

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM HANSENÍASE DOS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE, NO ESTADO DE GOIÁS, BASEADA NO INDICADOR DE ALTA POR CURA NO PERÍODO DE 2017 A 2021

EVALUATION OF THE QUALITY OF LEPROSY CARE IN PRIMARY HEALTH SERVICES, IN THE STATE OF GOIÁS, BASED ON THE CURE DISCHARGE INDICATOR FROM 2017 TO 2021

Mariana Melo **Soares**¹, Rachel Duarte **Diniz**², Edna Magalhães de Alencar **Barbosa**², Ana Lúcia Osório Marocco de **Sousa**³

RESUMO

Objetivo: Avaliar o índice de alta por cura e a qualidade dos serviços de saúde de hanseníase em Goiás, com base no seguimento dos critérios de alta por cura do Ministério da Saúde (MS). **Métodos:** Estudo observacional e descritivo, baseado em dados coletados do SINAN (Sistema de Informação de Agravos e Notificação). Foram analisados casos novos de hanseníase notificados no estado de Goiás de 2017 a 2021 e excluídos casos com reclassificação operacional, esquemas terapêuticos alternativos e dados inconsistentes. **Resultados:** O estudo avaliou 5.784 casos novos válidos. 88,3% dos paucibacilares (PB) e 84,2% dos multibacilares (MB) receberam alta por cura, mas apenas 74% PB e 71,7% MB seguiram os critérios de alta por cura. Entre os pacientes considerados curados, 7,4% dos PB e 4,6% dos MB finalizaram a poliquimioterapia (PQT) em intervalos superiores ao preconizado, e 0,3% dos PB e 0,9% dos MB, com tempo de tratamento adequado, receberam doses supervisionadas inferiores ao mínimo. **Conclusões:** A avaliação do cumprimento dos critérios de alta por cura resultou em redução da proporção de cura, reclassificando a qualidade dos serviços de hanseníase em Goiás de regular para precária. Constataram-se falhas na administração de doses supervisionadas e no tempo de tratamento, atribuídas à assistência inadequada. Esse contexto destaca a necessidade de melhorias no processo de registro e monitoramento do tratamento da hanseníase no estado.

PALAVRAS-CHAVE: Hanseníase; Quimioterapia combinada; Qualidade da assistência à saúde; Vigilância em saúde pública.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the cure discharge rate and the quality of leprosy health services in Goiás, based on the follow-up of the Ministry of Health's cure discharge criteria. **Methods:** An observational and descriptive study based on data collected from SINAN (System of Notifiable Disease Information). New leprosy cases notified in Goiás from 2017 to 2021 were analyzed, and cases with operational reclassification, alternative therapeutic regimens, or inconsistent data were excluded. **Results:** The study evaluated 5,784 valid new cases. 88.3% of paucibacillary (PB) cases and 84.2% of multibacillary (MB) cases were discharged as cured, but only 74% of PB and 71.7% of MB followed the cure discharge criteria. Among patients considered cured, 7.4% of PB and 4.6% of MB completed the polychemotherapy (PCT) with intervals exceeding the recommended time, and 0.3% of PB and 0.9% of MB, with adequate treatment duration, received fewer supervised doses than the minimum required. **Conclusions:** The assessment of adherence to the cure discharge criteria led to a reduction in the cure rate, reclassifying the quality of leprosy services in Goiás from regular to poor. Failures in supervised dose administration and treatment duration were identified, attributed to inadequate care. This context highlights the need for improvements in the registration and monitoring process of leprosy treatment in the state.

KEYWORDS: Leprosy; Drug therapy, combination; Quality of health care; Public health surveillance.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, crônica e curável cujo tratamento e acompanhamento são essenciais para garantir a alta por cura dos pacientes. Diferentemente de outras doenças transmissíveis, sua cura é administrativa, ou seja, não é determinada por exames laboratoriais, resolução das lesões clínicas ou das reações hansênicas. Segundo o Ministério da Saúde (MS), a alta por cura é determinada pela conclusão do tratamento dentro dos prazos preconizados: seis doses supervisionadas em até nove meses para os paucibacilares (PB) e doze doses em até dezoito meses para os multibacilares (MB)^{1,2}.

