou que utilizam o mesmo número de telefone a fim de permitir o contato com possível participante da pesquisa; com idade mínima de 18 anos; e vivos. Excluíram-se aqueles indivíduos com barreiras de comunicação; pessoas com sofrimento psíquico; indivíduos com comprometimento neurológico por causa não relacionada à hanseníase; pacientes internados. Para avaliação da possibilidade de sofrimento psíquico ou comprometimento neurológico por causa não relacionada à hanseníase, questionou-se ao participante do estudo sobre a existência de comorbidade.

A partir da população-alvo, determinou-se o tamanho da amostra da pesquisa, utilizando a fórmula proposta para cálculo do tamanho mínimo da amostra⁽¹¹⁾. Considerando um erro amostral de 5%, definiram-se 90 indivíduos para a amostra, selecionados mediante sorteio a partir

do banco de dados do SINAN. O contato inicial se deu a partir de chamada telefônica para agendar data e horário para realização da entrevista. Quando o número de telefone estava desatualizado, seguiu-se até o endereço do possível participante do estudo para realizar o contato inicial.

Os dados foram coletados por meio de entrevista, mediante preenchimento de formulário elaborado pelos autores, o qual continha perguntas relacionadas à caracterização da amostra (sexo, idade, estado civil, etnia, escolaridade, ocupação, renda familiar, número de membros no domicílio, realização do tratamento sem abandono, existência de algum membro da família que também tenha sido diagnosticado com hanseníase e retorno ao local de realização do tratamento após a alta medicamentosa). As demais variáveis (ano de início do tratamento, local em que foi realizado, modo de entrada e de detecção, baciloscopia, manifestação clínica, graus de incapacidade física no início e no final do tratamento e presença de reação hansênica) foram preenchidas a partir do banco de dados do SINAN em que estão cadastrados.

Uma vez coletados, foram tabulados em planilha no programa estatístico *Statistical Product and Service Solutions* (SPSS) versão 21 e submetidos à análise estatística. Quanto ao

teste de *Kolmogorov-Smirnov*, não se observou uma distribuição de normalidade dos achados, optando-se por trabalhar com testes não paramétricos. As variáveis categóricas foram submetidas ao qui-quadrado de Pearson (ou exato de Fisher, na impossibilidade de utilizar o qui-quadrado). Para as variáveis escalares, utilizou-se o teste de *Mann-Whitney*. Considerou significância estatística para $p < 0,05$. Adotou-se a classificação operacional utilizada no momento do diagnóstico como variável moderadora, uma vez que está relacionada com a progressão da doença⁽¹²⁾.

A realização do estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com parecer substanciado número 2.054.508 e CAAE 64874316.3.0000.5537. Para sua realização, obtiveram-se a anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Natal e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes do estudo.

RESULTADOS

A Tabela 1 descreve os dados mensurados para a caracterização sociodemográfica, ressaltando-se que, embora não apresentem significância estatística, existem diferenças entre os resultados encontrados.

Tabela 1. Distribuição sociodemográfica em função da classificação operacional dos egressos do tratamento de hanseníase, 2011 a 2015. Natal/RN, Brasil

Perfil sociodemográfico	Multibacilar		Paucibacilar		Total		Qui-quadrado de Pearson p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							
Feminino	21	23,3	34	37,8	55	61,1	0,708
Masculino	12	13,3	23	25,6	35	38,9	
Faixa etária (anos)							
Até 59	19	21,1	37	41,1	56	62,2	0,489
A partir de 60	14	15,6	20	22,2	34	37,8	
Estado civil							
Casado/com companheiro	19	21,1	36	40,0	55	61,1	0,956
Solteiro	08	8,9	12	13,3	20	22,2	
Separado ou divorciado	03	3,3	05	5,6	08	8,9	
Viúvo	03	3,3	04	4,4	07	7,8	
Etnia							
Não branca	22	24,4	28	31,1	50	55,6	0,107
Branca	11	12,2	29	32,2	40	44,4	
Escolaridade							
Fundamental	16	17,8	25	27,8	41	45,6	0,970
Médio	10	11,1	20	22,2	30	33,3	
Superior	04	4,4	07	7,8	11	12,2	
Sem escolaridade	03	3,3	05	5,6	08	8,9	
Ocupação/profissão							
Do lar	14	15,6	12	13,3	26	28,9	0,336
Aposentado	08	8,9	14	15,6	22	24,4	
Autônomo	05	5,6	13	14,4	18	20,0	
Outros	05	5,6	13	14,4	18	20,0	
Profissional liberal	01	1,1	04	4,4	05	5,6	
Estudante	00	0,0	01	1,1	01	1,1	

Fonte: dados da pesquisa.

