

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

**ABANDONO DO TRATAMENTO ENTRE PACIENTES COM
HANSENÍASE ACOMPANHADOS NO CENTRO INTEGRADO
DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS (CISAM), EM RECIFE, NO
PERÍODO DE 1989 A 1995.**

**Autoras: ANA LUCIA DA ROCHA LEÃO DE MAGALHÃES
IARA PESSOA SANT'ANNA
SILVANA HELENA DANTAS MOREIRA**

**Orientadoras: CARMEN DE BARROS CORREIA DHALIA
ANA MARIA DE BRITO**

CONSULTA

Recife, dezembro, 1998.

ANA LUCIA DA ROCHA LEÃO DE MAGALHÃES

IARA PESSOA SANT 'ANNA

SILVANA HELENA DANTAS MOREIRA

**ABANDONO DE TRATAMENTO ENTRE PACIENTES COM HANSENÍASE
ACOMPANHADOS NO CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE AMAURY DE
MEDEIROS (CISAM), EM RECIFE, NO PERÍODO DE 1989 A 1995.**

Monografia apresentada ao Colegiado
do Curso de Pós-Graduação *latu sensu*
do XIV Curso de Especialização em
Saúde Pública – Departamento de
Saúde Coletiva/CPqAM/FIOCRUZ/MS,
como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde Pública,
sob a orientação da Prof^ª. MsC Carmen
de Barros Correia Dhalia e da Prof^ª MsC
Ana Maria de Brito.

Recife - 1998

AGRADECIMENTOS

Às nossas orientadoras, Prof^ª MsC CARMEN DE BARROS CORREIA DHALIA e Prof^ª MdT ANA MARIA DE BRITO, exemplos de dedicação e sabedoria, nos proporcionando o verdadeiro aprendizado, conduzindo a elaboração deste trabalho com profissionalismo e amizade.

Ao Prof. MsC Wayner Vieira de Souza pelo apoio e orientações em estatística.

À Coordenação do XIV Curso de Especialização em Saúde Pública, pela decisão de retomar a realização de Curso, imprescindível para a elevação do nível de qualidade da Saúde Pública no nosso Estado.

A todos os professores, técnicos e funcionários do Departamento de Saúde Coletiva/NESC, pelos ensinamentos, apoio e solidariedade.

À equipe do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros, especialmente a Vera Rejane Gregório, Rosa Maria da Silva Sencades e Luís Barbosa de Farias, pelo apoio no levantamento de dados.

À Fundação Nacional de Saúde, Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros/UPE e Secretaria de Saúde da Cidade do Recife/Distrito Sanitário III pelo apoio e incentivo à capacitação de seus profissionais.

Aos pacientes do CISAM, pela troca de conhecimentos durante o período de tratamento, possibilitando um aprendizado contínuo sobre o homem e seu contexto social.

Aos colegas do Curso de Especialização em Saúde Pública e Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva pela troca de experiências e amizade.

" A hanseníase tem cura,
mas a medicação não age por si só. A cada
pílula nós devemos adicionar uma pequena
dose de nós próprios, nosso compromisso,
nosso amor. O amor continua sendo o melhor
remédio para todos os males do mundo se
ele é traduzido em trabalho, humildade,
ética, compromisso e justiça. A hanseníase
também pode ser curada com amor. Com
muito, muito amor....."

(Excerto de "Lepra: uma perversa
identidade." Fala de Francisco A. V. Nunes.
"Bacurau" no XIV Congresso Internacional
de Lepra, Orlando, E.U.A., 1993).

RESUMO

Realizou-se um estudo de prevalência dos pacientes com hanseníase atendidos no CISAM, no período de janeiro de 1989 a dezembro de 1995, com uma amostra de 608 pacientes, dos quais 255(41,9%) eram do sexo masculino e 353 (58,1%), feminino. Com o objetivo de estudar a adesão ao tratamento, comparou-se as variáveis incluídas no estudo: sexo, idade, procedência, episódios reacionais, escolaridade, forma clínica, contato intradomiciliar, entre o grupo que concluiu o tratamento (cura), e o que abandonou (abandono). Dentre os resultados analisados, destacam-se: o índice de alta por cura foi de 80,6% (490 pacientes) e o de abandono ao tratamento, 19,4% (118 pacientes), valor considerado regular pelo Ministério da Saúde. Dentre os que abandonaram o tratamento, 49% apresentaram a forma dimorfa, compatível com resultados de outros estudos. A presença de efeitos colaterais foi constatada em 150 pacientes (24,7%) sem, contudo, constituir-se em motivo relevante para determinar o abandono dos pacientes, pois destes apenas 39, não o concluíram. Os autores concluíram que esses achados apontam para a necessidade de novos estudos, para a identificação de outros fatores relacionados ao êxito do tratamento.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO
 - 1.2. HISTÓRICO
 - 1.3. A DOENÇA
 - 1.3.1 FORMAS CLÍNICAS
 - 1.3.3. GRAUS DE INCAPACIDADE
 - 1.3.4. EPISÓDIOS REACIONAIS
 - 1.4. TERAPÊUTICA
 - 1.4.1. EFEITOS COLATERAIS
 - 1.4.2. ABANDONO DE TRATAMENTO
 - 1.5. A DOENÇA COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA
 - 1.6. CISAM
 2. OBJETIVOS
 - 2.1. OBJETIVO GERAL
 - 2.2. OBJETIVO ESPECÍFICO
 3. METODOLOGIA
 - 3.1. DESENHO DO ESTUDO
 - 3.2. POPULAÇÃO EM ESTUDO
 - 3.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO
 - 3.4. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
 - 3.5. PERÍODO DO ESTUDO
 - 3.6. VARIÁVEIS SELECIONADAS
 - 3.6.1. VARIÁVEIS DEPENDENTES
 - 3.6.2. VARIÁVEIS INDEPENDENTES
 - 3.7. AMOSTRA
 - 3.8. FONTE DE DADOS
 - 3.9. CONSOLIDAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS
 4. RESULTADOS
 5. CONCLUSÕES
 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS
 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS
- ANEXOS

1. INTRODUÇÃO

Trata-se de estudo sobre abandono de tratamento em pacientes com hanseníase acompanhados no Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros.

1.2. HISTÓRICO

A hanseníase, amplamente conhecida pela designação de “lepra”, parece ser uma das mais antigas doenças que acometem o homem, não se tendo notícias de evidências objetivas antes dos sinais sugestivos da doença encontrados em esqueletos descobertos no Egito, datado do II século a.C.

Durante a Idade Média, segundo as evidências de que se dispõe, a hanseníase manteve alta prevalência na Europa e no Oriente Médio. O Concílio, realizado em Lyon, no ano de 583, estabeleceu regras da Igreja Católica para a profilaxia da doença. Essas regras consistiam em isolar o doente da população sadia.

Data também da Idade Média (século XII) a criação das primeiras ordens religiosas dedicadas a prestar cuidados aos doentes de hanseníase. Essas ordens foram responsáveis pela criação de centenas de asilos para abrigar os acometidos pela doença.

No Brasil, os primeiros casos de hanseníase foram notificados no ano de 1600, na cidade do Rio de Janeiro. As primeiras iniciativas do Governo Colonial só foram tomadas dois séculos depois, com a regulamentação do combate à doença. Entretanto as ações de controle se limitaram à construção de leprosários e à assistência precária dos doentes.

O período compreendido entre 1912 e 1920 se constituiu numa fase

intermediária da história da hanseníase no Brasil, com o reconhecimento do problema pelas autoridades sanitárias.

Em 1935, o controle da doença tomou novo rumo, com a elaboração de um plano de ação mais abrangente e com a extensão da assistência aos familiares dos pacientes pela criação de ligas de caridade.

Em 1941, foi criado o Serviço Nacional de Lepra que, no ano seguinte, realizou um senso da doença em inúmeros municípios além de coleta e organização de dados que forneceram informações mais atualizadas da realidade da doença no país.

Nos anos 40, a distribuição geográfica da hanseníase no Brasil, não difere grandemente da que se observa nos dias atuais e sobretudo a alta endemicidade verificada na Região Norte.

O Brasil, teve a iniciativa pioneira de substituir oficialmente o termo "lepra" por hanseníase. Não sendo sinônimo de lepra, entretanto, a hanseníase não deixa de ser uma doença grave, potencialmente incapacitante e contagiosa, embora com baixa patogenicidade e que se situa, por sua alta prevalência, entre as endemias nacionais de maior importância, sendo pois, um dos mais sérios problemas de saúde pública enfrentado pelo Brasil.

Além disso, o problema da hanseníase deve ser avaliado, não somente por seus indicadores epidemiológicos, mas também, pelas dimensões sociais geradas pelo estigma da doença, conseqüente às incapacidades e deformidades físicas produzidas, aterrorizando assim, as pessoas, mais do que a possibilidade da morte. (BRASIL/MS/FNS/Manual CNDS, 1994).

1.3. A DOENÇA

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa, de evolução crônica que acomete essencialmente os nervos periféricos, a pele, e algumas vezes, outros tecidos, notadamente o olho, a mucosa do trato respiratório superior, músculos, ossos e testículos. Apresenta um período de incubação, não conhecido com precisão, que pode variar entre 3 meses e 40 anos, com a média situada entre 5 anos (Thangaraj & Yawalkar, 1988). Tem um desenvolvimento muito lento da patologia, uma evolução clínica também muito lenta e insidiosa e um padrão epidemiológico não muito claro. Aliando-se a essas características, sobrepõe-se o fato de, até bem recentemente, não se dispor de meios para a detecção de infecção passada ou inaparente.

O agente etiológico da hanseníase é o *Mycobacterium leprae*, bacilo álcool-ácido resistente, ainda não cultivável *in vitro*, única espécie de micobactéria a infectar nervos periféricos e especialmente as células de Schwann; possui em torno de 20 antígenos que são reconhecidos por anticorpos séricos dos hansenianos, sendo específico, o glicolípido fenólico I (Brennan, 1981). Os *Mycobacterium leprae* são raramente evidenciados na hanseníase paucibacilar mas encontrados em grande quantidade na hanseníase multibacilar. O principal reservatório do *Mycobacterium leprae* é humano e classicamente limitado aos indivíduos multibacilares.

A principal fonte de transmissão do *Mycobacterium leprae* são as secreções nasais dos doentes bacilíferos não tratados que podem excretar de 10.000 a 10.000.000 de bacilos por dia. Na ausência de ulceração, as lesões de pele não são reconhecidas como fontes bacilares. De fato, nenhuma bactéria pode ser detectada na epiderme humana, no entanto, as

mesmas são numerosas na derme dos pacientes bacilíferos virgens de tratamento e, realmente, toda ulceração nesses constitui uma fonte potencial de contaminação. Numerosos bacilos podem ser observados nas fezes de doentes e leite de nutrizas doentes, o que os faz considerar como fontes potenciais do *Mycobacterium leprae*.

O modo de penetração do bacilo de Hansen ainda está mal conhecido. As vias aéreas superiores, nas condições ideais de temperatura e umidade seriam o caminho mais provável, desde que a existência de alterações mínimas da mucosa favorecesse a invasão do bacilo. A contaminação *in utero* parece ser possível nas mães portadoras de formas intensamente bacilíferas, nas quais o bacilo foi isolado na placenta e no sangue do cordão umbilical, com a detecção de anticorpos anti-*Mycobacterium leprae* do tipo IgM (Imunoglobulina M) nos recém-nascidos. (Flageul, 1997).

