

Hanseníase: perfil epidemiológico e possíveis causas de abandono do tratamento**Leprosy: epidemiological profile and possible causes of treatment abandonment**

DOI:10.34117/bjdv6n9-720

Recebimento dos originais: 26/09/2020

Aceitação para publicação: 01/10/2020

Mônica Dandara Montenegro Braz Gomes

Discente do curso de Medicina do UniCEUB

Instituição: Centro Universitário de Brasília – UniCEUB

Endereço: SEPN 707/907 – Campus Universitário – Asa Norte, Brasília – DF

E-mail: monica.dandara@sempreceub.com

Clarice Paiva de Oliveira

Discente do curso de Medicina do UniCEUB

Instituição: Centro Universitário de Brasília – UniCEUB

Endereço: SEPN 707/907 – Campus Universitário – Asa Norte, Brasília – DF

E-mail: claricepaiva@sempreceub.com

Mariana Bernardes Anversa

Discente do curso de Medicina do UniCEUB

Instituição: Centro Universitário de Brasília – UniCEUB

Endereço: SEPN 707/907 – Campus Universitário – Asa Norte, Brasília – DF

E-mail: mariana.anversa@sempreceub.com

Nathalia Bejarano da Costa Resende

Discente do curso de Medicina do UniCEUB

Instituição: Centro Universitário de Brasília – UniCEUB

Endereço: SEPN 707/907 – Campus Universitário – Asa Norte, Brasília – DF

E-mail: nathalia.costa@sempreceub.com

Samanta Hosokawa Dias

Docente do curso de Medicina do UniCEUB

Instituição: Centro Universitário de Brasília – UniCEUB

Endereço: SEPN 707/907 – Campus Universitário – Asa Norte, Brasília – DF

E-mail: samanta.rocha@ceub.edu.br

RESUMO

Objetivos: Traçar o perfil epidemiológico do paciente com hanseníase que abandona o tratamento, bem como identificar as possíveis causas de abandono ou baixa adesão ao tratamento da hanseníase através de revisão de literatura nos últimos 10 anos. Materiais e métodos: Trata-se de revisão sistemática da literatura, na qual foram incluídos trabalhos científicos nacionais produzidos entre 2010 e 2020. Palavras-chave: hanseníase, tratamento, adesão e abandono. Resultados: Foram selecionados 34 artigos sobre hanseníase, mas apenas 10 estavam de acordo com os critérios do estudo. Sobre epidemiologia de maneira geral, houve maior prevalência no sexo masculino,

pacientes não alfabetizados ou ensino fundamental incompleto, indivíduos maiores de 15 anos, sem diferença significativa em relação às formas multi ou paucibacilar. Em relação à taxa de abandono especificamente, o perfil epidemiológico se repete, porém há predomínio de abandono em formas multibacilares, e pacientes do sexo feminino. Os principais motivos para abandono do tratamento encontrados foram: esquecimento, uso de álcool, presença de limitações funcionais que atrapalham a locomoção e acesso aos serviços de saúde, duração longa do tratamento, distância do domicílio à Unidade Básica de Saúde (UBS), ausência de sintomas, falta de desejo em buscar a medicação, não aceitação da doença ou baixo entendimento sobre a mesma, efeitos adversos das medicações. Poucos estudos apontam com medidas intervencionistas sobre o assunto. Conclusão: A fim de se reduzir casos e taxa de abandono de tratamento de hanseníase é essencial o fortalecimento do tripé UBS, profissionais e pacientes de modo a identificar precocemente a patologia, instituir o devido tratamento bem como incentivar seu seguimento correto, superando também a barreira do preconceito, e evitando, dessa forma, o abandono e a evolução da doença para suas complicações.

Palavras-chave: hanseníase, tratamento, adesão e abandono.

ABSTRACT

Objetivos: Describir el perfil epidemiológico de los pacientes de lepra que abandonan el tratamiento, así como identificar las posibles causas del abandono o del bajo cumplimiento del tratamiento de la lepra mediante el examen de la literatura en los últimos 10 años. **Materiales y métodos:** Se trata de una revisión sistemática de la literatura, incluidos los documentos científicos nacionales producidos entre 2010 y 2020. **Palabras clave:** lepra, tratamiento, adherencia y abandono. **Resultados:** Se seleccionaron 34 artículos sobre la lepra, pero sólo 10 según los criterios del estudio. En cuanto a la epidemiología en general, se observó una mayor prevalencia en los varones, los pacientes analfabetos o con educación primaria incompleta, los individuos mayores de 15 años, sin diferencia significativa con respecto a las formas multi o paucibacilares. En lo que respecta específicamente a la tasa de abandono, el perfil epidemiológico se repite, pero hay un predominio del abandono en las formas multibacilares y en las pacientes femeninas. Las principales razones para el abandono del tratamiento fueron: el olvido, el consumo de alcohol, la presencia de limitaciones funcionales que dificultan la locomoción y el acceso a los servicios de salud, la larga duración del tratamiento, la distancia del domicilio a la Unidad Básica de Salud (UBS), la ausencia de síntomas, la falta de deseo de buscar medicación, la no aceptación de la enfermedad o la escasa comprensión de la misma, los efectos adversos de la medicación. Pocos estudios apuntan a medidas intervencionistas sobre el tema. **Conclusión:** Para reducir los casos y la tasa de abandono del tratamiento de la lepra, es fundamental reforzar el trípode UBS, los profesionales y los pacientes, con el fin de identificar la patología tempranamente, instituir el tratamiento adecuado y fomentar su correcto seguimiento, superando también la barrera del prejuicio, y evitando así el abandono y la evolución de la enfermedad en sus complicaciones.