Averiguou-se predominância de indivíduos do sexo feminino, 55 (61,1%), com proporção de 1 homem a cada 1,57 mulher. Entre os 90 participantes, 56 (62,2%) pertencem à faixa etária de até 59 anos, 55 (61,1%) possuem companheiro, 50 (55,6%) citaram ser de etnia não branca e 71 (79,5%) pessoas não possuem nível superior, de modo que quase a metade da amostra, o que corresponde a 41 (45,6%) pessoas, cursou até o ensino fundamental. Todas essas variáveis predominaram na classificação operacional paucibacilar (PB). Ao considerar a variável ocupação, foram mais frequentes as 14 (15,6%) observações “do lar” para os casos

multibacilares (MB) e 14 (15,6%) “aposentado” para os paucibacilares.

Na Tabela 2, apresenta-se a distribuição das variáveis escalares de caracterização sociodemográfica em função da classificação operacional. A idade variou de 22 a 85 anos nos casos MB e de 18 a 88 anos nos PB. O número de membros residentes no mesmo domicílio do entrevistado foi equânime para os casos MB e PB, variando de 1 a 6, com 45 (50%) da amostra residindo com cerca de 3 membros no domicílio. A renda familiar gira em torno de R\$ 1.800,00 (no ano de 2018, o valor do salário mínimo era R\$ 954,00).

Tabela 2. Distribuição de variáveis sociodemográficas escalares em função da classificação operacional dos egressos do tratamento de hanseníase, 2011 a 2015. Natal/RN, Brasil

Variável	Multibacilar					Paucibacilar					Mann-Whitney p-valor
	Mín.	Máx.	Percentil			Mín.	Máx.	Percentil			
			25	50	75			25	50	75	
Idade	22,0	85,0	42,0	58,0	64,0	18,0	88,0	40,0	52,0	63,0	0,317
Membros no domicílio	1,0	5,0	2,0	3,0	4,0	1,0	6,0	3,0	3,0	4,0	0,056
Renda familiar ¹	800,0	7000,00	937,00	1800,00	560,00	350,00	10000,00	937,00	1874,00	624,67	0,175
Renda per capita	187,40	3000,00	450,00	560,00	937,00	116,7	5.000,00	312,33	624,67	933,33	0,609

¹Renda familiar em reais.

Fonte: dados da pesquisa.

Com relação à caracterização do tratamento cujas informações foram colhidas a partir do banco de dados dos casos de hanseníase

notificados em Natal/RN e da entrevista, a descrição se faz presente na Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição do perfil de tratamento em função da classificação operacional dos egressos do

tratamento de hanseníase, 2011 a 2015. Natal/RN, Brasil

Perfil do tratamento	Multibacilar		Paucibacilar		Total		Qui-quadrado de Pearson p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Início do tratamento (ano)							
2015	09	10,0	12	13,3	21	23,3	0,500
2013	09	10,0	11	12,2	20	22,2	
2012	04	4,4	16	17,8	20	22,2	
2011	06	6,7	10	11,1	16	17,8	
2014	05	5,5	08	8,9	13	14,4	
Local do tratamento							
Referência especializada	32	35,6	56	62,2	88	97,8	1,000 ¹
APS	01	1,1	01	1,1	02	2,2	
Modo de entrada							
Caso novo	32	35,6	56	62,2	88	97,8	1,000 [†]
Transferência	01	1,1	01	1,1	02	2,2	
Modo de detecção							
	28	31,1	53	58,9	81	90,0	0,436
Demanda espontânea	03	3,3	03	2,2	05	5,6	
Não informado	01	1,1	01	1,1	02	2,2	
Exame de contatos	01	1,1	00	0,0	01	1,1	
Busca ativa	00	0,0	01	1,1	01	1,1	
Realização do tratamento							
Regular	31	34,4	57	63,3	88	97,8	0,132 [†]
Abandono	02	2,2	00	0,0	02	2,2	
Familiar com hanseníase							
Não	25	27,8	44	48,9	69	76,7	0,877
Sim	08	8,9	13	14,4	21	23,3	
Retorno ao serviço de saúde pós-alta							
Sim	32	35,6	37	41,1	69	76,7	0,001 [†]
Não	01	1,1	20	22,2	21	23,3	

¹Exato de Fisher.