1.3.1. AS FORMAS CLÍNICAS DA HANSENÍASE.

Em resposta à agressão pelo *Mycobacterium leprae* cada indivíduo, condicionado pelo seu "eu" imunológico desenvolverá uma das quatro apresentações clínicas da hanseníase que são: hanseníase indeterminada (MHI), hanseníase tuberculóide (MHT), hanseníase dimorfa (MHD) e hanseníase virchowiana (MHV) correspondentes à nomenclatura de Madri e oriundas do "VI Congresso Internacional de Leprologia" em 1953, quando a doença ficou classificada segundo sua tendência de evoluir em direção a um dos seus pólos, encontrando-se 2 formas polares (MHT e MHV) e dois grupos (MHI e MHD).

A classificação de Ridley e Jopling baseada no espectro imunológico dos indivíduos afetados inclui entre as formas I, T, D e V outros grupos como o "borderline" tuberculóide de (MHBT), a tuberculóide reacional (MHTi) a "borderline-borderline" (MHBB), a "borderline"-virchowiana (MHBV) e a virchowiana subpolar (MHVs) (Jopling, 1991).

Para fins operacionais, o Ministério da Saúde do Brasil adotou a recomendação da OMS que propôs o agrupamento dos pacientes em paucibacilares (PB): MHI e MHT e multibacilares (MB): MHV, MHD e os não classificados, procurando uma simplificação para o pessoal de campo principalmente. (BRASIL/MS/FNS/Manual CNDS, 1994).

A hanseníase indeterminada (MHI) é a manifestação primeira da doença e se caracteriza por manchas hipocrômicas, únicas ou múltiplas com hipoestesia ou hiperestesia, na maioria das vezes restritas à sensibilidade térmica, sem evidência de lesão nervosa troncular (Fig. 01).

A hanseníase indeterminada também pode se apresentar sem lesão cutânea revelando, tão somente, alterações da sensibilidade superficial. Pode permanecer estacionária, involuir espontaneamente ou evoluir para as formas polares T ou V ou para o grupo D. (Bryceson & Pfaltzgraff, 1990).

A hanseníase tuberculóide (MHT) se apresenta com lesões eritematosas, eritemato-hipocrômicas, eritemato-escamosas, com bordos discretamente elevados ou com microtubérculos; o comprometimento dos anexos cutâneos pode levar à anidrose e à alopecia. As placas variam de forma, tamanho e número, mas a forma MHT clássica não apresenta tendência à disseminação, podendo ocorrer cura espontânea (Fig. 02).

O comprometimento da sensibilidade superficial na lesão varia da hipoestesia à anestesia térmica, dolorosa e tátil. O comprometimento de nervos assimetricamente, é freqüente podendo ser a única manifestação clínica da doença: forma neural pura. Nas áreas de compressão óssea podem ser observadas calosidades e úlceras localizadas. Têm alto potencial incapacitante uma vez que o acometimento neurológico é mais comum na mesma e mais intenso (Hastings, 1985).

A hanseníase dimorfa, morfológicamente, se caracteriza por lesões eritematosas, eritemato-violáceas, ferruginosas, infiltradas, edematosas, brilhantes, escamosas com contornos internos bem definidos e externos mal definidos (lesões pré-foveolares e foveolares), centro deprimido, hipocrômico ou com coloração de pele normal com hipo ou anestesia. Seu caráter instável faz-se assemelhar com lesões bem definidas da MHT e/ou com lesões disseminadas da MHV (Fig. 03). O comprometimento neurológico troncular é freqüente, bem como os episódios reacionais, incluindo os pacientes no prognóstico reservado quanto à evolução e ao dano neural (Jopling, 1991).

A hanseníase virchowiana se manifesta com infiltração difusa e inúmeras lesões eritematosas, eritemato-escamosas, eritemato-acastanhadas, infiltradas, brilhantes, coalescentes, mal definidas e de distribuição simétrica. A face apresenta difusa infiltração com tubérculos e nódulos e com perda definitiva de pêlos dos cílios e supercílios configurando a "facies leonina" (Fig. 04).

A hanseníase virchowiana é uma doença sistêmica com manifestações viscerais importantes. Os distúrbios sensitivos cutâneos e o acometimento dos troncos nervosos estão presentes, mas não são tão precoces e marcantes com nas lesões tuberculóides (BRASIL/MS/FNS/Manual CNDS, 1994).

1.3.2. A BACILOSCOPIA PARA O *MYCOBACTERIUM LEPRAE*.

A baciloscopia deve ser realizada em todos os pacientes com suspeita clínica de hanseníase, entretanto, nem sempre se evidencia o *Mycobacterium leprae* nas lesões hansênicas ou em outros sítios de coleta. O resultado é importante no diagnóstico, assim como auxílio à classificação do paciente no espectro da doença do ponto de vista clínico.

À microscopia óptica, o *Mycobacterium leprae* se apresenta sob a forma de bastonete reto, levemente curvado ou formando ângulos. Mede 1,5 a 8 micra de comprimento por 0,2 a 0,5 micra de largura. Devido a existência de uma substância incolor chamada gléia que se dispões entre os bacilos, unindo-os, os *Mycobacterium leprae* se agrupam em globias formações peculiares exclusivas de sua espécie (Brennand, 1986).

Os sítios preconizados para a coleta são a lesão de hanseníase, os dois lóbulos auriculares e de um dos cotovelos. Na ausência de lesão cutânea ou área de sensibilidade comprometida colhe-se o material dos 2 lóbulos e dos dois cotovelos.

A coloração é pelo método de Ziehl-Neelsen e a leitura da baciloscopia em microscópio óptico mono ou binocular, para a expressão de

índice baciloscópio é de acordo com a proposta por Ridley em 1962, que representa a escala logarítmica com avaliação quantitativa mais correta que a morfológica.

A escala logarítmica de Ridley deve ser utilizada em cada esfregaço:

IB = (0) não há nenhum bacilo em nenhum dos 100 campos examinados.

IB = (1+) 1.10 bacilos, em 100 campos examinados.

IB = (2+) 1.10 bacilos, em cada 10 campos examinados.

IB = (3+)10 bacilos, em média, em cada campo examinado.

IB = (4+)100 bacilos, em média, em cada campo examinado.

IB = (5+)1000 bacilos, em média, em cada campo examinado.

IB = (6+)mais de 1000 bacilos, em média, em cada campo examinado.

O índice baciloscópio do paciente será a média dos índices dos 4 esfregaços. A maioria dos pacientes dimorfos têm baciloscopia positiva e todos os virchowianos também; um paciente com índice baciloscópio negativo tem menos de 5000 bacilos por mm^3 de pele. O exame bacilosccópico é recomendado na ocasião do diagnóstico não havendo necessidade de repeti-lo para o "follow-up" ou para avaliação da alta por cura; a média do índice baciloscópio decresce em torno de 0,5 a 0,6 por ano (Jopling & McDougall, 1991), (BRASIL/MS/FNS/Manual CNDS, 1994).

1.3.3. AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADES FÍSICAS.

Todos os doentes de hanseníase, independentemente da forma clínica, são avaliados no momento do diagnóstico e, no mínimo uma vez por ano, classificados quanto ao grau de incapacidade física que apresentam. De acordo com as alterações apresentadas são classificados em portadores de graus de incapacidade que vão de zero a três.

A avaliação é tecnicamente simples e na ausência do médico, enfermeira ou fisioterapeuta por ser feita pelo pessoal de nível médio. (anexo N° ...)

A atenção ao comprometimento neural é dever de todos os profissionais de saúde e também do paciente, a quem deve ser repassada a necessidade da vigilância relativa ao potencial incapacitante da hanseníase.

As atividades de identificação, prevenção e tratamento das Incapacidades físicas não devem ser dissociadas do tratamento poliquimioterápico mas sim integradas na rotina dos serviços, de acordo com o grau de complexidade dos mesmos (BRASIL/MS /FNS/Manual CNDS, 1994).

1.3.4. O EXAME DOS CONTATOS INTRADOMICILIARES.

O exame dos contatos intradomiciliares constitui uma das atividades da vigilância epidemiológica e consiste no exame dermatoneurológico dos indivíduos que durante o convívio intradomiciliar com o doente antes do tratamento foram expostos ao risco de adoecer; aplica-se a todas as formas clínicas.

O contato indene será liberado com orientação quanto ao período de incubação, transmissão, sinais e sintomas de hanseníase e retorno ao serviço, se necessário, e receberá aplicação de BCG - intradérmico uma ou duas doses dependendo da cicatriz vacinal, sem prova tuberculínica prévia. (BRASIL / MS / FNS/ Manual CNDS, 1994).

1.3.5. OS EPISÓDIOS REACIONAIS

Os episódios reacionais, ou apenas reações, representam uma complicação imunológica, fenômenos de ordem local ou geral, agudos ou subagudos, que se intercalam no quadro crônico da hanseníase. Incluem-se nestes episódios os casos em que o surto reacional se apresenta como manifestação inicial da doença, até então inaparente.

As reações se observam em 10% a 40% dos doentes e têm em todos os casos uma origem imunológica. A PQT reduziu de maneira expressiva o número dos episódios reacionais, principalmente as determinadas pelas alterações da imunidade humoral uma vez que o esquema terapêutico reduz com mais eficácia os bacilos e conta com a ação antiinflamatória da clofazimina benéfica no controle dos mesmos.

Os episódios reacionais desencadeados pelas modificações da imunidade celular são denominados do tipo 1 e os que ocorrem por participação da imunidade humoral são denominados do tipo 2.

O tipo 1 acompanha-se de alterações no grau de imunidade celular apresentada pelo paciente que pode ser em termos de melhora ou de piora dentro do espectro da hanseníase, respectivamente: reversa ("upgrading") e de degradação ("downgrading"), na primeira, o paciente, dimorfo, se

aproxima mais do polo tuberculóide; na segunda, ele se aproxima do polo virchowiano; a reversa **comumente acompanha o período de tratamento**; a de degradação ocorre em pacientes não ou inadequadamente tratados, podendo também, ser precipitado pela puberdade, gravidez ou puerpério. Clinicamente as duas formas são indistinguíveis, na maioria dos casos, e terapêuticamente são abordadas da mesma maneira. Na classificação de Gell e Coombs a reação tipo 1 corresponde ao tipo IV.

Os principais sinais e sintomas da reação tipo I são mudança no número e no aspecto das lesões que se tornam mais infiltradas, eritematosas, seguidas de descamação e até ulceração; tenossinovite, neurite aguda em troncos nervosos previamente afetados, surgimento de novos espessamentos neurais, perda da função motora e instalação de paralisias súbitas, das quais a devida à lesão do nervo facial tem pior prognóstico.

A reação tipo 2 é uma hipersensibilidade humoral e não está associada a mudanças no espectro da hanseníase. Na classificação de Gell e Coombs corresponde ao tipo III. Deve-se à reação antígeno-anticorpo com a formação de imunocomplexos nos sítios de depósito antigênico dos vários tecidos dando origem ao foco inflamatório agudo; ocorre nos pacientes virchowianos e nos dimorfos próximos a este polo (Tallhari & Neves, 1989).

As principais manifestações da reação tipo 2 são: o eritema nodoso (depósito de imunocomplexos no limite dermohipodérmico); o eritema polimorfo (depósito de imunocomplexo na derme) e o fenômeno de Lúcio (depósito de imunocomplexo na parede vascular do plexo subpapilar); neurite, iridociclite, orquite, mãos e pés reacionais, hepatite, glomerulonefrite

difusa aguda, síndrome nefrótica, etc.