Keyword: lepra, tratamiento, adherencia y abandono.

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase, ou Mal de Hansen (MH) ou lepra é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*) (DA COSTA, 2020). Essa micobactéria tem afinidade por células cutâneas e dos nervos periféricos, as células de Schwann (GUSSO, 2018). É uma patologia de caráter crônico e com evolução insidiosa, porém, eventualmente, pode cursar com períodos de

agudização: reações hansênicas (AZULAY, 2017; DUCAN, 2014). Pode acometer pessoas de qualquer sexo ou faixa etária e, quando não tratada, pode causar deformidades e incapacidades físicas, muitas vezes irreversíveis (BRASIL, 2019). Apresenta alta infectividade, porém, com baixa patogenicidade, sendo assim, apesar da capacidade de se alojar e multiplicar-se em um hospedeiro, poucos se tornarão de fato doentes (AZULAY, 2017).

A transmissão se dá por meio do doente bacilífero que elimina o patógeno pelas vias respiratórias superiores, sendo a principal porta de entrada a mucosa nasal, em menor frequência, a pele através de soluções de contiguidade. Inicialmente, se o sistema imune não for capaz de deter a doença, haverá invasão dos gânglios linfáticos de onde partirão êmbolos micobacterianos que irão se alojar na pele e/ou nos nervos periféricos, produzindo os primeiros sintomas. O período de incubação, em média, é de 2 a 5 anos (AZULAY, 2017).

No Brasil, o termo lepra foi extinto pelo Ministério da Saúde através do Decreto número 76.078, de 04 de agosto de 1975, adotando, Hanseníase como nome oficial dessa patologia no país (VIDERS, 2016). Essa atitude objetivava minimizar as consequências do estigma histórico associado à lepra, visto que ela era considerada incurável e estava associada a desconfiguração dos seus portadores, preconceito e segregação (BRASIL, 2019).

A definição de caso de hanseníase, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), baseia-se em apresentar uma ou mais das seguintes características: Pelo menos uma lesão de pele com alteração da sensibilidade; acometimento de nervo com espessamento neural ou, baciloscopia positiva para *M. leprae* (AZULAY, 2017). O diagnóstico é essencialmente clínico, realizado através de anamnese, exame geral e dermatoneurológico, que objetiva identificar áreas de pele, que apresentem alterações sensitivas, motoras ou autonômicas. A baciloscopia da linfa pode auxiliar no diagnóstico, sendo que um resultado positivo indica o caso como multibacilar, já o resultado negativo não indica necessariamente um paciente paucibacilar, bem como não exclui o diagnóstico, caso o paciente tenha clínica favorável (BRASIL, 2016). Para leitura deste exame, utiliza-se o índice baciloscópico que indica a média quantitativa de bacilos encontrados por campo na lâmina. E ainda pode-se realizar nesta mesma baciloscopia, a avaliação do índice morfológico, que avalia o aspecto do *M. leprae* no esfregaço, que pode ser íntegro ou fragmentado, sendo este utilizado para acompanhamento do tratamento e para auxiliar na alta do paciente (BRASIL, 2010).

É importante ressaltar que trata-se de uma doença de notificação compulsória, sendo que todo profissional que confirma o diagnóstico de Hanseníase deve utilizar a ficha de Notificação/Investigação, do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) para que

os dados seja devidamente registrados pela Vigilância Epidemiológica local, não são notificados casos suspeitos (BRASIL, 2018).

2 EPIDEMIOLOGIA

A Hanseníase é uma doença endêmica, mais prevalente em áreas subdesenvolvidas ou em desenvolvimento, tais como: Ásia, África e América Latina. Em 2014, segundo a OMS, apresentava uma prevalência global de 175.554 casos, com taxa de 0,25 a cada 10.000 habitantes e uma incidência de 213.899 casos, e taxa de 3 a cada 100.000 habitantes (AZULAY, 2017).

