

FATORES RELACIONADOS AO ABANDONO DO TRATAMENTO DE HANSENÍASE EM GESTANTES NO ESTADO DO TOCANTINS

FACTORS RELATED ABANDONMENT OF LEPROSY TREATMENT IN PREGNANT WOMEN IN THE STATE OF TOCANTINS

FACTORES RELACIONADOS CON EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE LA LEPRO EN MUJERES EMBARAZADAS EN EL ESTADO DE TOCANTINS

Jéssica Fonseca Costa

E-mail: jessica.fonseca@mail.uft.edu.br

Maria Cecília Fernandes Carvalho

E-mail: cecilia.fernandes@mail.uft.edu.br

Danielle Rosa Evangelista

E-mail: daniellerosa@uft.edu.br

Marcela Antunes Paschoal Popolin

E-mail: marcela.popolin@mail.uft.edu.br

Poliana Guerino Marson

E-mail: polianamarson@uft.edu.br

Bruna Alexandrino

E-mail: bruna.alexandrino@ufnt.edu.br

ABSTRACT:

Abstract: Leprosy is caused by *Mycobacterium leprae*, which is highly infectious and low in pathogenicity. Diagnosis, treatment and cure put several challenges, especially in pregnant women. This study aims to analyze the profile of pregnant women who abandoned leprosy treatment in the State of Tocantins, considering socioepidemiological and clinical aspects with a descriptive approach and analysis of secondary data provided by the State Health Department. The results showed 63 pregnant women with leprosy, 46% in Palmas - TO, 50.8% between 18 and 34 years old, 30.2% were in the 2nd trimester of pregnancy, 69.8% declared themselves to be mixed, 19% had incomplete high school education, 81% lived in urban areas, 33.3% are housewives, 60.3% have a dimorphic clinical form, 66.7% were classified as multibacillary, 58.7% presented GPD (grade of physical disability) 0 at diagnosis. All cases were classified as new cases, 52.4% were detected in spontaneous demand, 69.8% had an initial treatment regimen of MDT/MB/12 doses, 39.7% had current GPD 0, 60.3% were on a current treatment regimen of MDT/MB/12 doses and 69.8% were discharged due to cure and a dropout rate of 17%. The highlighted profile explains the importance of aligning strategies for this group and better training for professionals who work with pregnant women.

KEYWORDS: Pregnancy. Leprosy. *Mycobacterium leprae*.

RESUMO:

Resumo: a hanseníase é causada pelo *Mycobacterium leprae*, de alta infectividade e baixa patogenicidade, onde o diagnóstico, tratamento e cura possuem vários desafios, principalmente em gestantes. Este estudo tem como objetivo geral analisar o perfil das gestantes que abandonaram o tratamento de hanseníase no Estado do Tocantins, considerando aspectos socioepidemiológicos e clínicos com abordagem descritiva e análise de dados secundários disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde. Os resultados apresentaram 63 gestantes com hanseníase, 46% em Palmas – TO, 50,8% entre 18 a 34 anos, 30,2% estavam no 2º trimestre gestacional, 69,8% se autodeclararam pardas, 19% com ensino médio incompleto, 81% residem em zona urbana, 33,3% são donas de casa, 60,3% apresentam forma clínica dimorfa, 66,7% foram classificados como multibacilares, 58,7% apresentaram GIF 0 no diagnóstico. Todos os casos foram classificados como casos novos, 52,4% detectados na demanda espontânea, 69,8% como esquema terapêutico inicial a PQT/MB/12 doses, 39,7% apresentaram GIF 0 atual, 60,3% estão em esquema terapêutico atual de PQT/MB/12 doses e 69,8% apresentaram alta por cura e uma proporção de abandono de 17%. O perfil apontado explana a importância do alinhamento de estratégias voltadas para esse público e o melhor aporte de formação aos profissionais que lidam com gestantes.

PALAVRAS-CHAVE: Gravidez. Hanseníase. *Mycobacterium leprae*.