Os episódios reacionais são interpretados negativamente pelos pacientes que os vêem como piora do quadro clínico ou efeito colateral da PQT e constituem às vezes motivo de abandono do tratamento. (Bryceson & Pfaltzgraff, 1990).

1.4. TERAPÊUTICA DA HANSENÍASE

Da mais remota antiguidade até princípios do Século, pode-se dizer que a hanseníase era incurável, uma vez que o óleo de *hydonocarpus* (*chaulmoogra*), largamente utilizado na China e na Índia, ao lado de outras terapias à base de arsenicais e azul de metileno nunca tiveram eficácia terapêutica comprovada

A era moderna da quimioterapia para hanseníase começou em 1941, com a utilização de uma série de derivados da sulfona, em Carville, EUA, por Faget e seus colaboradores. No início da década de 50, a notável eficácia da dapsona e seu amplo emprego revolucionaram o conceito da terapia hansenostática e a estratégia para seu controle: o isolamento físico do doente deu lugar ao "isolamento" do bacilo.

A monoterapia dapsônica predominou até que, algumas limitações se impuseram ao seu uso isoladamente, tais como a longa duração do tratamento que determinava a assiduidade deficiente dos enfermos, as altas taxas de evasão e dois fatores técnicos de relevância que foram a comprovação da resistência secundária e primária à dapsona, provada no coxim plantar do camundongo, em 1964, por Pettit e Rees e, a persistência bacilar. (Pettit & Rees, 1976).

Em outubro de 1981, em Genebra, Suíça, o Grupo de Estudos em Quimioterapia da Lepra para Programas de Controle - OMS, reuniu-se para definir regimes de medicamentos que fossem, ao mesmo tempo, eficazes e aplicáveis sob condições de campo, possibilitando a destruição efetiva do *Mycobacterium leprae*, no prazo mais curto possível, e a prevenção da emergência de cepas resistentes para evitar fracasso do tratamento ou recidivas.

Em 1982, foi preconizado o esquema de poliquimioterapia pela OMS (PQT/OMS), adaptado às condições sócioeconômicas dos países em desenvolvimento, com duração limitada e com a associação de mais duas drogas à dapsona e com a proposta de classificar os pacientes unicamente por sua carga bacilar.

A partir de 1988, para indicação dos esquemas de poliquimioterapia, o paciente passou a ser classificado operacionalmente para fins de tratamento, conforme métodos diagnósticos, em **paucibacilares** – aqueles com todos os esfregaços negativos (índice baciloscópico igual a zero) e clinicamente indeterminados ou tuberculóides na classificação de Madri e, **multibacilares** – aqueles com baciloscopia positiva em qualquer dos esfregaços (índice baciloscópico diferente de zero) e clinicamente dimorfos ou vichorwianos, na classificação de Madri.

No Brasil, a poliquimioterapia foi introduzida em 1986, com deficiência de recursos humanos treinados e em poucos estados, contando com unidades e equipe de referência.

Em 1993, a implantação do esquema fixo de 24 doses, logo em seguida à recomendação da OMS, já encontrava uma massa crítica treinada

e melhor entendimento da adoção dos esquemas de curta duração em hanseníase.

Atualmente, todos os doentes de hanseníase recebem o regime adequado de poliquimioterapia, cuja eficácia não é perturbada por pequenas falhas de comparecimento ao tratamento e requer pouca infra-estrutura e treinamento de fácil realização.

Os medicamentos empregados associam duas drogas bacteriostáticas, a dapsona e a clofazimina e a droga bactericida, a rifampicina, que por ser a mais importante, é incluída no tratamento das formas pauci e multibacilares. O tempo de tratamento para os pacientes multibacilares é de 24 meses, sendo considerado regular aquele que o completar em até 36 meses e para os paucibacilares é de 6 meses com o critério de regularidade mantido até 9 meses.

Os esquemas padrão são os seguintes:

Paucibacilares (PB):

- Rifampicina (RFM) – 600mg, uma vez por mês supervisionado.
- Dapsona (DDS) – 100 mg uma vez ao dia, auto-administrados.

Multibacilares (MB):

- Rifampicina – 600 mg uma vez por mês supervisionado.
- Clofazimina – (CFZ) – 300 mg uma vez por mês supervisionado e 50 mg diários auto-administrados.
- Dapsona – 100 mg uma vez ao dia, auto-administrados.

(BRASIL/MS/FNS/Manual CNDS, 1994).

Em 1997, a OMS recomendou 12 doses fixas para pacientes com índice bacilar (IB) menor ou igual a 3 e o esquema ROM (RFM 600 mg/dia + Ofloxacina 400 mg/dia + Minociclina 100 mg/dia) em dose única para pacientes com lesão única, em unidades de referência com acesso a laboratório e boas condições de registro e acompanhamento para rapidamente aglutinar uma casuística estadual e nacional, que permita avaliação e subsidie a expansão desses esquemas.

Em Pernambuco, a proposta para implantação do esquema PQT/MB 12 doses fixas foi selecionada para nove unidades, em 1997: Centros de Saúde Lessa de Andrade, Agamenon Magalhães, Amaury de Medeiros, Albert Sabin, em Recife; Barros Barreto em Olinda; Manoel Gomes, no Cabo; Sanatório Padre Manoel, em Paulista; Amélia Pontes, em Caruaru e Centro de Saúde de Petrolina, em Petrolina.

O Esquema ROM está sendo feito exclusivamente no Centro de Saúde Lessa de Andrade.

1.4.1. EFEITOS COLATERAIS

Os efeitos colaterais das drogas hansenostáticas são raros e excepcionalmente levam o paciente a abandonar ou tentar abreviar o tratamento. Nem mesmo a xerose e a pigmentação discrômica e inestética da clofazimina (CFZ) provocou a inaceitação prevista pelos "experts" em terapêutica da OMS, nos países de clima tropical.

A Rifampicina (RMF) pode causar os seguintes efeitos secundários: fadigabilidade, náuseas, síndrome pseudogripal, anemia hemolítica, eritema polimorfo, síndrome de Lyell, irritabilidade, psicose, diminuição dos efeitos

dos anovulatórios orais (Grosset, 1983).

A dapsona (DDS) tem, entre os seus efeitos colaterais, a hepatite citolítica ou colestásica, a anemia ferropriva e hemolítica aguda, metahemoglobinemia, leucopenia, a síndrome de hipersensibilidade à dapsona, cefaléia, nervosismo, síndrome psicótica, hipoalbuminemia, síndrome nefrótica (Grosset, 1994).

A clofazimina (CFZ) inclui em seus paraefeitos os seguintes: coloração avermelhada da urina, lágrimas, suor, leite materno e fezes, náuseas, vômitos, dores epigástricas, emagrecimento, dores abdominais, linfedema de membros inferiores e oncodistrofia (Jopling, 1983).

1.4.2. ABANDONO DE TRATAMENTO

Um dos pontos nodais do tratamento da hanseníase é o abandono do tratamento. A OMS define como abandono, aquele paciente que não procurou suas doses para tratamento por 12 meses consecutivos. Dentre as causas de abandono referidas na literatura médica, as mais típicas são: mudança de residência, crença de que uma vez desaparecidos os sintomas desaparece também a necessidade de continuar o tratamento, os efeitos colaterais ou as reações tóxicas dos medicamentos, o preconceito social que coíbe os pacientes de comparecer ao ambulatório, pigmentação inestética pela clofazimina, não desaparecimento dos sintomas com a rapidez esperada, aparecimento de episódios reacionais que são interpretados como piora do quadro clínico, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, conduta descortês por parte dos trabalhadores de saúde, horários inconvenientes dos ambulatórios, fatores sazonais e competição com outras

prioridades. As ações para controle dos casos de abandono incluem a revisão dos prontuários pelo menos uma vez por ano e a identificação dos pacientes que não buscaram seus medicamentos durante os últimos 12 meses. Paralelamente, deve-se empreender o contato com o paciente por meio de visita domiciliar, telefone, aerograma ou recado (verbal ou escrito) (OMS/OPAS/DNDS, 1989).

A PQT – OMS, inclui entre suas inúmeras vantagens, a possibilidade de melhorar a regularidade dos pacientes pela baixa freqüência de efeitos colaterais e diminuir o índice de abandono do tratamento, cujo fator determinante mais realçado é a longa duração do esquema monoterápico. Além disso, seus efeitos colaterais são na maioria leves e os mais sérios, são raros. Todas as evidências mostram também que o tratamento com a PQT durante a gravidez é seguro e que, após a conclusão do tratamento, os riscos de recidiva são insignificantes.

1.5. A DOENÇA COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A hanseníase é um dos mais preocupantes problemas de saúde pública nos países em desenvolvimento, onde cerca de 1,6 milhões de pessoas estão em áreas endêmicas, ou seja, onde a prevalência é igual ou maior que 1 doente por 10.000 habitantes (BRASIL/MS/FNS/Manual CNDS, 1994).

O Brasil ocupa atualmente o segundo lugar no mundo, em números absolutos de doentes, concentrando 80% dos casos das Américas. Em 1996, atingiu-se 105.024 casos em registro ativo, com taxa de prevalência de 6.77/10.000 hab., considerada altíssima pelos parâmetros da

Organização Mundial de Saúde (OMS). Nesse ano foram registrados 39.860 casos novos no País, com uma taxa de detecção de 2.53 casos por 10.000 hab. A Região Nordeste concentrou 28.6% dos casos em registro ativo; participou com 30.5% dos casos novos, com taxa de detecção igual a 2.67%. Pernambuco concentrou 30.7% dos casos da Região Nordeste, com um registro ativo de 9.299 casos e taxa de prevalência de 12.4 casos por 10.000 hab., caracterizando ainda uma situação de alta endemicidade. O Recife, no ano de 1996 apresentou taxa de prevalência de 13,5/10.000 hab.; 946 casos novos e taxa de detecção de 7,04/10.000 hab. (DIEVIS/SES/FUSAM, 1997; RECIFE, 1997).

As ações de controle da hanseníase, são voltadas principalmente para a identificação dos casos, busca dos comunicantes, tratamento precoce e prevenção de incapacidades.

A detecção precoce e tratamento adequado são as principais armas para interromper a circulação do *Mycobacterium leprae* na população.

1.6. CISAM

O Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros, Unidade de Ensino da FCM/UPE (Faculdade de Ciências Médicas/Universidade de Pernambuco), é um complexo hospitalar constituído pelo Centro de Saúde Amaury de Medeiros, pela Maternidade Prof. Monteiro de Moraes e um Posto de Saúde no Alto do Pascoal, em Recife.

A manutenção e investimentos realizados no CISAM são feitos com recursos próprios gerados pela produção de serviços através do Sistema Único de Saúde (SUS) e recursos do Estado (pagamento de pessoal).

A grande demanda da clientela procedente da Região Metropolitana do Recife (RMR) e interior de estado, deve-se ao atendimento ao parto e puerpério de alto risco, exames especializados na área gineco-obstétrica e pelo fato de ser um centro de referência para diversas áreas como patologia clínica, hanseníase, tuberculose, assistência ao climatério, esterilidade e fertilidade, além das já citadas. Constitui campo de prática de estágios curriculares das Faculdades de Medicina, Enfermagem e Odontologia; desenvolvendo ainda, Programa de Residência Médica e Mestrado em tóco-ginecologia.