Já em 2018, percebe-se um aumento da prevalência mundial, passando a ser de 184.238, com taxa de 0,24, e uma redução da incidência global para 208.641 casos, com taxa de 2,74. O Sudeste da Ásia é a região que apresenta o maior número de casos, com 114.004 em 2018, seguido da América Latina, com 34.358 e da África 22 865 (WHO, 2019). No continente americano, o Brasil lidera os números de casos, apresenta a maior taxa tanto de prevalência, como de incidência entre os países que não erradicaram a doença no mundo (ARANTES, 2010).

3 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

As manifestações clínicas relacionam-se com a resposta imune de cada indivíduo frente à infecção pelo *M. leprae*, e pode-se dividi-las em dois pólos estáveis: Tuberculóide e Virchowiano, e outros dois instáveis: a forma indeterminada e a borderline.

A hanseníase indeterminada é a forma inicial da doença, e na maioria das vezes evolui com cura, porém, pode evoluir também para as formas polarizadas. Em sua maioria, são lesões únicas, hipocrômicas e com alteração da sensibilidade, podendo ter anidrose e/ou alopecia na região (ARAÚJO, 2003).

A hanseníase tuberculóide está presente nos indivíduos com maior resistência ao *M. leprae*. Apresentam poucas lesões, bem delimitadas e com alteração de sensibilidade. Apresentam, ainda, comprometimento de troncos nervosos, que podem cursar com dor e atrofia muscular, além de espessamento nervoso.

A hanseníase dimorfa (ou borderline) é a forma que apresenta maior variedade de lesões, que podem se manifestar como placas, nódulos eritematosos e acastanhados, geralmente mais numerosas e tendendo à simetria. Acometimento mais extenso de nervos, que podem evoluir com neurites agudas graves (ARAÚJO, 2003).

A hanseníase virchowiana (ou lepromatosa) é a forma clínica do paciente sem imunidade celular, sendo considerada a forma mais grave, podendo evoluir com anestesia de pés e mãos,

atrofias, deformidades e inchaço. Além disso, lesões nodulares são frequentes e há extenso acometimento nervoso, geralmente simétrico.

Entretanto, para fins de tratamento, a classificação utilizada divide os pacientes em paucibacilares (PB - até 5 lesões de pele e baciloscopia de raspado intradérmica negativa) ou multibacilares (MB - seis ou mais lesões de pele OU baciloscopia de raspado intradérmico positiva) (ARAÚJO, 2003).

3,1 REAÇÕES HANSÊNICAS

São períodos de agudização da doença, podem ocorrer antes, durante ou após o tratamento:

- Reação tipo 1 ou reversa: surgem novas lesões dermatológicas, alterações nas lesões antigas, com ou sem espessamento e neurite (BRASIL, 2019)
- Reação tipo 2 ou reação de eritema nodoso hansênico: mais frequente das reações, caracteriza-se por surgimento de nódulos subcutâneos dolorosos, que podem vir acompanhados de febre, associados a mal estar geral e dores articulares. Pode apresentar espessamento e neurite (BRASIL, 2019).

As reações hansênicas são consideradas emergências e os pacientes devem ser encaminhados nas primeiras 24h para unidades de saúde especializadas. O tratamento difere em cada tipo de reação, sendo importante então distingui-las através de exame detalhado.

- Tratamento reação hansênica tipo 1: prednisona 1mg/kg/dia ou dexametasona 0,15 mg/kg/dia se paciente hipertenso ou cardiopata; manutenção da poliquimioterapia (PQT); em caso de neurite manter membro afetado imobilizado; prevenir incapacidades. Antes de iniciar a corticoterapia, fazer profilaxia anti parasitária e prevenção de osteoporose com reposição de cálcio e vitamina D. Se neurite de difícil controle: pulsoterapia com metilprednisolona 1 g/ dia por 3 dias (1º pulso), e os outros 2 pulsos também de 1g/dia, porém, em dose única e com intervalo quinzenal conforme avaliação clínica do paciente.
- Tratamento reação hansênica tipo 2: droga de escolha é a talidomida, 100-400 mg/ dia, manter membro imobilizado em caso de neurite, e pode-se associar corticosteróide se comprometimento neural, presença de lesões oculares reacionais, mãos e pés reacionais, ou em casos de artrite, glomerulonefrite, vasculites, orquiepididimite, eritema nodoso necrotizante (nesse caso deve-se associar também AAS 100mg/dia para profilaxia de tromboembolismo). A talidomida é contra-indicada durante a gestação

(teratogenicidade). Esquema alternativo para Reação tipo 2 é o uso da pentoxifilina na dose de 1.200 mg/dia, tomada de 8/8h, 400 mg, após alimentação, associada ou não ao corticosteróide.