Fonte: dados da pesquisa.

A distribuição do ano de início do tratamento se apresenta uniforme ao longo dos anos em estudo, com menor número de pessoas em 2014 e maioria em 2015. Em todos os anos foram diagnosticados casos MB. Observa-se predominância de 88 (97,8%) para realização do tratamento no centro de referência especializada, com 90 (97,8%) entradas classificadas com caso novo. Esse mesmo percentual se repete ao considerar a forma de detecção mediante encaminhamento de outros serviços de saúde. A maior parte realizou o tratamento em tempo preconizado pela OMS e apenas um indivíduo (2,2%) relatou ter abandonado o tratamento alguma vez antes de recomencá-lo e receber alta medicamentosa por conclusão da PQT em tempo padronizado pela OMS.

Ressalta-se que 69 (76,7%) dos casos entrevistados realizaram algum acompanhamento após a alta medicamentosa, ou seja, tanto nos casos MB como nos PB, houve retorno ao serviço de saúde, no qual realizou o tratamento, após a conclusão da PQT. Contudo,

o tipo de acompanhamento realizado e o período temporal em que se deu não foram objetos de identificação do presente estudo. Reforça-se ainda que a maioria dos indivíduos que não retornaram foi classificada como PB (22,2%).

A partir da coleta de dados no banco de casos notificados de hanseníase, traçou-se a caracterização clínica dos indivíduos referente ao período em que faziam tratamento com a PQT, observando-se na Tabela 4 significância estatística nos resultados mensurados a partir da baciloscopia, forma clínica e grau de incapacidade física no início e final do tratamento, distribuídos pela classificação operacional. Do total de 33 (36,7%) casos MB, 23 (25,6%) apresentaram baciloscopia com resultado positivo; e dos 57 (63,3%) PB, 48 (53,3%) tiveram baciloscopia mensurada, apresentando resultado negativo. Ressalta-se a presença de um caso com baciloscopia positiva classificado operacionalmente, de forma errada, como PB.

Tabela 4. Distribuição do perfil clínico em função da classificação operacional dos egressos do tratamento de hanseníase, 2011 a 2015. Natal/RN, Brasil

Perfil clínico	Multibacilar		Paucibacilar		Total		Qui-quadrado de Pearson p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Baciloscopia							
Negativa	09	10,0	48	53,3	57	63,3	<0,001
Positiva	23	25,6	01	1,1	24	26,7	
Não informada	01	1,1	08	8,9	09	10,0	
Manifestação clínica							
Tuberculoide	03	3,3	45	50,0	48	53,3	<0,001
Dimorfa	21	23,3	03	3,3	24	26,7	
Indeterminada	00	0,0	09	10,0	09	10,0	
Virchowiana	09	10,0	00	0,0	09	10,0	
Grau de incapacidade física no início do tratamento							
Grau 0	10	11,1	38	42,2	48	53,3	0,001
Grau I	15	16,7	16	17,8	31	34,4	
Grau II	06	6,7	00	0,0	06	6,7	
Não informado	02	2,2	03	3,3	05	5,6	
Grau de incapacidade física no final do tratamento							
Grau 0	04	4,4	26	28,9	30	33,3	0,001
Grau I	07	7,8	08	8,9	15	17,6	
Grau II	04	4,4	00	0,0	04	4,4	
Não informado	18	20,0	23	25,6	41	45,6	
Reação hansênica no tratamento							
Não informado	22	24,4	48	53,3	70	77,8	0,129
Reação tipo I	08	8,9	08	8,9	16	17,8	
Reação tipo II	01	1,1	01	1,2	02	2,2	
Reação tipos I e II	02	2,2	00	0,0	02	2,2	

Fonte: dados da pesquisa.