O ambulatório de Dermatologia Sanitária está inserido no CISAM, dentro do Centro de Saúde. Dispõe de uma equipe multiprofissional composta por 4 médicos dermatologistas, 1 clínico, 1 psicólogo, 1 assistente social, 1 fisioterapeuta, 1 farmacêutico, 1 técnico de laboratório e uma equipe de enfermagem com 4 enfermeiras, 1 técnico, 3 auxiliares e 2 atendentes.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Estudar a adesão ao tratamento de hanseníase de indivíduos acompanhados no ambulatório de dermatologia sanitária do Centro Integrado Amaury de Medeiros (CISAM) da Universidade de Pernambuco (UPE), no período de Janeiro de 1989 a Dezembro de 1995, para subsidiar estudos posteriores sobre o abandono ao tratamento e suas causas, bem como a elaboração de propostas para a recuperação dos mesmos.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Calcular os índices de alta e abandono dos casos de hanseníase atendidos no CISAM;
- Identificar a presença de variáveis que interferiram no êxito do tratamento.

3. METODOLOGIA

3.1. DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, do tipo exploratório, que identificou as prováveis variáveis que interferem na adesão ao tratamento de hanseníase, analisando o comportamento das mesmas em dois grupos: o que concluiu o tratamento (cura) e o que abandonou (abandono).

3.2. POPULAÇÃO EM ESTUDO

Indivíduos com hanseníase acompanhados no CISAM no período de 1º de Janeiro de 1989 a 31 de Dezembro de 1995.

3.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos no estudo todos os portadores de hanseníase, segundo os critérios da Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde (BRASIL, 1994) e OMS(1995), inscritos e acompanhados no CISAM-UPE, no período de 1989 a 1995.

3.4. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos os casos antigos, as recidivas (segundo critérios da CNDS/MS e OMS) e os abandonos que, por ocasião do cruzamento de informações com a Coordenação Estadual de Hanseníase da Secretaria Estadual de Saúde (CEH-SES), tinham sido admitidos em outros serviços por transferência.

3.5. PERÍODO DE ESTUDO

De 1º de Janeiro de 1989 a 31 de Dezembro de 1995. A seleção desse período deveu-se ao fato de que, as atividades de atendimento aos pacientes hansenianos, foram implementadas em 1989 com a locação de novos profissionais, treinamento em PQT e, além disso, o ano de 1996 é o último do período em que pode-se observar os indivíduos que tiveram alta ou abandonaram o tratamento, já que, os registrados em 1997 ainda estão no período de acompanhamento.

3.6. VARIÁVEIS SELECIONADAS

3.6.1. VARIÁVEIS DEPENDENTES

- CURA
- ABANDONO AO TRATAMENTO

Cura - considerou-se curado aquele paciente que completou o número de doses preconizadas de acordo com a forma clínica, observados os critérios de regularidade normatizados pela CNDS/MS.

Abandono - considerou-se como abandono, aquele paciente que não compareceu ao serviço para sua dose supervisionada, por um período consecutivo de 12 meses.

3.6.2 – VARIÁVEIS INDEPENDENTES

Sexo, procedência, idade, formas clínicas, grau de incapacidade, reações medicamentosas, episódios reacionais, escolaridade, ocupação, baciloscopia positiva.

3.7 – TAMANDO DA AMOSTRA

A amostra foi selecionada entre os pacientes registrados no CISAM, no período de janeiro de 1989 a dezembro de 1995. Foram inscritos nesse período 2.838 pacientes, dos quais 2.283 tiveram alta por cura, 524 abandonaram o tratamento, 23 foram transferidos e 8 óbitos.

Considerando que o acesso ao serviço, expresso em facilidade ou não de deslocamento, é um fator que influencia no tratamento, a amostra foi dimensionada para estimar duas proporções tomando por base a hipótese de que o acesso ao serviço estaria presente em 50% dos que abandonaram e em 35% dos que concluíram o tratamento. Com um erro α estimado em 5% e $1-\beta = 80\%$, foi feita uma partilha proporcional ao volume de casos ano a ano, totalizando 490 casos entre os pacientes que concluíram o tratamento (cura) e em 118, entre os que abandonaram, conforme demonstrado no Quadro 1, abaixo.

QUADRO 1: BASE DE CÁLCULO DA AMOSTRA SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO E CONDIÇÃO DE ALTA

ANOS	CURA		ABANDONO	
	N ^o CASOS	%	N ^o CASOS	%
1989	47	9,5	12	11,4
1990	50	10,2	18	16,2
1991	67	13,7	14	12,8
1992	69	14,0	18	12,6
1993	75	15,3	19	17,6
1994	69	14,1	18	12,6
1994	113	23,2	19	16,8
TOTAL	490	100,0	118	100,0

3.8. FONTES DE DADOS

Foram realizadas revisões dos prontuários médicos de todos os pacientes a partir da identificação no livro de registro dos pacientes inscritos no CISAM.

3.9. CONSOLIDAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.

Os dados foram coletados em protocolo elaborado especificamente para este fim e digitados, consolidados e analisados com o auxílio do EPI-INFO. Utilizou-se o processador de texto Winword para edição de texto e elaboração das tabelas e gráficos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

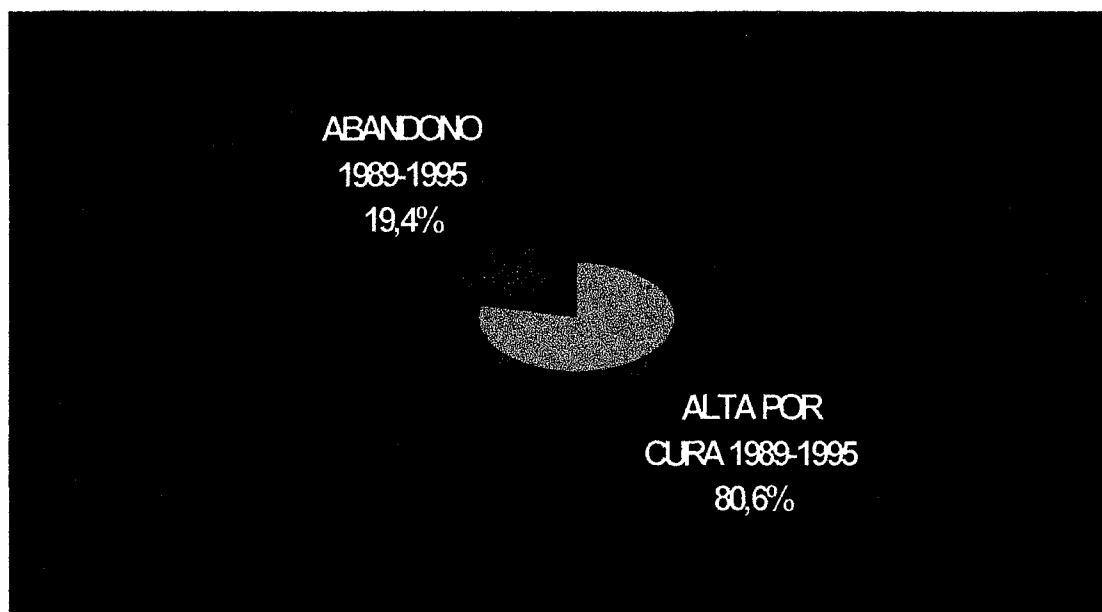
De um total de 2 283 portadores de hanseníase inscritos no CISAM, no período estudado, selecionou-se uma amostra de 608 casos, sendo 490 entre os que concluíram o tratamento (cura) e 118, que abandonaram o tratamento (abandono), conforme descrição detalhada no capítulo de metodologia.

A análise dos dados, de acordo com os possíveis fatores relacionados com a cura ou o abandono ao tratamento, foi realizada segundo as variáveis ligadas ao indivíduo, à evolução da doença e ao esquema terapêutico preconizado.

Dos 608 pacientes estudados, 118 (19,4%) não concluíram o tratamento (abandono) (gráfico 1-A). Nos parâmetros dos indicadores operacionais do Ministério da Saúde, este percentual situa-se na faixa considerada regular (25%— 10%). Do ponto de vista operacional, os casos computados como abandono permanecem no registro ativo, para efeito do cálculo de prevalência, até cinco anos (para os pacientes MB) e até dois anos (para os pacientes PB). Este fato, segundo Andrade, possivelmente aponta para uma super-estimativa do coeficiente de prevalência, pois permite a inclusão incorreta dos pacientes em abandono de tratamento (1996).

GRÁFICO 1A

PERCENTUAL DOS CASOS DE HANSENÍASE CONFORME CONDIÇÃO DE ALTA, CISAM, 1989-1995.



Fonte: Ambulatório de Dermatologia Sanitária – CISAM-UPE

Quanto à distribuição dos casos segundo o sexo e as condições de alta, conforme demonstrado na tabela 1 e gráfico 1-B, observou-se uma discreta predominância do sexo feminino nos pacientes que tiveram alta por cura (82,0% do sexo feminino *versus* 78,4%, do masculino). Dentre os que abandonaram o tratamento, o percentual maior foi do sexo masculino (21,6% do sexo masculino *versus* 18%, do feminino) (tabela 1). No entanto, estas diferenças não foram estatisticamente significantes.

TABELA 1

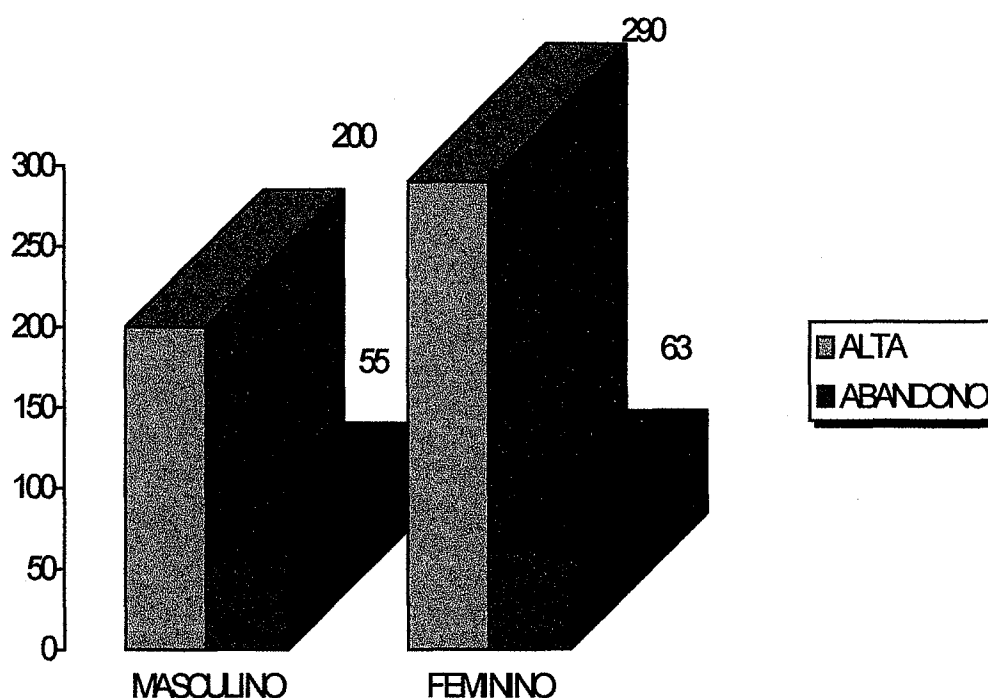
NÚMERO E PERCENTUAL DOS CASOS DE HANSENÍASE CONFORME SEXO E TIPO DE ALTA, CISAM - 1989-1995.