RESUMEN:

Resumen: La lepra es causada por *Mycobacterium leprae*, una bacteria altamente infecciosa y de baja patogenicidad. El diagnóstico, el tratamiento y la cura presentan varios desafíos,

especialmente en mujeres embarazadas. Este estudio tiene como objetivo analizar el perfil de las mujeres embarazadas que abandonaron el tratamiento de la lepra en el Estado de Tocantins, considerando aspectos socioepidemiológicos y clínicos con un enfoque descriptivo y análisis de datos secundarios proporcionados por el Departamento de Salud del Estado. Los resultados mostraron 63 mujeres embarazadas con lepra, 46% en Palmas - TO, 50.8% entre 18 y 34 años, 30.2% estaban en el segundo trimestre de embarazo, 69.8% se declararon pardas, 19% tenían educación secundaria incompleta, 81% residen en áreas urbanas, 33.3% son amas de casa, 60.3% tienen una forma clínica dimórfica, 66.7% fueron clasificadas como multibacilar, 58.7% presentaron Grado de Discapacidad Física (GDF) 0 al diagnóstico. Todos los casos fueron clasificados como casos nuevos, 52,4% detectados en demanda espontánea, 69,8% con esquema terapéutico inicial de MDT/MB/12 dosis, 39,7% presentó GDF actual 0, 60,3% se encuentra en esquema terapéutico actual de MDT/MB/12 dosis y 69,8% fueron dados de alta por cura y una tasa de abandono del 17%. El perfil destacado explica la importancia de alinear estrategias dirigidas a este público y el mejor apoyo formativo para los profesionales que tratan con mujeres embarazadas.

PALABRAS CLAVE: Embarazo. Lepra. *Mycobacterium leprae*.

INTRODUÇÃO

De acordo com Brasil (2019) a hanseníase é uma doença crônica de alta infectividade e baixa patogenicidade em que o paciente, sem tratamento, pode infectar outros através da disseminação do bacilo (*Mycobacterium leprae*) pelas vias aéreas superiores quando há contato próximo e prolongado, atinge especialmente nervos periféricos. É considerada uma doença negligenciada com predomínio em populações de vulnerabilidade social e econômica, com menor acesso aos serviços de saúde e pode ficar latente por um período de dois a sete anos.

De Paula (2019) descreve que a doença pode atingir também a mucosa do trato respiratório superior, olhos, linfonodos, testículos e órgãos internos dependendo da resistência imune do indivíduo infectado. A doença pode causar neuropatia de diferentes graus, levando, em alguns casos, ao desenvolvimento de incapacidades físicas e perda de função, principalmente em mãos, pés e olhos. Essas incapacidades podem ser de alta gravidade em diagnósticos tardios. Fatores de risco para incapacidades físicas em pacientes com hanseníase incluem sexo masculino, grandes cargas de bacilos e presença de reações hansênicas.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2022) segue o protocolo preconizado pela OMS desde 2018, que recomenda o uso dos três medicamentos (Rifampicina, Clofazimina e Dapsona) para o tratamento de todos os casos de hanseníase, independente da classificação operacional, todas disponibilizadas pelo SUS. O esquema consiste em 6 doses mensais para casos Paucibacilar (PB) (até 5 lesões na pele) e 12 doses mensais para casos Multibacilares (MB) (mais de 5 lesões na

pele). Esse esquema foi oficialmente introduzido no Brasil em 2021, passando a ser denominado PQT-U.

Brasil (2022), ainda cita que é fundamental que as equipes de saúde, especialmente no nível de Atenção Primária à Saúde, sejam capacitadas a reconhecer precocemente os sinais e sintomas do agravo, bem como saber verificar de imediato os sinais de reações hansênicas. Ademais, os profissionais de saúde devem estar capacitados para definição correta da classificação operacional do paciente e indicar esquema terapêutico adequado, realizando avaliação contínua dos nervos periféricos, orientação sobre prevenção de incapacidades físicas e acompanhamento da resposta terapêutica.

Segundo a OMS (2021), os grandes desafios no combate à hanseníase são: atraso na detecção, capacidade limitada ou decrescente de experiência, significativo envolvimento de partes interessadas ainda é limitado, estigma e a discriminação, lacunas significativas na pesquisa, limitado acesso ou encaminhamento a serviços essenciais de cuidados, sistemas de vigilância de rotina, sistemas de informação em saúde frágil, a resistência medicamentosa antimicrobiana, reações adversas a medicamentos, emergências de saúde e transmissão zoonótica do *M. leprae*. Dessa forma, a Estratégia Global de Hanseníase 2021-2030 preconiza que em 2023 tenha-se atingimento das seguintes metas: 120 países com zero casos autóctones; 70% de redução do número anual de casos novos detectados; 90% de redução da taxa por milhão de habitantes de novos casos com incapacidade de grau 2 e 90% de redução da taxa por milhão de crianças de casos novos de hanseníase em crianças.