Com relação à manifestação clínica, a hanseníase virchowiana, forma mais grave da doença, esteve em nove (10%) dos entrevistados. Também merece destaque os erros de notificação: três (3,3%) casos tuberculoides classificados como MB, bem como três (3,3%) dimorfa tratados com esquema PB.

Dos 57 (63,3%) casos PB, 38 (42,2%) apresentaram grau de incapacidade física zero no início do tratamento. Para os MB, o grau I foi mais frequente, totalizando 15 (16,7%). Do total da amostra, 19 (22%) apresentaram algum grau de incapacidade física ao final do tratamento, prevalecendo a forma mais severa em MB. Em razão da elevada quantidade de dados faltosos no banco de dados, não se pode afirmar que houve redução na quantidade de pessoas com incapacidade física ao se comparar o início com o final do tratamento, merecendo destaque a presença da forma mais severa da incapacidade física ao final do tratamento de casos MB.

A notificação de informações relacionadas à reação hansênica chama a atenção por sua desvalorização no tocante ao preenchimento no banco de dados dos casos notificados, uma vez que ela não estava presente na descrição das informações em 70 (77,8%) da amostra do estudo.

DISCUSSÃO

Existe uma estimativa de que a maioria dos indivíduos que entra em contato com o bacilo de Hansen apresenta resistência ao mesmo. Uma

parcela inferior da população é mais vulnerável à doença por apresentar determinadas condições relacionadas à genética, fatores socioeconômicos e geográficos⁽³⁾. Embora o sexo masculino seja citado como aquele em que a hanseníase é mais prevalente, principalmente na forma MB, por esse grupo de indivíduos apresentar diferentes estilos de vida⁽⁹⁾, a população predominante no presente estudo foi a feminina, classificada em sua maioria como PB.

Ao considerar as condições sociodemográficas, observou-se predominância de indivíduos com até 59 anos de idade, etnia não branca, com baixo grau de instrução, sem uma ocupação formal e com baixo poder aquisitivo. A prevalência de indivíduos com idade produtiva pode estar relacionada com interferências econômicas e sociais, uma vez que as incapacidades físicas adquiridas com a doença são passíveis de influenciar no desenvolvimento de atividades laborais⁽¹³⁾. Esse panorama está em consonância com estudos desenvolvidos na Índia, os quais identificam o pico da doença entre as idades de 20 e 35 anos⁽¹⁴⁾.

Os baixos níveis de escolaridade e baixa renda familiar podem dificultar o acesso aos serviços de saúde e estão relacionados com a pouca compreensão das informações recebidas por esses usuários, assim como dificuldades com o seguimento e adesão às orientações⁽¹⁵⁾. Relata-se, na literatura, a presença de altas taxas de detecção de hanseníase associadas com fatores socioeconômicos precários e elevado índice de vulnerabilidade social, estando mais presente em

populações expostas a condições de pobreza⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Para a variável etnia, cita-se a inexistência de alguma com maior predisposição ou risco para a hanseníase, de modo que a doença será mais frequente na etnia mais prevalente da região em que o estudo está sendo desenvolvido⁽⁸⁾. Contudo, sabe-se das desigualdades sociais e econômicas existentes ao se comparar o grupo de brancos com os não brancos, de modo que aquelas doenças associadas às condições de precariedade, como a hanseníase, podem ser mais frequentes na etnia não branca⁽¹⁸⁾, corroborando com os resultados do presente estudo ao fazer inferência ao maior número de participantes não brancos e com baixo poder aquisitivo.

Na caracterização do tratamento, o quantitativo elevado de pessoas diagnosticadas e tratadas em centros de referência pode refletir uma possível desorganização na Rede de Atenção à Saúde (RAS) voltada ao atendimento de pessoas com hanseníase, com fragilidade nos serviços da APS, onde é recomendado o diagnóstico e tratamento da hanseníase⁽¹⁹⁾. No cenário da APS, o profissional enfermeiro pode contribuir com o acompanhamento do paciente nas consultas agendadas a cada 28 dias para a dose supervisionada, sendo esse momento uma oportunidade para orientações sobre a doença, a adesão ao tratamento e o autocuidado⁽²⁰⁾.