SEXO	TIPO DE ALTA					
	CURA		ABANDONO		TOTAL	
	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
MASCULINO	200	78,4	55	21,6	255	41,9
FEMININO	290	82,0	63	18,0	353	58,1
TOTAL	490	80,6	118	19,4	608	100

Fonte: Ambulatório de Dermatologia Sanitária – CISAM-UPE

GRÁFICO 1B

PERCENTUAL DOS CASOS DE HANSENÍASE CONFORME TIPO DE ALTA E SEXO, CISAM - 1989-1995.



Fonte: Ambulatório de Dermatologia Sanitária – CISAM - UPE

Historicamente o CISAM tem apresentado um predomínio do sexo feminino em pacientes matriculados para o tratamento de hanseníase. No período estudado, dos 2 592 pacientes, 1 198 (46,2%) foram do sexo masculino e 1 394 (53,8%) do sexo feminino. A "vocação para a área Materno-Infantil e Saúde Pública do CISAM" (Pereira, 1997), pode influenciar no perfil da população atendida. Por outro lado, a maior inserção da mulher no mercado de trabalho, em determinadas áreas urbanas, como no caso de Recife, também pode ser invocada para explicar o coeficiente de detecção semelhante ou mais elevado em mulheres quando se considera o sexo dos casos (Albuquerque 1985, Andrade, 1990).

Destaca-se a preocupação com o abandono, ainda, quanto a possibilidade de desenvolverem a resistência secundária, embora com a PQT isto seja mais difícil. E em se tratando de casos multibacilares, esta preocupação decorre também do fato de transmitirem a doença com formas bacilíferas resistentes levando à resistência primária, nos imunologicamente susceptíveis que desenvolverem a doença.

Não houve diferença significativa entre os pacientes que abandonaram o tratamento considerando a sua procedência (tabela 2 e gráfico 2). Considerando Recife, em relação aos 16 Municípios levantados, a porcentagem foi 61,8%, com um número de 376 pacientes; o Município de Olinda, cujo acesso ao CISAM é menos oneroso e conta com um maior número de linhas de ônibus acessíveis aos usuários, participou com 173 pacientes dos 608 estudados numa porcentagem de 28,5%; a porcentagem dos demais Municípios considerados variou entre 0,2% e 1,2% ou seja, de 1 a 7 pacientes.

TABELA 2

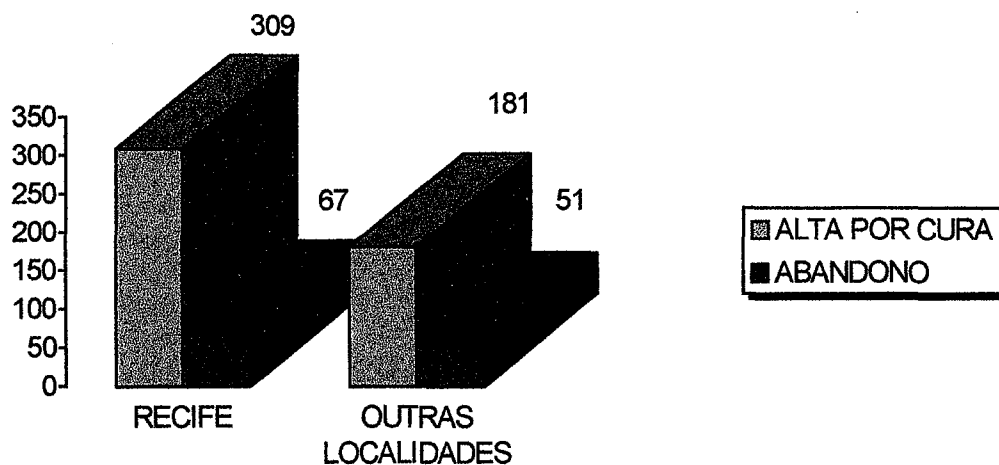
NÚMERO E PERCENTUAL DE CASOS DE HANSENÍASE SEGUNDO PROCEDÊNCIA E TIPO DE ALTA, CISAM - 1989-1995.

PROCEDÊNCIA	TIPO DE ALTA					
	CURA		ABANDONO		TOTAL	
	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
RECIFE	309	82	67	18	376	100
OUTRAS LOCALIDADES	181	78	51	22	232	100
TOTAL	490	80,5	118	19,5	608	100

Fonte: Ambulatório de Dermatologia Sanitária – CISAM - UPE

GRÁFICO 2

NÚMERO E PERCENTUAL DE CASOS DE HANSENÍASE SEGUNDO PROCEDÊNCIA E TIPO DE ALTA, CISAM - 1989-1995.



Fonte: Ambulatório de Dermatologia Sanitária – CISAM-UPE

Ao se analisar a distribuição dos casos por idade, considerando para esta variável duas categorias: menor de 15 anos e maior ou igual a quinze anos, segundo a condição de alta, não foi encontrada diferença estatística significativa entre as 2 faixas etárias (tabela 3 e gráfico 3). A média encontrada para todo o período do estudo, situou-se em 19,4% para a faixa etária de 0 a 14 anos, tendo este dado variado de 5,2% a 22,9%, sendo o mais baixo percentual o do ano de 1989, já que nos demais anos, manteve-se acima de 17% (Quadro 2). A ocorrência da doença em menores de 15 anos caracteriza a existência de pacientes multibacilares sem terapia específica, levando estes menores a terem mais precocemente contato com altas cargas bacilíferas, reduzindo o período de incubação da doença.

TABELA 3

NÚMERO E PERCENTUAL DE CASOS DE HANSENÍASE SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E TIPO DE ALTA, CISAM - 1989-1995.

FAIXA ETÁRIA	TIPO DE ALTA					
	CURA		ABANDONO		TOTAL	
	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
< 15 ANOS	96	81,4	22	18,6	118	19,4
≥15 ANOS	394	80,4	96	19,6	490	80,6
TOTAL	490	80,6	118	19,4	608	100

Fonte: Ambulatório de Dermatologia Sanitária – CISAM-UPE

A análise dos casos segundo o tipo de alta e a forma clínica da doença, revelou que entre os pacientes que abandonaram o tratamento, 49,0% tinham a forma clínica dimorfa; 24%, tuberculóide; 17% a forma virchowiana e apenas 10%, a indeterminada. As diferenças encontradas entre o grupo de pacientes que tiveram alta por cura e aqueles que abandonaram o tratamento segundo a forma clínica, foram estatisticamente significantes ($\chi^2 = 23,83$; GL= 3; $p < 0,000$), particularmente entre aqueles que apresentavam a forma dimorfa (em relação ao abandono) e os de forma tuberculóide (em relação a cura) (tabela 4 e gráfico 4).

TABELA 4

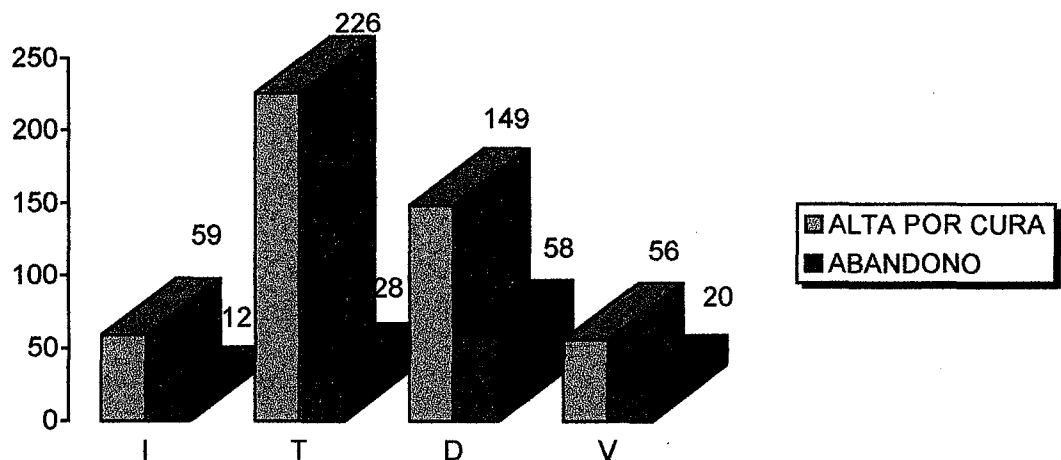
NÚMERO E PERCENTUAL DE CASOS DE HANSENÍASE SEGUNDO A FORMA CLÍNICA E O TIPO DE ALTA, CISAM - 1989-1995.

FORMAS CLÍNICAS	TIPO DE ALTA					
	CURA		ABANDONO		TOTAL	
	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
INDETERMINADA	59	12	12	10	71	11,7
TUBERCULÓIDE	226	46	28	24	254	41,8
DIMORFA	149	30,5	58	49	207	34,0
VIRCHOWIANA	56	11,5	20	17	76	12,5
TOTAL	490	100	118	100	608	100

Fonte: Ambulatório de Dermatologia Sanitária – CISAM-UPE

GRÁFICO 4

NÚMERO E PERCENTUAL DE CASOS DE HANSENÍASE SEGUNDO A FORMA CLÍNICA E O TIPO DE ALTA, CISAM - 1989-1995.



Fonte: Ambulatório de Dermatologia Sanitária – CISAM-UPE

Os resultados encontrados neste estudo, quanto as variáveis tipo de cura e forma clínica, são compatíveis com os dados da literatura (Brycson et al., 1986; Thangaraj et al., 1988) e encontram as seguintes explicações:

- a. A forma clínica dimorfa é imunologicamente instável, sujeita a ocorrência de episódios reacionais com mais freqüência; na vigência destes, o paciente pode ter quadros álgicos importantes, piora do aspecto das lesões e acometimento de novos troncos nervosos periféricos.
- b. A forma clínica dimorfa tem maior número de lesões cutâneas o que de certa forma pode servir de elemento identificador de sua patologia para a qual normalmente tem representações negativas;

- c. A forma dimorfa tem período mais longo de tratamento (24 meses); o paciente é submetido a um esquema poliquimioterápico com maior número de drogas (DDS + RMP + CLO) hansenostáticos, acrescidas das sintomáticas para os episódios reacionais o que implica em maior número de efeitos colaterais;
- d. A forma dimorfa inclui no esquema de PQT a Clofazimina (CFZ) responsável pela pigmentação discrômica do tegumento, escleróticas e cabelos aliando a isto a intensificação da xerose pelos seus efeitos anticolinérgicos, o que pode ser um desestímulo ao tratamento.

Quando da análise do grau de incapacidade e o abandono ao tratamento, as diferenças observadas não foram estatisticamente significantes (tabela 5 e gráfico 5).

TABELA 5

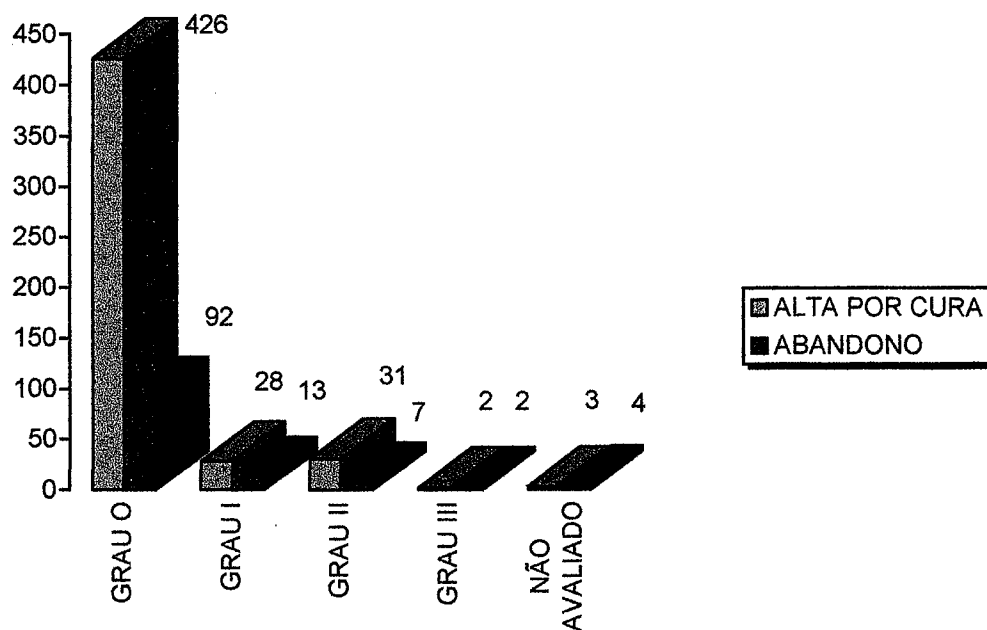
NÚMERO E PERCENTUAL DE CASOS DE HANSENÍASE SEGUNDO O GRAUS DE INCAPACIDADE E TIPO DE ALTA, CISAM – 1989-1995.