3.2 COMPLICAÇÕES

As complicações podem ser diretas e relacionar-se a presença do bacilo nos tecidos e na pele, geralmente em grandes quantidades e mais comuns nas formas multibacilares. São elas: Rinite hansênica; nariz desabado ou “em sela”; lesões nodulares que podem ulcerar em boca, palato, gengivas; madarose ciliar e supraciliar; lesões nas íris, como irites; blefarocalase. (BRASIL, 2019)

Ou ainda, podem decorrer das lesões neurais causadas pela infecção. com comprometimento sensitivo e motor e as consequências disso para o paciente: lesão do nervo ulnar: paralisia dos músculos interósseos e lumbricais do quarto e quinto quirodáctilo, com hiper extensão da falange proximal e hiperflexão das falanges distais; mão em garra; lesão do nervo mediano: paralisia de músculos tenares e perda da oposição do polegar; lesão do nervo radial: perda da extensão dos dedos e do punho; mão caída; lesão do tronco tibial posterior: perda de sensibilidade da região plantar; formação de úlceras; lesão do nervo fibular comum: perda da capacidade de elevar o pé, com alteração da marcha; pé caído e lesão do ramo zigomático do nervo facial: lagoftalmo (BRASIL, 2019).

3.3 TRATAMENTO

É importante ressaltar que a hanseníase tem cura através do uso da PQT, disponível em unidades públicas de saúde, em caráter ambulatorial. Com a realização do tratamento adequado, além do benefício da cura, a transmissão da doença é interrompida (GUSSO, 2018).

O esquema terapêutico, descrito nos quadros abaixo, varia de acordo com a classificação operacional da hanseníase em pauci ou multibacilar, conforme já citado (BRASIL, 2019).

3.4 PAUCIBACILARES

Duração: 6 doses, com realização de exame dermatológico, avaliação neurológica e do grau de incapacidade física ao final da última dose.

	Adulto	Criança	Intervalo	Forma
Rifampicina	600 mg	450 mg	Mensal	Administração supervisionada
Dapsona	100 mg	50 mg	Mensal	Administração supervisionada
	100 mg	50 mg	Diária	Autoadministrada

3.5 MULTIBACILARES

Duração: 12 doses, com realização de exame dermatológico, avaliação neurológica e do grau de incapacidade física ao final da última dose.

	Adulto	Criança	Intervalo	Forma
Rifampicina	600 mg	450 mg	Mensal	Administração supervisionada
Dapsona	100 mg	50 mg	Mensal	Administração supervisionada
	100 mg	50 mg	Diária	Autoadministrada
Clofazimina	300 mg	150 mg	Mensal	Administração supervisionada
	50 mg	50 mg	Dias alternados	Autoadministrada

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERA

- Traçar o perfil epidemiológico do paciente com hanseníase que abandona o tratamento através de revisão de literatura nos últimos 10 anos.

4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Identificar as possíveis causas de abandono ou baixa adesão ao tratamento dos pacientes com hanseníase através de revisão de literatura nos últimos 10 anos.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão sistemática que objetiva sintetizar resultados de pesquisas de maneira ordenada e sistematizada, levando a ampliação do conhecimento sobre hanseníase. Este tipo de trabalho identifica limitações de conhecimento, identificando assuntos que merecem ser mais investigados. Foi realizada nas seguintes bases de dados: MEDLINE, LILACS, BIREME, PUBMED e SCIELO. Para a elaboração desta revisão de literatura, foram seguidas 5 etapas: criação de questões norteadoras; delimitação dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos; definição das informações a serem retiradas dos artigos escolhidos; interpretação dos resultados e apresentação da revisão. Para orientar o estudo, elaborou-se as seguintes questões: Qual o perfil epidemiológico do paciente que abandona o tratamento para hanseníase? Quais as evidências científicas que trazem os fatores relacionados ao abandono ou não adesão de tratamento da hanseníase?

Foram incluídos trabalhos científicos nacionais produzidos entre 2010 e 2020. Foram usadas como palavras-chave: hanseníase, tratamento, adesão e abandono. Foram excluídos os trabalhos que não abordavam o tema, apesar de aparecerem nos resultados de busca.

6 RESULTADOS

Foram selecionados 34 artigos sobre hanseníase, mas apenas 10 estavam de acordo com os critérios do estudo.

A tabela 1 apresenta os artigos, seus autores, ano de publicação e revista em que foram publicados.