Ao considerar que a confirmação da doença só ocorreu quando o caso suspeito foi encaminhado ao centro de referência, pode-se dizer que houve demanda de maior intervalo de tempo para o diagnóstico e início do tratamento, sendo considerado inadequado⁽⁷⁾. Um estudo desenvolvido na Índia identificou maior gravidade da hanseníase em pacientes que residiam em áreas rurais, o que pode estar associado à falta de disponibilidade de boas instalações de cuidados médicos nessas regiões, de modo que há maior demora para tais pacientes serem diagnosticados⁽¹⁴⁾.

Nesse contexto, enfatiza-se a importância de um plano municipal que direcione as ações a serem desenvolvidas em consonância com cada nível de complexidade, com oferta de treinamento e capacitação às equipes de saúde atuantes no atendimento de pessoas diagnosticadas com hanseníase⁽²¹⁾, cabendo à enfermagem colaborar com o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica, principalmente no desenvolvimento de funções, práticas e

habilidades voltadas ao manejo da doença na APS, para onde são descentralizadas as ações de controle da hanseníase no Brasil⁽⁵⁾.

A existência de participantes do estudo com algum membro da família também diagnosticado com hanseníase reforça a importância de investigar os contatos intradomiciliares. Sabe-se que a convivência em locais com aglomerados de pessoas e pouca circulação de ar favorece a transmissão da doença, colocando os contatos intradomiciliares em evidência, o que requer a busca ativa visando ao diagnóstico precoce, tratamento imediato e consequente quebra na cadeia de transmissão da hanseníase⁽¹⁵⁾.

Ressalta-se que o esquema padrão de tratamento da hanseníase com a PQT leva em consideração a classificação operacional e é constituído por rifampicina, dapsona e clofazimina, com administração associada, o que evita a resistência medicamentosa do bacilo⁽¹⁾. Porém, após sua conclusão, a literatura cita a necessidade de acompanhamento no pós-alta para aqueles casos com incapacidade física, presença de reações hansênicas e eventuais episódios de recidiva⁽¹³⁾.

No tocante à caracterização clínica, a prevalência da forma clínica tuberculoide é um indicativo de diagnóstico precoce. Por sua vez, a existência de casos classificados como MB, em especial a forma virchoviana, bem como a presença de incapacidade física no início do tratamento alerta para o diagnóstico e início da PQT tardios, com manutenção ativa da cadeia de transmissão da doença⁽²²⁾. Estudos internacionais relatam que a presença da forma tuberculoide tornou-se mais comuns desde a introdução da PQT e que a manutenção de casos MB é tida como reflexo da incapacidade dos serviços de saúde em diagnosticar os casos precoces de hanseníase⁽¹⁴⁾.

Embora os achados do presente estudo não tenham identificado um número expressivo de abandono do tratamento previamente à sua conclusão, este é considerado um problema para o Programa de Controle da Hanseníase na Índia, país com maior prevalência da doença, uma vez que o abandono do tratamento resulta em dosagem subterapêutica, o que pode levar ao surgimento de resistência aos medicamentos e falha do tratamento⁽²³⁾.

O elevado número de informações faltosas no banco de dados dos casos notificados de

hanseníase relacionados principalmente às incapacidades físicas e reação hansênica é preocupantes, uma vez que remete à possibilidade de não acompanhamento dessas condições clínicas e também pode refletir a necessidade de melhora na qualidade dos dados cadastrados no SINAN, mediante capacitação de profissionais de saúde com treinamentos sobre a hanseníase e a importância da correta notificação⁽²⁴⁾.

O estudo apresenta limitações relativas à utilização de bases de dados secundários para caracterização de informações relacionadas ao tratamento e clínica da amostra, considerando-se as inconsistências para algumas variáveis e falta do preenchimento de outras. Entretanto, a importância de traçar um perfil daqueles que realizam tratamento para a hanseníase justifica a incorporação do banco de dados a este estudo.