GRAU DE INCAPACIDADE	TIPO DE ALTA					
	CURA		ABANDONO		TOTAL	
	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
GRAU O	426	82,2	92	17,8	518	85,2
GRAU I	28	68,3	13	31,7	41	6,8
GRAU II	31	81,6	7	18,4	38	6,3
GRAU III	2	50,0	2	50,0	4	0,6
NÃO AVALIADO	3	43,0	4	57,0	7	1,1
TOTAL	490	80,6	118	18,4	608	100

Fonte: Ambulatório de Dermatologia Sanitária – CISAM-UPE

GRÁFICO 5

NÚMERO E PERCENTUAL DE CASOS DE HANSENÍASE SEGUNDO O GRAUS DE INCAPACIDADE E TIPO DE ALTA, CISAM – 1989-1995.



Fonte: Ambulatório de Dermatologia Sanitária – CISAM-UPE

Os achados do presente estudo confirmaram, sobretudo, duas vantagens da PQT: a diminuição das discapacidades físicas - com a rápida intervenção das drogas no combate ao bacilo e, conseqüentemente, à seqüela do dano neural que leva às alterações motoras e funcionais - e a percentagem alta (98,9%) dos pacientes que tiveram seu grau de incapacidade avaliado, que é um parâmetro bom dentro da avaliação dos programas de controle e eliminação da hanseníase, refletindo a melhora da operacionalidade dos mesmos.

Conforme demonstrado na tabela e gráfico 6, os episódios reacionais não interferiram quanto ao término do tratamento ou ao abandono. A predominância da reação tipo 1, entre os abandonos, está relacionada à predominância da forma clínica D dentre os mesmos. Um dado significativo na análise dos episódios reacionais foi o grande número de pacientes que não tiveram episódios reacionais (72%) reafirmando uma das grandes vantagens da PQT que é a redução dos mesmos.

TABELA 6

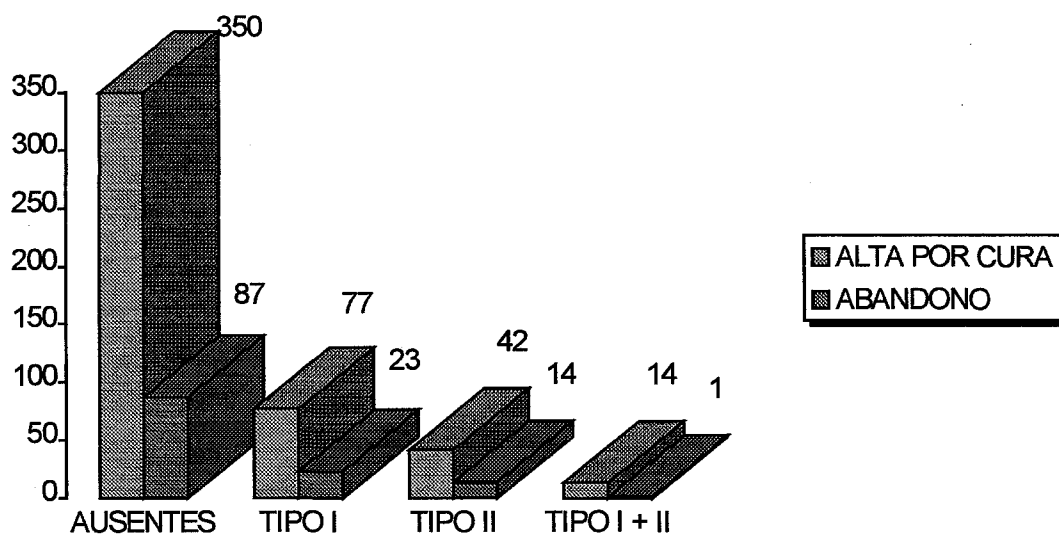
NÚMERO E PERCENTUAL DE CASOS DE HANSENÍASE SEGUNDO EPISÓDIOS REACIONAIS E TIPO DE ALTA, CISAM – 1989-1995

EPISÓDIOS REACIONAIS	TIPO DE ALTA					
	CURA		ABANDONO		TOTAL	
	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
AUSENTES	357	81,7	80	18,3	437	72
TIPO I	77	77	23	23	100	16,4
TIPO II	42	75	14	25	56	9,2
TIPO I + II	14	93,3	01	6,7	15	2,4
TOTAL	490	80,6	118	19,4	608	100

Fonte: Ambulatório de Dermatologia Sanitária – CISAM-UPE

GRÁFICO 6

NÚMERO E PERCENTUAL DE CASOS DE HANSENÍASE SEGUNDO EPISÓDIOS REACIONAIS E TIPO DE ALTA, CISAM – 1989-1995.



Fonte: Ambulatório de Dermatologia Sanitária – CISAM-UPE

Não foi encontrado relação entre o grau de escolaridade dos pacientes com idade igual ou superior a 15 anos e o abandono do tratamento (tabela 7). A concentração dos casos que receberam alta por cura ou abandonaram a PQT ficou no nível de ensino de 1^o grau, numa demonstração da baixa escolaridade dos pacientes, o que de certa forma distingue a força do binômio condição de vida x saúde.

TABELA 7

NÚMERO E PERCENTUAL DE CASOS DE HANSENÍASE EM ADULTOS (IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 15 ANOS) SEGUNDO O NÍVEL ESCOLARIDADE E TIPO DE ALTA, CISAM – 1989-1995.

NÍVEL DE ESCOLARIDADE	TIPO DE ALTA					
	CURA		ABANDONO		TOTAL	
	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
ANALFABETO	37	67,3	18	32,7	55	11,6
ELEMENTAR	19	76,0	06	24,0	25	5,2
1 ^o GRAU	226	81,6	51	18,4	277	58,5
2 ^o GRAU	76	82,6	16	17,4	92	19,5
SUPERIOR	23	92,0	02	8,0	25	5,2
TOTAL	381	80,4	93	19,6	474	100

Fonte: Ambulatório de Dermatologia Sanitária – CISAM-UPE

A baciloscopia positiva em maior percentagem que a negativa (25,0% e 14,0%, respectivamente) entre os casos de abandono (tabela 8 e gráfico 7), corrobora a predominância da forma dimorfa entre estes uma vez que, considerando a baciloscopia tecnicamente confiável, são pacientes bacilíferos, potenciais transmissores na cadeia epidemiológica. A baixa percentagem de baciloscopias não realizadas 0,49% é um bom parâmetro operacional para o serviço, condição decorrente do investimento em capacitação profissional trazidas pela implantação e implementação da PQT.

Aproximadamente, 50% dos pacientes contactantes intradomiciliares são de forma tuberculóide e 72% são de formas paucibacilares (MHI/MHT) (tabela 9 e gráfico 8); esses pacientes apresentam, comumente, imunidade celular parcialmente preservada e teoricamente não deveriam estar adoecendo. No entanto, quando expostos a focos bacilíferos viáveis estão contraindo a patologia em questão. Do ponto de vista epidemiológico, embora a amostra não tenha uma representação populacional, poder-se-ia pensar num incremento da endemia na Região Metropolitana do Recife .

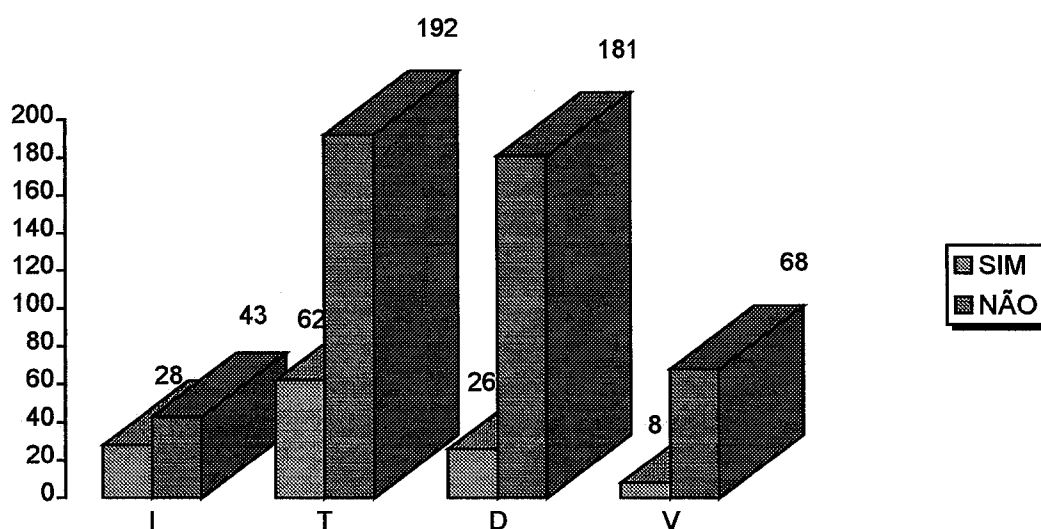
TABELA 9
NÚMERO E PERCENTUAL DE CASOS DE HANSENÍASE CONFORME
SITUAÇÃO DE CONTATO INTRADOMICILIAR E FORMAS CLÍNICAS
ENTRE OS CASOS DE CURA, CISAM – 1989-1995.

CONTATO INTRADOMICILIAR	FORMA CLÍNICA								
	I		T		D		V		TOTAL
	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%	N ^o
SIM	28	22,6	62	50,0	26	21,0	08	6,4	124
NÃO	43	8,9	192	39,7	181	37,4	68	14,0	484
TOTAL	71	11,7	254	41,8	207	34,0	76	12,5	608

Fonte: Ambulatório de Dermatologia Sanitária – CISAM-UPE

GRÁFICO 8

NÚMERO DE CASOS DE HANSENÍASE CONFORME SITUAÇÃO DE CONTATO INTRADOMICILIAR E FORMAS CLÍNICAS ENTRE OS CASOS DE CURA, CISAM – 1989-1995.



Fonte: Ambulatório de Dermatologia Sanitária – CISAM-UPE

Conforme dados demonstrados na tabela 10 e gráfico 9, dos 608 pacientes, 124 eram contato intradomiciliar (20,4%) e 480 não eram (79,6%). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os pacientes que abandonaram o tratamento ou receberam alta por cura no que se refere a situação de contato intradomiciliar.