	Título	Autores	Ano	Revista
I	Geographic and socioeconomic factors associated with leprosy treatment default: An analysis from the 100 Million Brazilian Cohort	De Andrade, K. V. F. de et al	2019	PLOS Neglected Tropical Diseases
II	Fatores relacionados ao abandono ou interrupção do tratamento da hanseníase	Rolim, M. de F. N. et al.	2016	Journal of Medicine and Health Promotion

III	Perfil clínico-epidemiológico de pacientes que abandonaram o tratamento de hanseníase	Araújo, M. M. et al.	2014	Hansenologia internacionalis
IV	Adesão ao tratamento da hanseníase por pacientes acompanhados em unidades básicas de saúde de Imperatriz-MA	De Sousa, A. A. de. et al.	2013	Revista SANARE
V	Episódios reacionais hansênicos: estudo de fatores relacionados com adesão ao tratamento em uma unidade de referência	Cunha, M. H. C. M. da. et al.	2013	Hansenologia internacionalis
VI	Pacientes em centro de referência para Hanseníase: Rio de Janeiro e Duque de Caxias, 1986-2008	Hacker, M. de A. V. B. et al.	2012	Ciência e saúde coletiva
VII	Knowledge of the patients regarding leprosy and adherence to treatment	Lira, K. B. et al.	2012	Brazilian Journal of Infectious Diseases
VIII	Adesão ao tratamento da Hanseníase: dificuldades inerentes aos portadores	Luna, I. T. et al.	2010	Revista brasileira de enfermagem
IX	Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase	Arantes, C. K. et al.	2010	Epidemiologia e

				serviços de saúde
X	Perfil clínico-epidemiológico de portadores de hanseníase	Araújo, M. M. et al.	2010	Revista Paraense de Medicina

Em relação à delimitação dos estudos, 4 dos artigos objetivaram traçar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com hanseníase, independente da adesão ao tratamento ou não. Já os outros 6 abordaram o perfil dos pacientes que tiveram baixa adesão à poliquimioterapia, ou por algum motivo abandonaram o tratamento proposto.

Sexo/Artigo	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
Masculino	9962	5	15	14	20	960	33	4	109	109
Feminino	10101	4	19	16	7	727	37	2	125	86

Idade/Artigo	I	II	III	IV	V	VI	VIII	X
< 15 anos	2884	0	1	0	0	182	0	15
> 15 anos	17179	9	33	30	27	1505	6	176

Entre as metodologias utilizadas, 5 usaram bancos de dados, entre eles prontuários, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Projeto Hansen, entre outros. Os demais foram através de entrevistas e/ou questionários, a maior parte dos estudos utilizou questionários próprios para coleta dos dados, dentre os questionários validados, destaca-se o *Morisky-Green test*, ferramenta que avalia comportamento não aderente.

Em relação ao perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase, nos trabalhos analisados é possível perceber maior prevalência no sexo masculino. Dos que abordaram escolaridade identifica-se a maioria dos casos em pacientes não alfabetizados ou com ensino fundamental incompleto. Os intervalos de faixa etária variam consideravelmente de estudo para estudo, mas há predomínio em indivíduos maiores de 15 anos. Nem todos os trabalhos abordam

a forma clínica da doença, e entre os que analisam esse dado, não há diferença significativa entre pacientes multibacilares e paucibacilares.

Escolaridade/Artigo	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Sem escolaridade	3388	3	2	6	-	-	-	2
EF incompleto	7470	6	30	12	-	1080	-	3
EF completo	-	-	-	5	12	313	-	1
EM incompleto	5000	-	2	3	15	294	-	-
EM completo	1997	-	-	4	-	-	32	-

Já no que se refere ao perfil dos pacientes que abandonaram ou apresentaram baixa adesão ao tratamento de hanseníase, dentro dos trabalhos que abordaram exclusivamente esses pacientes, a prevalência no sexo masculino foi maior em três trabalhos, e nos outros três, foi maior no sexo feminino. Analisando escolaridade há predomínio entre pacientes não alfabetizados ou com ensino fundamental incompleto. A idade mantém-se difícil de comparar devido às diferenças de intervalos, só sendo possível identificar prevalência superior nos indivíduos maiores de 15 anos. Dos dois trabalhos que abordam apresentação clínica, observa-se maioria multibacilar. Apenas três trabalhos analisaram ocupação, e entre eles há maior prevalência de pacientes empregados.

Forma Clínica/Artigo	III	V	VI	VII	IX	X
Paucibacilar	13	1	921	14	83	82
Multibacilar	21	26	766	56	151	113

A respeito da prevalência do abandono, dos cinco trabalhos que analisaram o perfil do paciente com Hanseníase sem ter enfoque na não adesão ao tratamento, apenas um apresentou alta prevalência, sendo 62,9% dos pacientes, por outro lado a menor prevalência encontrada foi de 4,6%, com a maioria das outras sendo menores que 15%. Destes cinco, apenas dois trabalhos

apresentaram o perfil clínico dos pacientes não aderentes. Somente um trabalho relacionou o abandono com a forma clínica, sendo a forma multibacilar apresentando maior prevalência dentro desse grupo. Tendo em consideração o perfil do paciente, o sexo feminino apresentou maior prevalência no abandono.