A notificação e o acompanhamento do usuário, mesmo após a alta medicamentosa, são necessários no contexto da incapacitante hanseníase. Enfatiza-se, no pós-alta, o desenvolvimento de ações como prevenção e tratamento de incapacidades, orientações para o autocuidado, tratamento de feridas e reabilitação cirúrgica, notificação dos casos de recidiva e atenção às reações, com acompanhamento pelo centro de referência⁽²⁵⁾.

Embora alguns profissionais apresentem dificuldades no manejo de pessoas com hanseníase, compete ao enfermeiro o atendimento integral, com reconhecimento das necessidades psicossociais, econômicas e biológicas do indivíduo, considerando a subjetividade, valores e aspectos culturais, em consonância com propostas de paradigmas emergentes relacionados ao processo de trabalho em saúde⁽²⁶⁾. Considerando-se a complexidade dos indivíduos, bem como o estigma e a condição subjetiva que se manifestam nas pessoas com hanseníase, recorre-se à ética e à humanização da assistência aos usuários por parte dos enfermeiros, com condutas cordiais e solidárias que colocam em prática a escuta ativa e valorização das queixas dos usuários⁽²⁷⁾.

CONCLUSÃO

A obtenção de dados sobre o perfil dos

pacientes apresenta aplicabilidade prática na medida em que pode auxiliar e direcionar estratégias mais eficazes de prevenção, tratamento e promoção da saúde.

As informações que caracterizam os participantes do estudo quanto à sua condição social colocam em destaque a situação de vulnerabilidade da maioria daqueles acometidos pela hanseníase. São pessoas com pouca instrução, que possuem baixa renda e provavelmente com dificuldade de acesso aos serviços de saúde, o que aumenta a complexidade do processo de trabalho desenvolvido pelo enfermeiro no contexto da hanseníase. Este deve ser pautado na atenção e consideração das particularidades das pessoas favorecendo o estabelecimento de vínculos e com ênfase na necessidade de desenvolver estratégias de enfrentamento das condições de vulnerabilidade vivenciadas.

O elevado número de pacientes realizando tratamento nos centros de referência especializada, com a maioria detectada mediante encaminhamento, indica falha na estruturação da rede de atenção voltada às pessoas acometidas pela hanseníase. Tais informações ganham evidência ao considerar a existência de casos classificados na forma virchowiana e com presença de incapacidade física no diagnóstico, reforçando a ocorrência de diagnóstico e início de tratamento tardios. Nesse contexto, faz-se importante a avaliação de como vêm se desenvolvendo as ações de controle da hanseníase pelas unidades de APS do município de Natal, enfatizando a necessidade de treinamento e atualização da equipe de saúde a fim de descentralizar o atendimento à pessoa com hanseníase e realizar o diagnóstico precoce com início imediato do tratamento.

O quantitativo elevado de pessoas que retornaram ao serviço de saúde no qual realizaram o tratamento após a conclusão da PQT, além de reforçar a ideia de que no pós-alta precisam de algum acompanhamento, deixa espaço para o desenvolvimento de estudos que busquem o motivo pelo qual os usuários estão retornando, como também para investigar as ações e os serviços ofertados.

PROFILE OF PATIENTS WHO COMPLETED MULTIDRUG THERAPY TREATMENT FOR LEPROSY: A CROSS-SECTIONAL STUDY

ABSTRACT

Introduction: leprosy is an infectious and contagious disease that persists as a public health problem in Brazil. **Objective:** to describe the sociodemographic, treatment and clinical profile of patients who completed polychemotherapy treatment for leprosy. **Method:** cross-sectional study developed from November 2017 to February 2018 in the city of Natal. The target population consisted of 113 individuals registered in the Information System for Notifiable Diseases, and the sample consisted of 90, who were reported for leprosy and completed the multidrug therapy, selected by drawing lots. Data were collected using a form, tabulated and analyzed using SPSS 21. In the Kolmogorov-Smirnov test, non-normal distribution of the findings was found, and thus non-parametric tests were used, namely, Pearson's chi-square (or exact Fisher test) and the Mann-Whitney test. **Results:** there was a predominance of female individuals, up to 59 years old, with low income, low level of education, treated in reference centers and cases classified as paucibacillary. **Conclusion:** the conditions of vulnerability associated with the predominance of cases treated in reference centers reinforce the need to organize primary care in order to monitor leprosy cases.