A classificação operacional desempenha papel crucial na determinação do esquema terapêutico. É baseada na associação dos achados clínicos e/ou do exame baciloscópico. Os pacientes são categorizados em dois grupos: os PB, que apresentam até cinco lesões cutâneas e/ou um nervo acometido e baciloscopia obrigatoriamente negativa; e os MB, que incluem aqueles com mais de cinco lesões e/ou baciloscopia positiva e/ou mais de um nervo acometido (devidamente documentado e avaliado)^{1,3}.

O tratamento é realizado através poliquimioterapia (PQT), que combina antimicrobianos. Até o ano de 2021, a PQT padrão era dividida em dois esquemas: paucibacilares (PQT-PB) e multibacilares (PQT-MB), ambos constituídos por doses autoadministradas diárias em domicílio e doses mensais supervisionadas em unidades de saúde^{1,3,4}. O tratamento dos PB em domicílio era composto por dapsona 100 mg e as doses supervisionadas por dapsona 100 mg e rifampicina 600 mg. Enquanto o tratamento dos MB em domicílio era composto por dapsona 100 mg e clofazimina 50 mg e as doses supervisionadas por rifampicina 600 mg, dapsona 100 mg e clofazimina 300 mg^{3,5}. Após 2021, a PQT única (PQT-U) foi adotada no Brasil. As combinações de antimicrobianos são iguais a PQT-MB, mas foram mantidos os intervalos temporais e número de doses administradas^{3,5}.

No Brasil, a hanseníase é considerada doença de notificação compulsória. A ficha de notificação é preenchida na unidade de saúde em que foi realizado o diagnóstico e deve ser enviada à vigilância epidemiológica em até sete dias. O seguimento da evolução clínica do paciente é registrado através do boletim de acompanhamento mensal, elaborado pela unidade básica de saúde⁶. Esses documentos, em conjunto, são pilares essenciais no enfrentamento da hanseníase no Brasil, proporcionando dados confiáveis e atualizados que subsidiam as ações de controle e eliminação da doença^{3,7}.

A proporção por cura é um indicador operacional que avalia a qualidade do seguimento dos pacientes até o término do tratamento. Os indicadores operacionais são instrumentos de gestão e avaliam a qualidade dos serviços de saúde de hanseníase. Eles proporcionam visão sobre a capacidade das equipes de saúde em diagnosticar, tratar e acompanhar corretamente os pacientes. No entanto, além de monitorar a proporção de pacientes curados, é necessário analisar o cumprimento dos critérios de alta por cura para uma avaliação precisa da proporção real de cura e da eficiência na determinação do *status* de cura^{1,7,8,9,10}.

Apesar dos avanços no enfrentamento da hanseníase no Brasil, ainda são escassos os estudos que avaliam de forma crítica a conformidade dos serviços de saúde com os critérios técnicos de alta por cura. A maioria das pesquisas foca em indicadores gerais, como taxa de detecção e de cura, sem aprofundar a análise da qualidade dos registros e da adesão às diretrizes clínicas. Essa lacuna dificulta a identificação de fragilidades no acompanhamento dos pacientes. Assim, este estudo busca contribuir para o aprimoramento da vigilância e da gestão em saúde, fornecendo evidências sobre a aderência às diretrizes nacionais e a real efetividade das estratégias de acompanhamento e tratamento no estado de Goiás.