TABELA 10

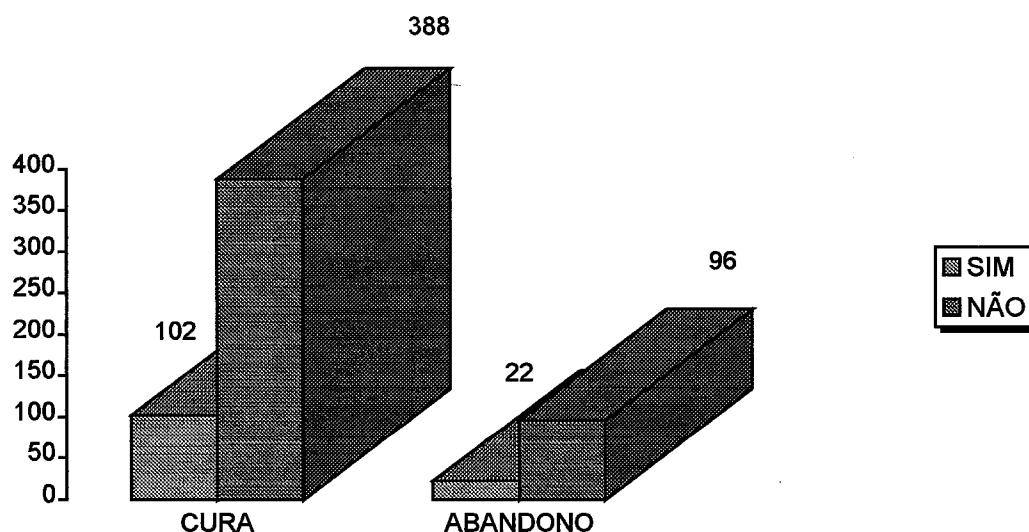
NÚMERO E PERCENTUAL DE CASOS DE HANSENÍASE CONFORME SITUAÇÃO DE CONTATO INTRADOMICILIAR E TIPO DE ALTA, CISAM – 1989-1995

CONTATO	TIPO DE ALTA					
	CURA		ABANDONO		TOTAL	
	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
INTRADOMICILIAR						
SIM	102	82,2	22	17,8	124	20,4
NÃO	388	80,2	96	19,8	484	79,6
TOTAL	490	80,6	118	19,4	608	100

Fonte: Ambulatório de Dermatologia Sanitária – CISAM-UPE

GRÁFICO 10

NÚMERO E PERCENTUAL DE CASOS DE HANSENÍASE CONFORME SITUAÇÃO DE CONTATO INTRADOMICILIAR E TIPO DE ALTA, CISAM – 1989-1995



Fonte: Ambulatório de Dermatologia Sanitária – CISAM-UPE

Dos 608 pacientes, 150 apresentaram algum tipo de efeito colateral associado às drogas utilizadas a PQT, conforme dados da tabela 11 e gráfico 10, das alterações clínicas por efeitos colaterais registradas o mais freqüente foi o tipo sistêmico (32%), seguido do hematológico (27%), digestivo (27%), dermatológico (12%) e outros (2%).

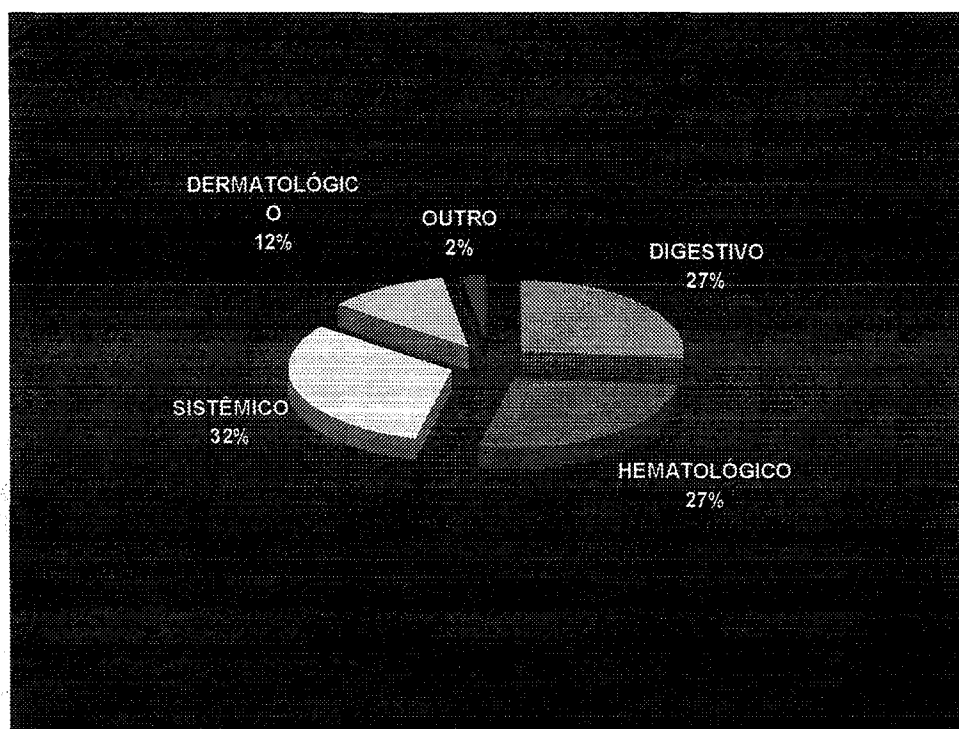
TABELA 11
NÚMERO E PERCENTUAL DAS ALTERAÇÕES CLÍNICAS POR EFEITOS COLATERAIS EM PACIENTES DE HANSENÍASE SUBMETIDOS À PQT, CISAM – 1989-1995

ALTERAÇÕES CLÍNICAS	NÚMEROS DE CASOS	%
DIGESTIVOS	43	26,5
HEMATOLÓGICOS	44	27,2
SISTÊMICOS	51	31,5
DERMATOLÓGICOS	20	12,3
OUTROS	04	2,5
TOTAL	162	100

Fonte: Ambulatório de Dermatologia Sanitária – CISAM-UPE

GRÁFICO 10

PERCENTUAL DAS ALTERAÇÕES CLÍNICAS EM PACIENTES DE HANSENÍASE SUBMETIDOS À PQT, CISAM – 1989-1995



Fonte: Ambulatório de Dermatologia Sanitária – CISAM-UPE

Das alterações clínicas por efeitos colaterais registradas, a mais freqüente foi do tipo sistêmico (32%), seguido do hematológico (27%), digestivo (27%), dermatológico (12%) e outros (2%).

Dos 608 pacientes estudados, 150 apresentaram algum tipo de feito colateral (24,7%); 458 não apresentaram nenhum tipo de reação (75,3%) (tabela 12). Entre os pacientes que abandonaram o tratamento, 39 apresentaram efeitos colaterais (33%), entre os curados 111 apresentaram efeitos colaterais (22,6%). Concluimos que os efeitos colaterais não

constituíram motivo relevante para determinar o abandono ou a conclusão do tratamento.

TABELA 12

DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE HANSENÍASE SEGUNDO TIPO DE ALTA
E EFEITOS COLATERAIS.

CISAM – 1989-1995

TIPO DE ALTA	Nº DE PACIENTES	EFEITOS COLATERAIS			
		PRESENÇA		AUSÊNCIA	
		Nº	%	Nº	%
CURA	490	111	22,6	379	77,3
ABANDONO	118	39	33,0	79	67,0
TOTAL	608	150	24,7	458	75,3

Fonte: Ambulatório de Dermatologia Sanitária – CISAM-UPE

5. CONCLUSÕES.

O êxito do tratamento depende em grande parte dos níveis de bacilos apresentados pelos indivíduos e conseqüentemente das formas clínicas apresentadas pelo mesmo. Indivíduos multibacilares são os que mais abandonaram o tratamento, possivelmente pela maior duração deste e porque são nas formas mais estigmatizantes em que a doença se expressa de maneira mais evidente.

O estudo aponta ainda para a possível interferência de fatores subjetivos não contemplados neste estudo. O doente de hanseníase pelo próprio estigma da doença é um indivíduo fragilizado, muitas vezes com a auto-estima comprometida. A sua adesão ao tratamento depende de um equilíbrio emocional que lhe permita a conscientização sobre o seu problema e de suas possibilidades, do apoio familiar e acolhimento no serviço. No decorrer do estudo observou-se, a grosso modo, uma maior concentração de abandono entre doentes atendidos por um determinado profissional, situação essa não prevista por ocasião do desenho deste estudo. Esses achados apontam para a necessidade de outros estudos para, com uma nova abordagem, identificar outros fatores relacionados com o êxito do tratamento.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância do tratamento, não só para conter a evolução da doença no indivíduo, mas principalmente para interromper sua propagação na comunidade, bem como os achados desse estudo, apontam para o papel de fatores psicossociais no êxito do tratamento e recomendam uma nova abordagem na relação profissional de saúde - paciente - família - comunidade.

Uma reformulação no chamado acolhimento do serviço, tentando eliminar a visão mecanicista e biologicista que caracteriza a medicina de um modo geral, e o atendimento ao cliente, substituindo-a por uma visão mais abrangente, humanizada e holística do indivíduo. O resgate da delicadeza no atendimento; colocar-se no lugar do outro para atender melhor suas dificuldades; eliminação de entraves burocráticos comuns na marcação de consultas, exames e distribuição de medicamentos contribuirão grandemente para o sucesso do tratamento. Além do investimento no acolhimento do serviço, recomenda-se também um serviço de apoio psicológico ao doente e sua família objetivando reconquista da auto imagem, da confiança, apoio e aceitação da família, enfim, a reintegração social.

Com essa garantia, fica mais fácil o indivíduo enfrentar o tratamento, qualquer que seja a sua duração, os incômodos dos efeitos colaterais e episódios reacionais. Dessa forma o serviço cumprirá o seu papel, respeitando assim os princípios do SUS, principalmente no que se refere à integralidade. Afinal de contas, a cura da hanseníase não depende apenas da terapêutica medicamentosa, mas também da atenção e compreensão dispensadas ao paciente.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, M.F.P.M. de. A Hanseníase em Recife - Um Estudo Epidemiológico para o Período 1960 - 1985. Recife, Dissertação (Mestrado Medicina Tropical) Universidade Federal de Pernambuco.1987.193p.
- ANDRADE, V.G.L. Características Epidemiológicas da Hanseníase em Área Urbana : Município de São Gonçalo. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.1990.139p.
- ANDRADE, V.G.L. Evolução da Hanseníase no Brasil e Perspectivas Para Sua Eliminação Como Um Problema de Saúde Pública. Rio de Janeiro, Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.1996.201p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Situação da Implantação Gradual da PQT em Hanseníase no Brasil. Brasília: Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde - Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. MS, (mimeo).1989.
- BRENNAND, P. J. Carbohydrate Containing Antigens of *M. leprae*. Leprosy Review, 57 (2) : 39-51.1986.
- BRYCESON, A., PFALTZGRAFF. Leprosy. 3ª ed. New York, Churchill Livingstone, 1990 , 240 p.
- FLAGEUL, B. (1997). Maladie de Hansen - Lèpre. In: Encyclopedie Medico Chirurgical - Dermatologie. Paris. Elsevier, 12.520. A. 10: 1.2.1997.
- GROSSET, J. , LEVANTIS, S. Adverse Effects of Rifampin. Infects Diseases, 5: 440-446. May,1983.
- GROSSET, J. Progress in Chemotherapy of Leprosy. Internacional Journal of Leprosy, 62: 268.277. August,1994.
- GUINTO, R.S., COLAS . Atlas de Hanseníase. Sasakawa: Memorial Health Foundation.1990,57 p.
- HASTINGS, R. C. Leprosy. New York. Churchill Livingstone . 1985, 331p.
- JOPLING, W.H. Side -effects of Antileprosy Drugs in Common Use. Leprosy Review, 54: 264-270.1983.