Keywords: Leprosy. Patient Discharge. Chronic Disease. Health Profile. Nursing.

PERFIL DE PACIENTES QUE CONCLUYERON EL TRATAMIENTO POLIQUIMIOTERAPÉUTICO DE LA LEPRO: UN ESTUDIO TRANSVERSAL

RESUMEN

Introducción: la lepra es una enfermedad infectocontagiosa que prevalece como problema de salud pública en Brasil. **Objetivo:** describir el perfil sociodemográfico, de tratamiento y clínico de pacientes que concluyeron el tratamiento poliquimioterapéutico para la lepra. **Método:** estudio transversal, desarrollado de noviembre de 2017 a febrero de 2018 en el municipio de Natal. La población objetivo fue constituida por 113 individuos registrados en el Sistema de Información de Agravios de Notificación y la muestra por 90, que fueron notificados para la lepra y concluyeron el tratamiento poliquimioterapéutico, seleccionados por sorteo. Los datos fueron recogidos por formulario, tabulados y analizados por el SPSS 21. En cuanto a la prueba de Kolmogorov-Smirnov, no se observó una distribución de normalidad de los hallazgos, optándose por trabajar con pruebas no paramétricas: chi-cuadrado de Pearson (o exacta de Fisher) y la prueba de Mann-Whitney. **Resultados:** predominaron individuos del sexo femenino, hasta 59 años, con bajos ingresos, bajo grado de escolaridad, tratados en los centros de referencia y clasificados como paucibacilares. **Conclusión:** las condiciones de vulnerabilidad asociadas al predominio de casos tratados en los centros de referencia refuerzan la necesidad de organizar la atención básica para el seguimiento de los casos de lepra.

Palabras clave: Lepra. Alta del paciente. Enfermedad crónica. Perfil de salud. Enfermería.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia prático sobre a hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
2. Gomes AVS, Loiola TMM, Araújo AD, Nogueira LT, Araújo TME. Perfil epidemiológico da hanseníase em município hiperendêmico no nordeste do Brasil. Rev Cuba Enferm [Internet]. 2017 [acesso em: 28 fev. 2021];33(1):124-137. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v33n1/enf15117.pdf>
3. Basso MEM, Andrade RF, Silva RLF. Tendência dos indicadores epidemiológicos da hanseníase em um estado endêmico da região amazônica. Rev Gaúcha Enferm. 2021;42(e20190520):1-20. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20190520>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico: hanseníase 2021. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
5. Rodrigues RN, Leano HAM, Bueno IC, Araújo KMFA, Lana FCF. Áreas de alto risco de hanseníase no Brasil, período 2001-2015. Rev Bras Enferm. 2020;73(3):1-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0583>.
6. Campos MRM, Batista AVA, Guerreiro JV. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase na Paraíba e no Brasil, 2008 – 2012. Rev Bras Cienc Saúde. 2018;22(1):79-86. DOI: <https://doi.org/10.4034/RBCS.2018.22.01.11>.
7. Pinheiro MGC, Miranda FAN, Simpson CA, Carvalho FPB, Ataíde CAV, Lira ALBC. Compreendendo a “alta em hanseníase”: uma análise de conceito. Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(4):1-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.63290>.
8. Souza CDF, Matos TS. Análise de tendência dos indicadores de monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços de hanseníase em município prioritário do Nordeste brasileiro. Rev Bras Pesqui Saúde [Internet]. 2017 [acesso em: 28 fev. 2021];19(4):75-83. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/19806/13228>
9. Nobre ML, Illaramendi, X, Dupnik KM, Hacker MA, Nery JAC, Jerônimo SMB et al. Multibacillary leprosy by population groups in Brazil: lessons from an observational study. PLoS Negl Trop Dis. 2017;11(2):1-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0005364>.
10. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas da população residente no Brasil e Unidades da Federação com data de referência 1º de julho de 2020. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
11. Barbetta PA. Estatística aplicada às ciências sociais. Florianópolis: UFSC; 2014.
12. Pinheiro MGC, Miranda FAN, Simpson CA, Vitor AF, Lira ALBC. Limitações e incapacidades físicas no pós-alta em hanseníase: uma revisão integrativa. Rev Baiana Enferm. 2016;30(2):1-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v30i2.15669>.
13. Pinheiro MGC, Lins SLF, Gomes BRS, Simpson CA, Mendes FRP, Miranda FAN. Análise contextual da atenção à saúde na alta em hanseníase: uma revisão integrativa. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40(e20180258):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180258>.
14. Arif T, Amin SS, Adil M, Dorjay K, Raj D. Leprosy in the post-elimination era: a clinico-epidemiological study from a northern Indian tertiary care hospital. Acta Derm Venereol. 2019;28:7-10. DOI: <https://doi.org/10.15570/actaapa.2019.2>.
15. Cavalcante MDMA, Larocca LM, Chaves MMN. Múltiplas dimensões da gestão do cuidado à hanseníase e os desafios para a eliminação. Rev Esc Enferm USP. 2020;54(e03649):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019010703649>.
16. Matos AMF, Coelho ACO, Araújo LPT, Alves MJM, Baquero OS, Duthie MS, et al. Assessing epidemiology of leprosy