O objetivo do estudo é avaliar o índice de alta por cura e classificar, segundo o MS, a qualidade dos serviços básicos de saúde de hanseníase no estado de Goiás no período de 2017 a 2021. Como objetivo secundário, o estudo também visa analisar o cumprimento dos critérios estabelecidos pelo MS para alta por cura, buscando avaliar a proporção real de cura.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional e descritivo, realizado com dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do estado de Goiás referentes aos casos de hanseníase. O referido banco de dados é alimentado pelas Fichas de Notificação/Investigação de Hanseníase e Boletins de Acompanhamento. Os dados utilizados no estudo foram oficialmente solicitados à Superintendência de Vigilância Epidemiológica do Estado de Goiás e fornecidos pela Coordenação Estadual de Doenças Negligenciadas (CEDN). A verificação e a checagem dos dados foram realizadas por duas enfermeiras e uma médica dermatologista vinculadas à CEDN, garantindo a consistência e a qualidade das informações analisadas. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética Leide das Neves Ferreira e possui Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE nº 69573023.6.3001.5082).

Foram incluídos indivíduos classificados como casos novos de hanseníase, residentes do estado de Goiás, com data de início de tratamento no período de 2017 a 2021 e tempo de tratamento acima de zero dias. O acompanhamento dos pacientes foi estendido até o ano de 2023, respeitando o tempo necessário de coorte para avaliar a conclusão do tratamento. Especificamente, o período de acompanhamento é definido em um ano para paucibacilares e dois anos em multibacilares,

conforme o protocolo do Ministério da Saúde¹, a fim de garantir a possibilidade de alta por cura dentro dos prazos preconizados.

Foram excluídos os pacientes com reclassificação operacional registrada durante o tratamento; pacientes que realizaram esquemas terapêuticos diferentes da PQT padrão (PQT-MB ou PQT-PB), com registros em branco ou incompatíveis com a classificação operacional; além de casos com inconsistência dos dados referentes ao tempo de tratamento (negativo ou igual a zero) e término de tratamento após o ano de 2023.

Nas fichas de notificação foram coletadas as seguintes variáveis do banco de dados: classificação operacional, modo de entrada e esquema terapêutico inicial. Já nos boletins de acompanhamento foram coletadas as variáveis: classificação operacional atual, esquema terapêutico atual, unidade federativa de residência atual, número de doses supervisionadas, data do último comparecimento, tipo de saída e data da alta.

Os dados foram processados com o uso do software Microsoft Excel e analisados usando o software IBM SPSS Statistics v.25. Os resultados foram disponibilizados em tabelas com frequências absolutas e relativas.

O tempo mínimo de tratamento foi calculado pelos autores com base no intervalo entre as doses supervisionadas (28 dias) e no número de doses mínimo necessário (6 para PB e 12 para MB). Isso resulta em um tempo mínimo de 20 semanas para os PB e 44 semanas para os MB. O tempo máximo é determinado pelo MS como 9 meses para os PB e 18 meses para os MB¹. Para a análise, o tempo de tratamento foi estratificado em <20 semanas, 20 semanas a 9 meses, ≥10 meses para os indivíduos com classificação inicial e final de paucibacilar, e em <44 semanas, 44 semanas a 18 meses e ≥19 meses para os indivíduos com classificação inicial e final como multibacilares.