Abandono/Artigo	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
Total	1011	9	34	30	6	78	44	6	29	20

Diversos motivos foram encontrados para abandono de tratamento de hanseníase nos estudos avaliados, dentro deles pode-se destacar: esquecimento, uso de álcool, presença de limitações funcionais que atrapalham a locomoção e acesso aos serviços de saúde, duração longa do tratamento, distância do domicílio à Unidade Básica de Saúde (UBS), ausência de sintomas, falta de desejo em buscar a medicação, não aceitação da doença ou baixo entendimento sobre a mesma, efeitos adversos das medicações. Apenas um trabalho aborda a hanseníase em um panorama maior, englobando todo o Brasil, e nele são destacados como fatores de risco ao abandono, pacientes das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do Brasil, bem como àqueles com baixo ou nenhum acesso à eletricidade, e indivíduos negros.

Apenas metade dos trabalhos trazem propostas intervencionistas a fim de reduzir a taxa de absenteísmo no tratamento de hanseníase. Dentre elas, a necessidade de um diagnóstico precoce, com redução das complicações da doença não tratada, além disso, destacam-se principalmente medidas educativas não apenas para os paciente como também profissionais da saúde, importância de uma equipe multidisciplinar para abordar o indivíduo de maneira completa, de forma holística. Por fim, trazem também a importância de desestigmatizar a doença cada vez mais. Entretanto, os estudos não trazem maneiras objetivas e concretas de como tudo isso pode ser feito pelas equipes de saúde.

7 DISCUSSÃO

O Brasil é considerado um país de alta carga para a hanseníase, acumulando 92,6% dos novos casos notificados na América (WHO, 2019). O panorama brasileiro apresenta uma taxa de detecção de 13,64 casos novos para cada 100 mil habitantes, com total de 140.578 casos, entre os anos de 2014 a 2018. A prevalência neste período, de acordo com o Boletim epidemiológico de 2020, é maior no sexo masculino, havendo maior frequência entre os pardos, com 58,3%,

predomínio em indivíduos com ensino fundamental incompleto 43,3%, bem como predomínio da forma multibacilar com 77,2% (BRASIL, 2020).

No período de 2009 a 2018, foram diagnosticados no Brasil 21.808 casos novos de hanseníase em menores de 15 anos, tal dado é importante por indicar focos de transmissão ativa, tendo em vista o longo período de incubação da doença, sendo então fator importante de monitoramento da endemia e, como consequência disso, temos a perpetuação da transmissão, favorecendo aparecimento de sequelas graves que podem vir a comprometer a inserção dos indivíduos em âmbito social (BRASIL, 2020).

O estado com maior número de casos novos é o Mato Grosso, com 3.731, seguido do Maranhão, Pará e Pernambuco, que ultrapassam dois mil casos cada. Em relação aos novos casos em menores de 15 anos, o líder é o Maranhão, com 243 novos casos nesta faixa etária, seguido do Pará e Pernambuco (BRASIL, 2020).

No Nordeste, a média de incidência da hanseníase, de 2012 a 2016, foi de 23,42 por 100.000 habitantes, (BRASIL, 2018), o Maranhão classifica-se como hiperendêmico; Pernambuco, Ceará e Piauí, com incidência muito alta; Sergipe, Bahia, Alagoas e Paraíba, como com alta endemicidade e apenas o Rio Grande do Norte como média incidência (IGNOTTI; PAULA, 2011). Sendo assim, nenhum dos estados do Nordeste pode ser classificado como de baixa magnitude e de controle da endemia, o que pode justificar o grande número de trabalhos acerca do assunto na região.

Dada a alta prevalência da doença, foi criado o *Global Leprosy Strategy 2016–2020: Accelerating towards a leprosy-free world*, que é um programa mundial para erradicação da hanseníase no mundo, fundamentada em 3 pilares: Fortalecimento do governo com parcerias; erradicação da hanseníase e tratamento das complicações relacionadas a ela, acabar com a discriminação e iniciar inclusão dos doentes (WHO, 2019). Baseada nessa estratégia global, o Brasil, elaborou uma Estratégia Nacional para Enfrentamento da Hanseníase 2019-2022, que visa um país sem hanseníase para o fim de 2022, e tem como metas:

- 1) Reduzir para 30 o número total de crianças com grau 2 de incapacidade física;
- 2) Reduzir para 8,83/1 milhão de habitantes a taxa de pessoas com grau 2 de incapacidade física;
- 3) Implantar em todas as Unidades da Federação canais para registro de práticas discriminatórias às pessoas acometidas pela hanseníase e seus familiares (BRASIL, 2020).