A portaria SCTIE/MS nº 67, de 7 de julho de 2022 do Ministério da Saúde, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase (PCDT), esclarece que o agravo regularmente afeta mulheres em idade fértil, que podem engravidar e amamentar antes, durante ou após ao diagnóstico de hanseníase. A ameaça de infecção no momento da amamentação, pelas vias aéreas da mãe é insignificante se a mesma estiver realizando o tratamento corretamente. As puérperas devem receber a orientação para manter a amamentação, tanto por não prejudicar a criança, como por não transmitir a doença. Observa-se um aumento de reações tipo 1, consideravelmente nos primeiros meses pós-parto. O uso dos corticosteroides para controle das reações e neurites pode ser considerado seguro na gravidez, mesmo com a presença de efeitos adversos como hiperglicemia e hipertensão. A indicação da talidomida não deve ser indicada a gestantes por conta do seu efeito teratogênico, principalmente nos primeiros três meses de gestação. Segundo o PCDT há uma escassez de estudos voltados à gestantes com hanseníase, e em especial aqueles que abordam o abandono do tratamento nesta população. Isso limita a

comparação de diversos fatores, regiões e estados do Brasil, dificultando o fortalecimento de ações que contemplem as gestantes com hanseníase.

É imprescindível a realização da Avaliação Neurológica simplificada que define o Grau de Incapacidade Física, pois segundo a OMS (2021) à medida que a proporção alta de casos novos com GIF 2 indicam atraso na detecção que podem ter diversas causas como incapacidade de diagnóstico, falta de um teste de diagnóstico local para detectar a doença, programas deficientes de busca e exame de contatos e dificuldade de conscientização da comunidade e o estigma. Brasil (2017) diz que esta avaliação verifica a função neural, o grau de incapacidade física e escore OMP (olhos, mãos e pés) e deve ser realizada quando o início do tratamento, trimestralmente durante o tratamento se não houver queixas, quando houver queixas e no controle de pacientes em corticoterapia em reações ou com neurites.

De Gouvêa (2020) relata que os principais motivos de abandono ou a interrupção do tratamento da hanseníase, por ordem de frequência, são: reações adversas, preconceito, vontade própria, negação da doença, recomendação de um segundo médico, relato de cura, demora no atendimento, acesso ao medicamento, depressão e ausência de melhora nas dores.

Durante 2023, foram registrados um total de 182.815 novos casos de hanseníase no mundo, correspondendo a uma taxa de detecção de 22,7 por milhão de habitantes, um aumento de 5% em relação ao ano de 2022 (174.094). Dos 182.815 casos, 125.752 (68,8%) foram classificados como multibacilares (MB). Entre 2014 e 2023, houve uma redução global de 14,6% na detecção de novos casos. A pandemia da COVID-19 resultou em uma queda de quase um terço na identificação de casos entre 2019 e 2021, seguido de um aumento de 30%. Em todo o mundo, 72.845 casos de hanseníase foram relatados entre mulheres, compreendendo 39,9% do total detectado. (WHO, 2024).

Segundo dados do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (2024), o Brasil permanece em segundo lugar mundial em novos casos de hanseníase, o que o classifica como um país prioritário pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Entre 2013 a 2022, foram notificados 316.182 casos no país. Mato Grosso e Tocantins registraram as maiores taxas de detecção geral segundo residência, com 66,29 e 50,88 casos por 100 mil habitantes, respectivamente. Ao longo do período analisado pelo boletim, houve uma redução na detecção de novos casos, especialmente durante os anos da pandemia. A pandemia da covid-19 teve impacto direto no diagnóstico e no acompanhamento dos casos de hanseníase. As ações desenvolvidas para o controle da covid-19 dificultaram o acesso dos pacientes de hanseníase aos serviços de saúde. Houve um acréscimo de

97,8% na proporção de casos com tipo de saída “abandono” para o país, sendo de 4,5% em 2013 para 8,9% em 2022.

Em relação ao Estado do Tocantins, segundo o DATASUS foram notificados 12.144 casos novos e 869 de tratamento entre 2013 e 2023.

Considerando o exposto, especialmente considerando a relevância epidemiológica regional, esse estudo tem por objetivo verificar a relação dos fatores clínicos e sócio epidemiológicos com o abandono do tratamento em gestantes com hanseníase no Estado do Tocantins.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, realizado na Universidade Federal do Tocantins com os dados secundários obtidos pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Tocantins. O estado do Tocantins fica localizado na região norte do Brasil, com uma área de unidade territorial de 277.423,627 km² e população estimada de 1.511.460 pessoas, possuindo 139 municípios (TOCANTINS, 2012; TOCANTINS, 2025).