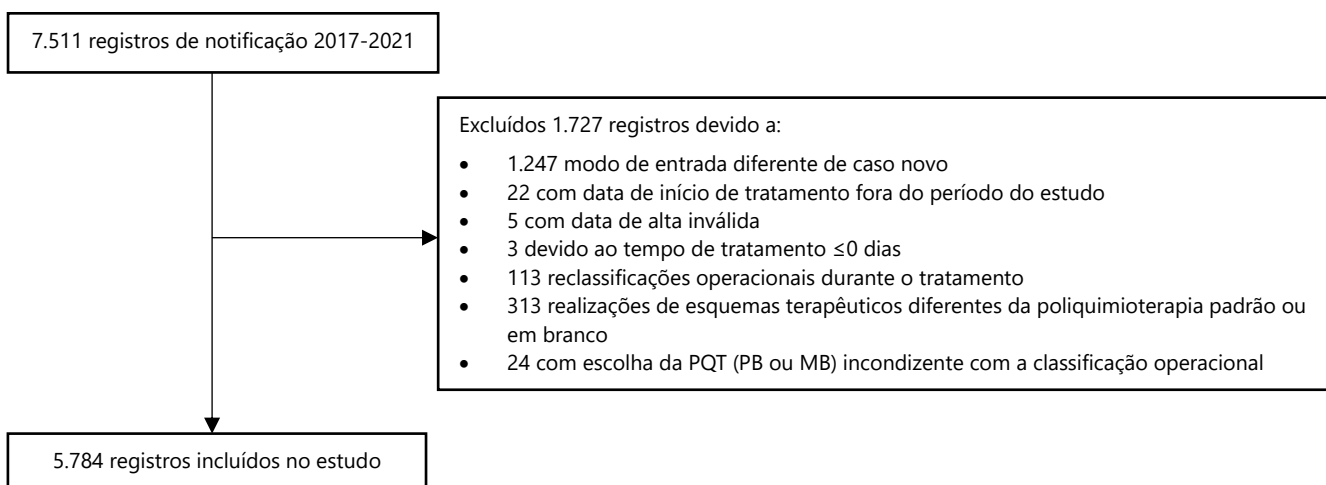
A qualidade dos serviços, avaliada pelo indicador de alta por cura, foi classificada conforme os critérios do MS em boa (≥ 90 %), regular (75 %–89,9 %) ou precária (< 75%)¹.

RESULTADOS

Foram analisadas 7.511 fichas de notificação e boletins de acompanhamento do SINAN referente ao período de 2017 a 2021, no estado de Goiás. Dentre essas fichas, 6.264 foram casos novos, 117 recidivas, 517 transferências e 613 ignorados ou outros. O estudo considerou apenas os casos novos, excluindo os outros 1.247 casos (figura 1).

Entre os 6.264 casos novos, 22 foram excluídos por início de tratamento fora do período analisado no estudo, 3 por tempo de tratamento inválido (menor ou igual a zero) e 5 por data da alta inválida (anterior ao início do tratamento). Além disso, foram excluídos 113 casos de reclassificação operacional, 287 que realizaram tratamento alternativo, 26 com esquema de tratamento em branco e 24 com escolha de PQT incondizente com a classificação operacional. Resultando em uma amostra de 5.784 casos (figura 1). Por fim, para os cálculos, utilizou-se como referência o ano de início do tratamento registrado nas fichas do SINAN.

Figura 1. Fluxograma de seleção da amostra.



Fonte: as autoras, 2024.

Um total de 84,9% (n=4.909) dos pacientes receberam alta por cura (tabela 1). Essa proporção sofreu variações discretas durante os anos estudados, atingindo menor número em 2020. Dentro da classificação operacional, 88,3% (n=881) dos pacientes PB e 84,2% (n=4.028) dos MB foram considerados curados (tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos percentuais quanto à classificação operacional versus o tipo de alta em pacientes tratados para hanseníase - Goiás, 2017 a 2021.

Tipo de alta	PB n (%)	MB n (%)	Total n (%)
Cura	881 (88,3%)	4028 (84,2%)	4909 (84,9%)
Abandono	56 (5,6%)	234 (4,9%)	290 (5%)
Transferência	37 (3,7%)	282 (5,9%)	319 (5,5%)
Óbito	5 (0,5%)	120 (2,5%)	125 (2,2%)
Erro diagnóstico	18 (1,8%)	57 (1,2%)	75 (1,3%)
Sem registro	1 (0,1%)	65 (1,4%)	66 (1,1%)

Legenda: / PB - paucibacilares na entrada e na alta / MB - multibacilares na entrada e na alta.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) - Goiás.

Quanto ao tempo de tratamento, no grupo de pacientes classificados como PB (n=998), 14,1% (n=141) concluíram o tratamento em menos de 20 semanas 78,3% (n=782) entre 20 semanas e 9 meses, e 7,4% (n=74) em período superior a 9 meses. No grupo dos MB, 17,7% (n=847) finalizaram o tratamento em menos de 44 semanas, 76,3% (n=3.652) entre 44 semanas e 18 meses, e 4,6% (n=222) em período acima de 18 meses (tabela 2).