JOPLING, W.H. - Manual de Hanseníase. 4ª ed. Rio de Janeiro. Atheneu. 1991, 183p. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. Guia de Controle da Hanseníase. 2ª ed. - Brasília. 1994. 156p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. Controle da Hanseníase: uma proposta de integração ensino-serviço. - Rio de Janeiro, DNDS/NUTES, 1989. 124p.

OMS. (Organização Mundial de Saúde). Um Guia Para Eliminação da Lepra Como Um Problema de Saúde Pública. OMS, 1995.

PEREIRA, J. V. A. Enfoque Estratégico no Setor Saúde : CISAM: Uma Experiência na Direção e Gestão da Inovação. Recife. Dissertação (Mestrado em Planejamento e Gestão Organizacional). Faculdade de Ciências da Administração. Universidade de Pernambuco. FESP-UPE. 1997. 19p.

PETTIT, J.H., REES, R.J. Sulphone resistance in leprosy: experimental and clinical study. Lancet, 2 : 673- 674. June, 1976.

RECIFE. Prefeitura da Cidade. Secretaria de Saúde. Plano de Ação para o Controle da Hanseníase na Cidade do Recife. Recife, julho , 1997.

TALHARI, S., NEVES, R. G. Hanseníase. 2. ed. Manaus. AM. 1989. 144p.

THANGARAJ, R. H. , YAWALKAR, S.J. La Lèpre-pour les médecins et le personnel para-médical. 3ª ed. Bâle Suisse. Ciba Geigy . 1988, 116p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Comité de Espertos de la OMS en Lepra. Technical Report Series, Geneva. WHO, 1988. 768p.

ANEXOS

ANEXO 1

SECRETARIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

DIRETORIA EXECUTIVA DE EPIDEMIOLOGIA

COORDENAÇÃO DE HANSENÍASE

INDICADORES	POPULAÇÃO	DETECÇÃO		PREVALÊNCIA	
		Casos	Detecção	Casos	Prevalência
89	6.924.048	1.618	2,3	8744	12,6
90	7.024.392	1.840	2,6	9310	13,3
91	7.126.855	1.774	2,5	7022	9,9
92	7.213071	2.065	2,9	7832	10,9
93	7.320.156	2.007	2,7	7404	10,1
94	7.430.15.	2.365	3,2	9799	13,2
95	7.543.613	2.645	3,5	9629	12,8

ANEXO 2

HANSENÍASE

FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE INCAPACIDADES FÍSICAS

Unidade Federada: _____ Município _____

Nome _____ Sexo: _____ Idade _____

Forma Clínica: _____ Nº da Ficha: _____

Grau	Não	PÉ		OLHO		
		E	D	E	D	
	Sinais e/ou sintomas			Sinais e/ou sintomas		
0	Nenhum problema com as mãos devido a hanseníase			Nenhum problema com os pés devido a hanseníase		
1	Anestesia			Anestesia		Sensibilidade corneana diminuída ou ausente
2	Úlceras e lesões traumática			Úlceras trópicas		Lagooftalmo e/ou ectrópio
	Garra móvel da mão			Garra dos artelhos		Triquíase
	Reabsorção discreta			Pé caído		Opacidade corneana
				Reabsorção discreta		
3	Mão caída			Contratura		
	Articulações anquiosadas			Reabsorção intensa		Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m
	Reabsorção intensa					
(*) soma						
Maior grau Atribuído						

(*) A ser preenchido no nível local

(*) índice

Data do exame ___/___/___

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Guia de Controle da Hanseníase. Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária - 2ª ed. Brasília - F.N.S. 1994. 156. Re.....

Comprometimento da Laringe: () Sim () Não

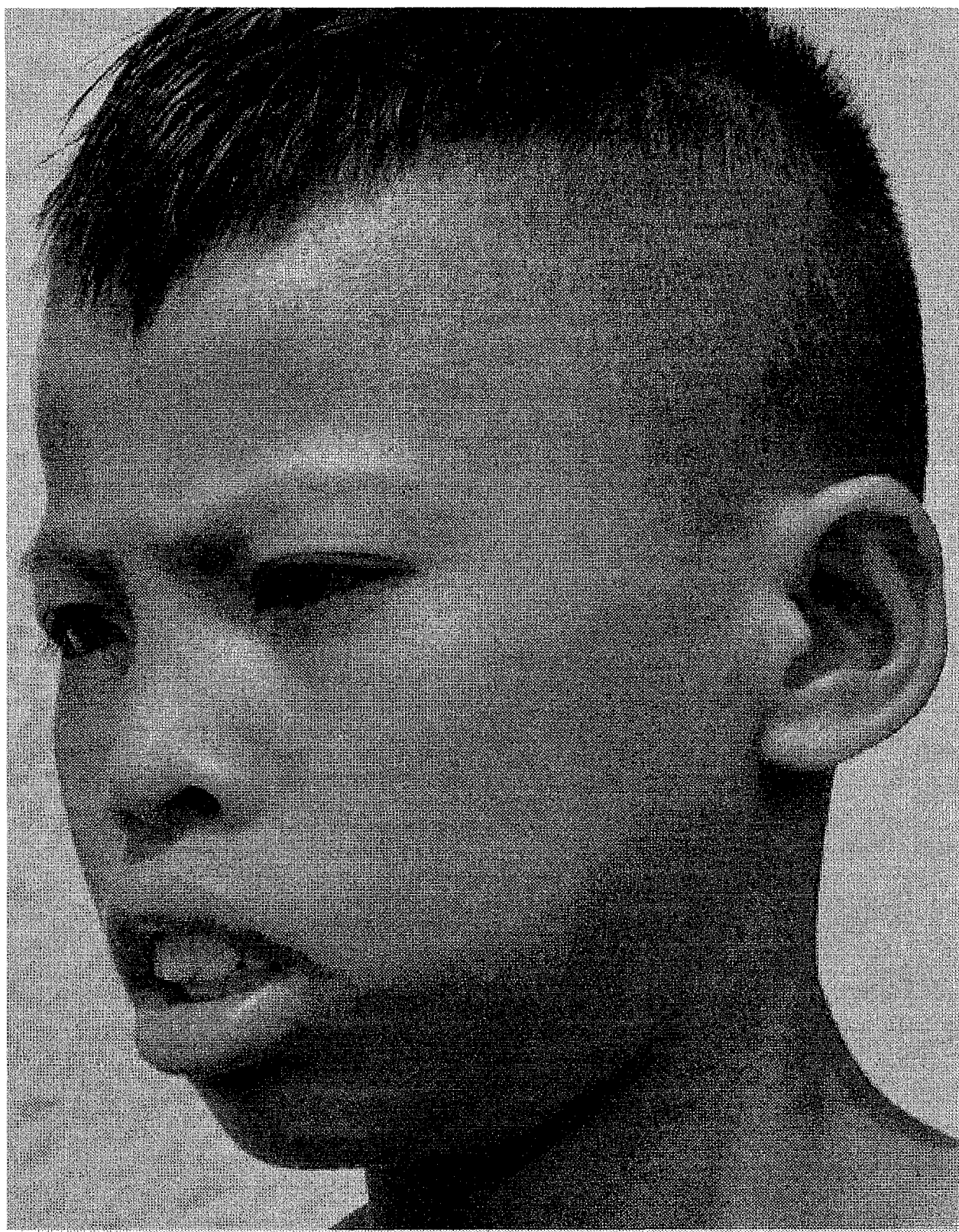
Desabamento do Nariz: () Sim () Não

Paralisia Facial: () Sim () Não

Acuidade: OD |__|

Visual: |__|

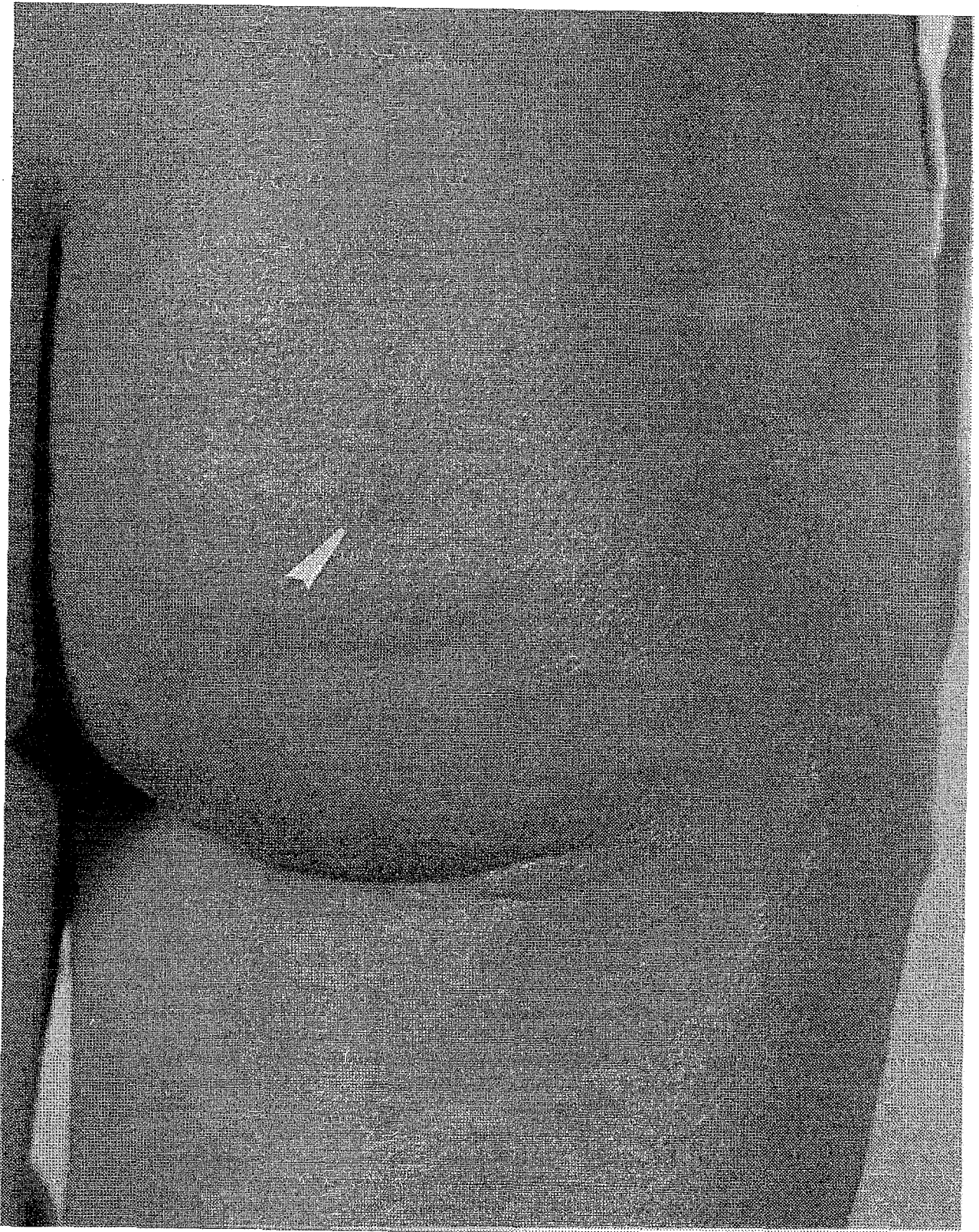
ANEXO 3
FIGURA 1



ANEXO 4
FIGURA 2



ANEXO 5
FIGURA 3



ANEXO 6
FIGURA 4