No Brasil, o número de novos casos diagnosticados com hanseníase e que apresentavam algum grau de incapacidade física foi de 85.217 (BRASIL, 2020). Como a hanseníase é uma

doença de evolução insidiosa, a presença de incapacidade física ao diagnóstico aponta uma falha na detecção precoce da doença, podendo ser atribuída a falta de informações dos pacientes, como também da incapacidade dos profissionais de saúde em identificar a doença (DA COSTA, 2020).

Algumas medidas são importantes para que o diagnóstico seja feito de maneira precoce, sendo formadas pelo tripé paciente, UBS e profissional da saúde. O paciente deve ser capaz de reconhecer os sinais e sintomas e ter conhecimento sobre o tratamento e a cura da doença, a UBS deve ofertar atividades de controle e garantir o acesso da população ao serviço e os profissionais devem ser capacitados para identificar a doença em fase inicial, diagnosticar e tratar, além de criar um ambiente acolhedor, gerando maior segurança e menor risco de abandono do tratamento (BRASIL, 2002; BRASIL 2017).

Além disso, uma vez instituído o diagnóstico, em se tratando de prevenção e/ou controle das incapacidades associadas à hanseníase, encontra-se como estratégia importante o autocuidado, isto é, práticas que visam a manutenção da saúde e bem estar do paciente, sendo os focos principais olhos, face, membros superiores e inferiores, por serem as regiões com mais acometimento, tanto cutâneo quanto nervoso. (LIMA, 2018)

O abandono de tratamento refere-se ao paciente que não completou o total de doses da medicação no prazo estimado, ou aquele que não foi registrado o comparecimento nas unidades de saúde no período de um ano (BRASIL, 2007).

Quando se inicia o uso dos medicamentos, interrompe-se a transmissão da doença. Ao passo que quando o mesmo é interrompido, o paciente volta a ser fonte de transmissão da hanseníase e torna-se suscetível ao reaparecimento dos sintomas, deformidades físicas, resistência à PQT e até mesmo óbito (ALEXANDRE, 2009).

A longa duração do tratamento, que pode chegar até 12 meses nas formas multibacilares, deve ser considerada como fator limitador a manutenção do tratamento, bem como a ocorrência de efeitos adversos. Uma forma de amenizar o abandono dos pacientes é através das doses autoadministradas, entretanto, apesar dos esforços, ainda tem uma parcela que evade, desse modo, faz-se necessário realização de busca ativa dos faltosos para manutenção do acompanhamento (BRASIL, 2009).

O tratamento completo é importante na medida em que evita o surgimento das complicações da hanseníase, as quais são motivos de segregação dos pacientes, seja pelas incapacidades físicas associadas a elas, que dificultam a qualidade de vida, bem como a manutenção no mercado de trabalho, seja pela discriminação social propriamente dita devido à estranheza causada pelas manifestações clínicas da doença (BRASIL, 2019).

O preconceito e exclusão social acerca do paciente hansênico estão presentes desde o aparecimento da doença, gerando sentimento de tristeza, depressão, desamparo e não pertencimento à sociedade de maneira geral. Desse modo é imprescindível que além da reintegração à sociedade, exista um trabalho a fim de retomar a autoestima desses pacientes, o que pode ser oferecido através de um acompanhamento multidisciplinar e continuado. (SILVA, 2014).

8 CONCLUSÃO

Diante do exposto, devido a alta carga de hanseníase no Brasil e ao número elevado de focos de transmissão ativa, conforme demonstram os dados epidemiológicos, é essencial o fortalecimento do tripé UBS, profissionais e pacientes de modo a identificar precocemente a patologia, instituir o devido tratamento bem como incentivar seu seguimento correto e, auxiliar, sobretudo, a superar a barreira do preconceito, evitando, dessa forma, o abandono e a evolução da doença para suas complicações.

Neste contexto, é imprescindível investimento em publicidade associada à educação em saúde a fim popularizar o saber a respeito da hanseníase entre as pessoas mais vulneráveis, divulgação por meio de panfletos, redes sociais, programas de televisão, com as principais manifestações clínicas, formas de transmissão, existência de tratamento gratuito, complicações associadas. Desse modo, reduzir-se-ia não apenas o estigma e medo relacionados à doença, como auxiliaria a procura de atendimento diante do aparecimento de alguma lesão suspeita.

Faz-se necessário ainda melhorar a capacitação dos profissionais de saúde, criar oficinas multidisciplinares a fim de garantir a visão global do paciente, identificação precoce de complicações, fatores de risco para abandono de tratamento, contexto social no qual o paciente está inserido, se há vulnerabilidade ou não, uma vez que barreiras como a distância da residência até a UBS e a dificuldade de acesso a transporte ainda existem e não podem ser esquecidas. Além disso, é crucial haver um maior rigor no uso dos protocolos, tanto para o diagnóstico, como para o acompanhamento e alta após cura. A revisão das políticas públicas, como a ampliação do número de agentes comunitários de saúde, especialmente em áreas distantes das Unidades Básicas de Saúde, pode auxiliar a identificar precocemente possíveis motivos às faltas de consultas.