Foram consideradas as fichas de gestantes notificadas com hanseníase no estado do Tocantins entre os anos de 2013 a 2023 e realizada filtragem dos dados, excluindo as fichas de notificação de mulheres que conste como “não”, “não se aplica” ou “ignorado” no campo “gestante”. Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher considera-se mulher em idade fértil com idade entre 10 a 49 anos, já o Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa relata que a menopausa geralmente ocorre entre 48 aos 50 anos de idade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou que a menopausa é compreendida pelo período entre 45 a 55 anos de idade para mulheres em todo o mundo, onde destaca ainda que mulheres não podem engravidar após a mesma, exceto com auxílio de tratamentos de fertilidade. Dessa forma, utilizaremos na amostra somente mulheres com até 55 anos de idade.

A coleta de dados foi realizada junto ao setor de hanseníase da Secretaria Estadual do Tocantins por meio da disponibilização do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Estado do Tocantins, no qual consta dados da notificação, acompanhamento e encerramento de tratamento de pacientes com hanseníase. No que diz respeito à variável “abandono”, foi analisada por meio da apresentação “tipo de alta”, constando como dado no acompanhamento das pacientes.

Os dados coletados foram transpostos para a planilha do Office Excel versão 2016, passando por dupla digitação independente. Aplicou-se a análise descritiva com contagem de frequência das variáveis categóricas por meio do IBM SPSS Statistics 23. Para interpretação dos municípios de notificação e residência foi feita tradução dos códigos segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e as cidades com notificações foram classificadas por Regiões de saúde.

Na limpeza do banco de dados foi necessário realizar a tradução dos códigos para a ocupação descrita, porém não foi possível encontrar os códigos 999991, 999992, 999993 e 514210 na base de dados Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), os códigos têm suas descrições respectivamente como estudante, dona de casa e aposentado/pensionista e faxineiro no

link:

https://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/dhx.exe?cnes/tf_cnes_vinculos_profissionais.def.

Quanto à idade, foi realizada estratificação por faixa etária definida da seguinte forma: 10 a 17 anos; 18 a 25 anos; 26 a 34 anos; 35 a 39 anos; >40 anos; >50 anos.

As variáveis tabuladas estão dispostas na tabela 1 abaixo.

Tabela 1 - Relação das variáveis tabuladas pelo estudo.

Característica	Variável
SOCIOEPIDEMIOLÓGICA	Município de notificação
	Faixa etária
	Gestante
	Raça/Cor
	Escolaridade
	Município de residência
	Zona
	Ocupação
	Forma clínica

CLÍNICA	Classificação operacional no diagnóstico
	Avaliação do GIF no diagnóstico
	Modo de entrada
	Modo de detecção de caso novo
	Esquema terapêutico inicial
	Classificação operacional atual
	Avaliação do GIF atual
	Esquema terapêutico atual
	Tipo de alta

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

A proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes é necessária para avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completitude do tratamento e segundo Ministério da Saúde deve ser calculada da seguinte forma:

Numerador: casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes que abandonaram tratamento até 31/12 do ano de avaliação x 100

Denominador: casos novos diagnosticados nos anos das coortes

Foram considerados somente os diagnósticos de gestantes para o cálculo. Para verificar possíveis associações entre variáveis de interesse, foram utilizados os testes Qui-quadrado e teste Exato de Fisher e adotadas as seguintes hipóteses: hipótese nula - não há relação entre fatores clínicos e sociodemográficos com o abandono de tratamento de hanseníase em gestantes; hipótese alternativa - há relação entre fatores clínicos e sociodemográficos com o abandono de tratamento de hanseníase em gestantes.