and socio-economic distribution of cases. *Epidemiol Infect.* 2018;146(14):1750-1755. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S0950268818001814>.

17. Rocha MCN, Nobre ML, Garcia LP. Características epidemiológicas da hanseníase nos idosos e comparação com outros grupos etários, Brasil (2016-2018). *Cad Saúde Pública.* 2020;36(9):1-14. <https://doi.org/10.1590/0102/311X00048019>.

18. Pereira TAZ. Mortalidade entre brancos e negros no Rio de Janeiro após a abolição. *Estud Econ.* 2016;46(2):439-469. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-416146266taz>.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Estratégia Nacional para Enfrentamento da Hanseníase 2019-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

20. Palmeira IP, Moura JN, Epifane SG, Ferreira AMR, Boushosa MF. Percepção de pacientes com hanseníase sobre suas necessidades humanas básicas alteradas: indícios para o autocuidado. *Rev Fun Care Online.* 2020;12:319-325. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7069>.

21. Sousa GS, Silva RLF, Xavier MB. Hanseníase e Atenção Primária à Saúde: uma avaliação de estrutura do programa. *Saúde Debate.* 2017;41(112):230-242. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711219>.

22. Laurino CR, Vidal SL, Gama BMBDM, Loures LF, Fernandes GAB, Coelho ACO. Trajetória de casos de hanseníase e

fatores relacionados. *Ciênc Cuid Saúde.* 2018;17(3):1-7. DOI: <http://10.4025/cienccuidsaude.v17i3.42275>.

23. (Mushtag et al. 2020)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7367569/>

24. Araújo RMS, Tavares CM, Silva JMO, Alves RS, Santos WB, Rodrigues PLS. Análise do perfil epidemiológico da hanseníase. *Rev Enferm UFPE on line [Internet].* 2017 [acesso em: 28 fev. 2021];11(Supl. 9):3632-3641. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234513>

25. Santos AR, Ignotti E. Prevenção de incapacidade física por hanseníase no Brasil: análise histórica. *Ciênc Saúde Colet.* 2020;25(10):3731-3744. DOI: 10.1590/1413-812320202510.30262018.

26. Santana EMF, Brito KKG, Nogueira JA, Leabedal ODCP, Costa MML, Silva MA et al. Deficiências e incapacidades na hanseníase: do diagnóstico à alta por cura. *Rev Eletônica Enferm.* 2018;20(v20a15):1-11. DOI: <https://10.5216/ree.v20.50436>.

27. Carvalho FPB, Simpson CA, Miranda FAN, Pinto ÉSG. Estar/ser no mundo com Hanseníase: qual é o meu lugar? *Hansen Int [Internet].* 2016 [acesso em: 28 fev. 2021];41(1-2):99-104. Disponível em: <http://www.ilsl.br/revista/imageBank/v41n1-2a11.pdf>

Endereço para correspondência: Mônica Gisele Costa Pinheiro. Rua Nossa Senhora de Lourdes, 125. Natal/Rio Grande do Norte, Brasil. CEP: 59015-260. E-mail: monicapinheiro_live.com.

Data de recebimento: 06/04/2021

Data de aprovação: 02/08/2021