Um importante passo já foi dado, através da criação da Estratégia Nacional para Enfrentamento da Hanseníase até o ano de 2022, entretanto, é necessária divulgação maciça de tal estratégia, e que suas metas e objetivos sejam realmente colocados em prática.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, Adriana Regina Silveira et al. Abandono de tratamento no programa de controle da hanseníase de um hospital universitário em São Luís-Maranhão. **Rev Hosp Universitário/UFMA**, v. 10, n. 1, 2009.

ARANTES, Cíntia Kazue et al. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 19, n. 2, p. 155-164, 2010.

ARAÚJO, Marcelo Grossi. Hanseníase no Brasil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** Uberaba, v. 36, n. 3, 2003.

ARAÚJO, Maylla Moura et al. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes que abandonaram o tratamento de hanseníase. **Hansen. int**, 2014.

AZULAY, R.D.; AZULAY, L. **Dermatologia**. 7 ed. São Paulo: Guanabara-Koogan, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle da Hanseníase**, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde / Secretaria de Vigilância Em Saúde. Departamento De Vigilância Epidemiológica. **Guia de procedimentos técnicos: baciloscopia em hanseníase**, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional**, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Guia prático sobre a hanseníase**, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis. **Roteiro para uso do Sistema de Informação de Agravos de Notificação: Sinan NET para hanseníase: manual para tabulação dos indicadores de hanseníase: versão preliminar**. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância em saúde: volume único**, 3.ed., 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico. nº especial**, 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº 125, de 26 de março de 2009. Define ações de controle da hanseníase. Anexo III. Formulário para avaliação do grau de incapacidade física. **Diário Oficial da União**, 2009.

CUNHA, Maria Heliana Chaves Monteiro da et al. Episódios reacionais hansênicos: estudo de fatores relacionados com adesão ao tratamento em uma unidade de referência. **Hansen. int**, 2013.

DA COSTA, Nayara Magda Gomes Barbosa et al. Perfil sociodemográfico e grau de incapacidade do portador de hanseníase em um centro de referência no estado do Ceará. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 6, 2020.

DE ANDRADE, Kaio Vinicius Freitas et al. Geographic and socioeconomic factors associated with leprosy treatment default: An analysis from the 100 Million Brazilian Cohort. **PLoS neglected tropical diseases**, v. 13, n. 9, 2019.

DE SOUSA, Adriana Alves et al. Adesão ao tratamento da hanseníase por pacientes acompanhados em unidades básicas de saúde de Imperatriz-MA. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 12, n. 1, 2013

DUNCAN, Bruce B. et al. **Medicina ambulatorial-: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Artmed Editora, 2014.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade-: Princípios, Formação e Prática**. Artes Medicas, 2018.

HACKER, Mariana de Andrea Vilas Boas et al. Pacientes em centro de referência para hanseníase: Rio de Janeiro e Duque de Caxias, 1986-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, 2012.

IGNOTTI, E.; RC, Paula. Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil: análise de indicadores selecionados no período de 2001 a 2010. **Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em saúde. Saúde Brasil**, 2010.

LIMA, M. C. V. et al. Practices for self-care in Hansen's disease: face, hands and feet. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 39, 2018.

LIRA, Karlisson Bezerra et al. Knowledge of the patients regarding leprosy and adherence to treatment. **Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 16, n. 5, 2012.

LUNA, Izaildo Tavares et al. Adesão ao tratamento da Hanseníase: dificuldades inerentes aos portadores. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 6, 2010.

PAES, Andrea Luzia Vaz et al. Perfil clínico-epidemiológico de portadores de hanseníase. **Rev Para Med**, v. 40, n. 2, 2011.

ROLIM, Maria De Fátima Nogueira et al. Fatores relacionados ao abandono ou interrupção do tratamento da hanseníase. **Journal of Medicine and Health Promotion**, Patos, v. 1, n. 3, 2016.

SILVA, Raquel Caroline Carneiro da et al. Stigmata and prejudice: reality of carriers of leprosy in prisional units. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 6, n. 2, 2014.

VIDERES, Arieli Rodrigues Nóbrega et al. Manifestations of stigma and prejudice informed by treated lepers. **International Archives of Medicine**, v. 9, 2016.

WHO. **Weekly epidemiological record. Global leprosy update, 2018: moving towards a leprosy-free world**. Nova Deli: World Health Organisation. 2019.