Foi definido o teste exato de Fisher para os fatores analisados, pois todos apresentaram frequências esperadas menores que 5, o que

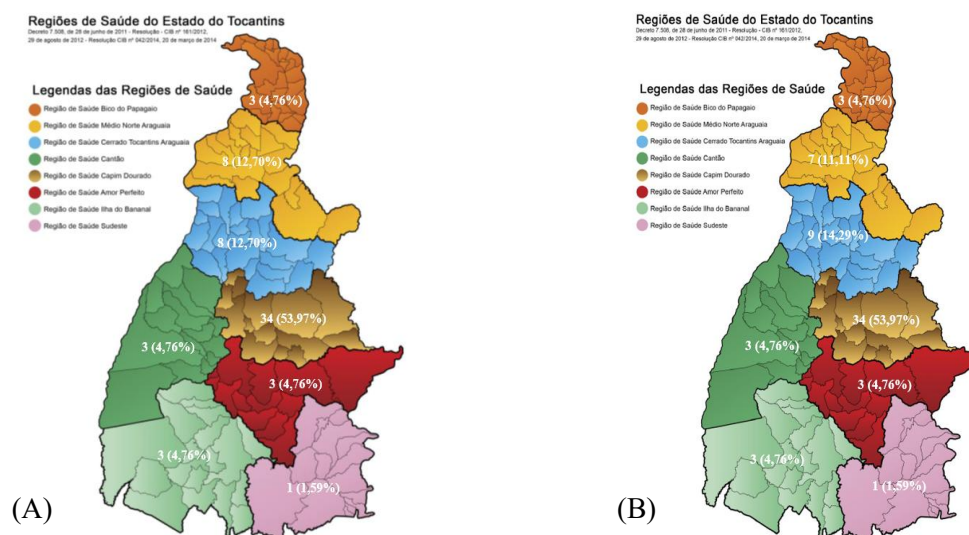
justifica a realização do mesmo em distinção ao teste de qui-quadrado. Para tanto, adotou-se um p valor de 0,05, onde o teste é considerado significativo com valor de $p \leq 0,05$ e não significativo com valor de $p > 0,05$.

O Termo de Comprometimento de Utilização de Dados (TCUD) foi firmado pelos pesquisadores envolvidos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Tocantins sob o nº 6.437.492/2023.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período estudado, dentre as regiões de saúde, foi observado o maior percentual de notificação em gestantes na região de Capim Dourado 53,97% (34 casos). Das 63 gestantes notificadas entre os anos de 2013 e 2023, houve uma mudança no número de registro nas regiões de saúde, uma vez que uma gestante foi notificada em Araguaína - TO (Região Médio Norte Araguaia), porém reside em Pequizeiro - TO (Região Cerrado Tocantins Araguaia). Tal mudança pode sugerir uma escolha dessa gestante em ser avaliada em uma cidade maior como Araguaína à sua cidade de residência. Palmas apresentou o maior número de gestantes notificadas, provavelmente por ser a cidade do estado com maior número de habitantes, o que, proporcionalmente, se justifica.

Figura 1 - Mapa do Tocantins com divisão de regiões de saúde com número absoluto de notificações por município de notificação (A) e residência (B) e percentual de gestantes notificadas



(A) Município de notificação; (B) Município de residência;

Fonte: Adaptado da Secretaria de Saúde do Estado (SES, 2020).

Entre os anos de 2013 a 2023 foram notificadas 63 gestantes com hanseníase no Estado do Tocantins. Destas, 46% residem em Palmas, capital do Tocantins. Em relação à faixa etária, 87,3% têm entre 15 a 49 anos, e 30,2% estavam no 2º trimestre gestacional. A maioria (69,8%) se autodeclara parda, e 19% possuem o ensino médio incompleto. O diagnóstico foi realizado em Palmas – TO e 81% das gestantes residem na zona urbana. Quanto à ocupação, 33,3% são donas de casa.

Em relação à forma clínica, 60,3% apresentam a forma Dimorfa. Quanto à classificação operacional no diagnóstico, 66,7% foram classificadas como Multibacilares, e 58,7% apresentaram Grau 0 de incapacidade física no diagnóstico. Todos os casos foram novos. O modo de detecção ocorreu, em 52,4% dos casos, por demanda espontânea. Quanto ao esquema terapêutico inicial, 69,8% iniciaram o tratamento com PQT/MB/12 doses, e 39,7% apresentaram Grau 0 de Incapacidade Física atual. Atualmente, 60,3% encontram-se em esquema terapêutico com PQT/MB/12 doses, e 69,8% receberam alta por cura.

OLIVEIRA et al (2011) realizaram um estudo descritivo com 80 mulheres em idade fértil com hanseníase que resultou em 97,5% casos novos, 76% Multibacilar e 33% Paucibacilar, grande parte entre 20 a 48 anos, 60% com grau de escolaridade ensino fundamental e 25% ensino médio. Esses dados são equiparados aos encontrados nesta pesquisa, mas há de se ressaltar que o estudo citado anteriormente não foi realizado somente com gestantes. Os autores ainda citam que a maior parte das mulheres não eram informadas sobre os riscos de uma gravidez associada à hanseníase. Apenas 17,5% das mulheres afirmaram saber dos riscos de engravidar durante o tratamento, demonstrando a importância da anticoncepção, pois durante a gestação aumentam os acometimentos, principalmente por conta da depressão da imunidade, contribuindo para o abandono do tratamento.

Entre os anos das coortes obteve-se um total de 63 gestantes diagnosticadas e 11 em abandono, com uma proporção de abandono de tratamento em gestantes totalizando 17%, percentual considerado regular (10 a 24,9%) segundo Brasil (2024), demonstrando que a assistência às gestantes em tratamento é efetiva, porém é necessário melhor acompanhamento dessas para que se tenha uma proporção

menor ainda a ser considerada “Bom” <10%, é considerado “Precário” se $\geq 25\%$.

Na amostra analisada não foi encontrado associação estatística entre os dados apresentados, exceto quanto ao GIF avaliado no diagnóstico e na alta, em relação ao abandono do tratamento (tabela 2). Houve associação estatística significativa, evidenciando a importância do acompanhamento dessas gestantes por meio da avaliação correta e no momento oportuno dessas pacientes. A relação entre avaliação do GIF na alta traz um dilema, pois, em casos de abandono, é possível que a gestante não tenha realizado a avaliação do GIF, o que pode indicar uma falha no preenchimento dos dados.

Tabela 2 - Relação dos graus de incapacidade física (GIF) com o abandono ao tratamento de hanseníase em gestantes no Tocantins

GIF avaliado no diagnóstico n=57	Cura, transferência e óbito n (%)	Abandono n (%)	P*	IC
Sim	2 (3,51%)	3 (5,26%)	0,045%	(0,17-0,845)
Não	44 (77,19%)	8 (14,04%)		
GIF avaliado no diagnóstico n=57	Cura, transferência e óbito n (%)	Abandono n (%)	P*	IC
Sim	13 (22,81%)	10 (17,54%)	0,00	0,005-0,339
Não	33 (57,90%)			

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

*Teste Exato de Fisher

Valor absoluto considerando somente campos com preenchimento completos.

Observa-se que, no diagnóstico, houveram 21 gestantes classificadas como Paucibacilar, e 42 gestantes como Multibacilar. No entanto, no momento da alta, a classificação operacional foi de 19 gestantes como Paucibacilar e 44 como multibacilar. Esses dados mostram a provável reclassificação operacional de 2 gestantes de Paucibacilar para Multibacilar no decorrer do

tratamento, podendo indicar falha na classificação no diagnóstico das mesmas ou piora dos sinais clínicos apresentados até a alta. (Tabela 3).

Tabela 3 - Relação de gestantes em abandono de tratamento segundo classificação operacional no diagnóstico e classificação operacional atual

Classificação operacional atual n=63	Classificação operacional no diagnóstico		
	Paucibacilar N (%)	Multibacilar N (%)	Total
Paucibacilar (PB)	19 (30,16%)	0 (0%)	19
Multibacilar (MB)	2 (3,17%)	42 (66,67%)	44
Total	21	42	63

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Na Tabela 4 observa-se que, no momento do diagnóstico, 20 gestantes iniciaram o tratamento com PQT/PB/6 doses, 42 gestantes com PQT/MB/12 doses e 1 gestante com esquema substitutivo. Durante o curso do tratamento, até à última avaliação do esquema terapêutico atual, esses valores sofreram alteração: 19 gestantes estavam em uso de PQT/PB/6 doses, 38 gestantes com PQT/MB/12 doses e 6 gestantes em esquema substitutivo. Esses dados indicam uma possível reclassificação de uso de Poliquimioterapia, evidenciada pelo aumento no número de gestantes que adotaram o esquema substitutivo ao final do acompanhamento.

Tabela 4 - Relação de gestantes em abandono de tratamento segundo esquema terapêutico inicial e esquema terapêutico atual

Esquema terapêutico atual n=63	Esquema terapêutico inicial			
	PQT/PB/6 doses N (%)	PQT/MB/12 doses N(%)	Outros esquemas substitutivos N(%)	Total N(%)
PQT/PB/6 doses	19 (30,16%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	19 (30,16%)

POT/MB/12 doses	0 (0,00%)	37 (58,73%)	1, (1,59%)	38 (60,32%)
Outros esquemas substitutivos	1 (1,59%)	5 (7,93%)	0 (0,00%)	6 (9,52%)
Total	20 (31,75%)	42 (66,67%)	1 (1,59%)	63 (100%)

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Na Tabela 5, observa-se que, no momento do diagnóstico, 26 gestantes apresentaram Grau de incapacidade física 0; 13 gestantes com grau 1 e 1 gestante com grau 2. Já na avaliação do GIF atual, verificou-se que 25 gestantes estavam com grau 0; 9 com grau 1; 1 com grau 2 e 5 gestantes não tiveram o grau avaliado. Esses dados corroboram com a necessidade da avaliação de GIF atualizada para que se possa ter uma melhor análise do prognóstico da doença, pois não é possível afirmar uma melhora ou piora do quadro devido a ter 5 gestantes com GIF não avaliado atualmente.

Um aspecto importante a ser relatado, que não faz referência à amostra, refere-se a às notificações de gestantes com mais de 55 anos de idade. O banco de dados apresenta 76 gestantes no total, onde 13 gestantes apresentam idade superior a 55 anos. Destas, foi registrado que 2 estavam no primeiro trimestre de gestação, 3 no segundo trimestre, 4 no terceiro trimestre e 4 com idade gestacional ignorada. Foi possível identificar a variação de mulheres notificadas entre 58 e 76 anos de idade, idade que não é considerada reprodutiva, onde nota-se uma deficiência na inserção desse dado na notificação pelo notificador ou na reprodução do dado no SINAN pelo digitador.

Quanto ao preenchimento da informação de ocupação, observou-se que 31,7% dos registros estavam em branco que compromete a análise desse dado. Das 63 gestantes notificadas, verificou-se que, em 6 casos, não foram preenchidos. Isso pode indicar que as gestantes ainda estão em tratamento, que a avaliação de GIF não foi realizada ou que a informação sobre a alta não foi inserida no sistema no momento da coleta dos dados.

Tabela 5 - Relação de gestantes em abandono de tratamento segundo GIF avaliado no diagnóstico e GIF atual

Avaliação do GIF	Avaliação do GIF no diagnóstico
------------------	---------------------------------

atual n=40	Grau 0 N(%)	Grau 1 (N%)	Grau 2 N(%)	Total N(%)
Grau 0	20 (50,00%)	5 (12,50%)	0 (0,00%)	25 (62,50%)
Grau 1	2 (5,00%)	7 (17,50%)	0 (0,00%)	9 (22,50%)
Grau 2	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (2,50%)	1 (2,50%)
Não avaliado	4 (10,00%)	1 (2,50%)	0 (0,00%)	5 (12,50%)
Total	26 (65,00%)	13 (32,50%)	1 (2,50%)	40 (100,00%)

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no levantamento de dados realizado, foi possível definir o perfil das gestantes que abandonaram o tratamento de hanseníase no Estado do Tocantins. Esse grupo é composto majoritariamente por mulheres entre 15 e 49 anos, diagnosticadas no 2º trimestre gestacional, autodeclaradas pardas, com ensino médio incompleto, em sua maioria diagnosticadas em Palmas – TO, residentes da zona urbana e donas de casa.

Quanto às suas características clínicas, a maioria apresentou forma clínica Dimorfa, foi classificada operacionalmente no diagnóstico como Multibacilar, Grau 0 de Incapacidade Física. Todas foram casos novos, detectadas por demanda espontânea, e iniciaram o esquema terapêutico com PQT/MB/12 doses. Na avaliação atual, mantiveram o Grau 0 de Incapacidade Física, continuaram com esquema terapêutico de PQT/MB/12 doses e tiveram alta por cura.

Mesmo grande parte das gestantes analisadas apresentarem GIF 0, é importante manter a vigilância contínua por meio das avaliações, pois foi observado um número considerável de gestantes que não realizaram a avaliação neurológica simplificada como recomendado pelo Ministério da Saúde, podendo mascarar os dados e não demonstrar o quantitativo exato em relação ao GIF. Na prática clínica, a realização desta avaliação demanda tempo e afincos, o que pode causar em alguns profissionais falta de interesse e dedicação nesta classificação, tanto para a não realização em tempo adequado, como na avaliação incorreta.

A proporção de abandono apresentada, embora considerada como regular, indica a importância de ações voltadas às gestantes por ser um grupo prioritário merecendo um índice melhor de classificação.

A escassez de estudos à respeito de hanseníase e gestantes foi evidenciada na busca de literatura para esse estudo, realizou-se uma pesquisa avançada no site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com os termos hanseníase e abandono e gestante, porém encontrou-se somente 5 artigos, sendo que nenhum discorre especificamente sobre a temática do abandono em gestantes com hanseníase, destes encontrados somente um foi citado nesse estudo, sendo este o maior desafio para conclusão desta pesquisa, corroborando com o que Butlin;Withington (2018) discorre, a hanseníase frequentemente afeta mulheres em idade reprodutiva, que podem engravidar e amamentar antes do diagnóstico, durante ou após o uso da medicação para tratamento e há poucos estudos publicados sobre a história natural da hanseníase durante a gravidez e lactação, e sobre o real impacto da doença e dos medicamentos sobre o feto.

O receio do uso dos medicamentos pode ser um dos principais fatores de dificuldade de aceitação e abandono do tratamento, mas necessitaria de estudos que pesquisem essa relação mais a fundo.

Dessa forma, torna-se necessário o incentivo a realização de pesquisas sobre o tema em outros estados do Brasil. Além disso, é fundamental reforçar a importância do preenchimento correto das fichas de notificação e acompanhamento, de modo a viabilizar a elaboração de estratégias mais precisas para a assistência às gestantes com hanseníase.

A incompletude dos dados analisados e as informações incorretas demonstram a fragilidade no preenchimento das informações por parte dos profissionais de saúde. Essas falhas comprometem a vigilância epidemiológica, dificultando o acompanhamento adequado destas pacientes e inviabilizando a implementação de estratégias e programas eficazes de promoção e recuperação de saúde.

A rotatividade dos profissionais de saúde pode ser um fator que prejudica o acompanhamento desses pacientes, o que não deveria, mas que pode causar desistência ao tratamento, pois o paciente acaba criando um vínculo com os profissionais que os atendem.

Agradecimentos

Aos participantes da pesquisa. Aos pesquisadores envolvidos. Ao Programa de Pós-Graduação (Mestrado) Profissional em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins (UFT).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia prático sobre a hanseníase**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. p. 286-315. Capítulo 5.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 71 p. Disponível em: <http://bit.ly/3Gjoly>. Acesso em: 23 dez. 2025.

BUTLIN, C. R; WITHINGTON, S. Mothers and Children with Leprosy. **International textbook of leprosy**. 2018. In Scollard DM, & Gillis TP. (Ed.). Parte I. Seção 3. Capítulo 3.2.. American Leprosy Missions, Greenville, SC.

DE GOUVÊA, A. R. et al. Interrupção e abandono no tratamento da hanseníase / Interruption and abandonment in the treatment of leprosy. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 10591-10603, jul./aug. 2020.

DE PAULA, H. L. et al. Risk Factors for Physical Disability in Patients with Leprosy: A Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA Dermatol.**, v. 155, n. 10, p. 1120-1128, 2019.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Tocantins**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/panorama>. Acesso em: 30 mar. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria SCTIE/MS nº 67, de 7 de julho de 2022. Torna pública a decisão de aprovar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, nº 129, p. 77, 11 jul. 2022.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Estratégia Global de Hanseníase 2021–2030** – “Rumo à zero hanseníase” [recurso eletrônico]. 2021. Disponível em: <http://bit.ly/42IUcR1>. Acesso em: 3 mai. 2023.

OLIVEIRA, S. G. de. et al. Gestação e hanseníase: uma associação de risco nos serviços de saúde. **Hansenologia Internationalis: hanseníase e outras doenças infecciosas**, Bauru, SP, v. 36, n. 1, p. 31–38, 2011.

TOCANTINS. **O Tocantins**. 2025. Disponível em: <https://bit.ly/44Ats7D>. Acesso em: 29 mar. de 2023.

TOCANTINS. Governo do Tocantins. **Resolução CIB – 161/2012**, de 29 de agosto de 2012. Dispõe sobre a Conformação das Novas Regiões de Saúde do Estado do Tocantins e as ações e serviços mínimos a serem ofertados nesses territórios. Disponível em: <https://bit.ly/44A3fGb>. Acesso em: 17 mar. 2023.

WHO. World Health Organization. Menopause [recurso eletrônico]. 16 out. de 2024. Disponível em: <http://bit.ly/4cEwF86>. Acesso em: 14 dez. 2024.