Ao analisar o tipo de alta e o tempo de tratamento, observou-se que: 85,2% (n=782) dos PB e 86,6% (n=3.652) dos MB que receberam alta por cura foram tratados no período preconizado. Entre os pacientes PB considerados curados, 8,9% (n=78) completaram o tratamento em período inferior ao exigido e 5,9% (n=52) em período superior. No grupo de MB curados, esses valores atingiram 9% (n=362) e 4,4% (n=177), respectivamente (tabela 2).

Ao analisar os pacientes que concluíram o tratamento em período superior ao preconizado (n=74 PB e n=222 MB), 70,3% PB (n=52) e 79,7% MB (n=177) foram erroneamente considerados curados. Enquanto aos que concluíram em período menor ao mínimo (n=141 PB e n=847 MB), 55,3% dos PB (n=78) e 42,7% dos MB (n=362) também foram considerados curados (tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos casos de acordo com o tipo de alta e o tempo de tratamento em pacientes paucibacilares e multibacilares - Goiás, 2017 a 2021.

Tipo de alta	Cura	Outros tipos de alta	Total
Paucibacilares			
Tempo de tratamento	n (%)	n (%)	n (%)
<20 semanas	78 (8,9)	63 (53,8)	141 (14,1)
20 semanas - 9 meses	751 (85,2)	31 (26,5)	782 (78,3)
≥10 meses	52 (5,9)	22 (18,8)	74 (7,4)
Sem registro	0 (0)	1 (0,9)	1 (0,1)
Total	881 (88,3)	117 (11,7)	998 (100)
Multibacilares			
Tempo de tratamento	n (%)	n (%)	n (%)
<44 semanas	362 (9)	485 (64)	847 (17,7)
44 semanas - 18 meses	3489 (86,6)	163 (21,5)	3652 (76,3)
≥18 meses	177 (4,4)	45 (5,9)	222 (4,6)
Sem registro	0 (0)	65 (8,6)	65 (1,4)
Total	4028 (84,2)	758 (15,8)	4786 (100)

Legenda: n - número absoluto / % - percentual

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) - Goiás.

Analisando o número de doses supervisionadas recebidas e registradas no grupo de pacientes PB curados, 86,7% (n=852) receberam as 6 doses preconizadas. No entanto, apenas 83,9% (n=739) concluíram no período recomendado pelo MS. Pacientes com o número de doses corretas, porém com término após 9 meses representaram 4,2% (n=37) dos PB curados. Nos MB curados, 96,8% (n=3.901) receberam as 12 doses recomendadas, porém apenas 85,2% (n=3.431) desses completaram o tratamento em até 18 meses, 2,9% (n=118) após 18 meses e 8,7% (n=352) antes de 44 semanas. (tabelas 3 e 4).

Entre os pacientes que receberam alta por cura e completaram o tratamento em período recomendado (751 PB e 3.489 MB), identificou-se que 98,4% (n=739) dos PB e 98,3% (n=3.431) dos MB receberam o número de doses preconizadas e 0,3% (n=2) dos PB e 0,9% (n=31) dos MB receberam doses inferiores ao mínimo (tabelas 3 e 4).

Tabela 3. Distribuição dos pacientes paucibacilares que receberam alta por cura quanto ao tempo de tratamento e o número de doses supervisionadas administradas registradas - Goiás, 2017 a 2021.

		Tempo de tratamento			Total
		<20 s	20 - 9 m	≥ 10 m	
Doses supervisionadas registradas	5	0	2	0	2
	6	76	739	37	852
	7	0	5	2	7
	8	0	2	0	2
	9	0	0	1	1
	10	0	3	10	13
	12	0	0	1	1
	14	2	0	1	3
	SR	0	2	0	2
Total		78	751	52	881

Legenda: s – semanas / m – meses / SR – sem registro.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) - Goiás.

Tabela 4. Distribuição dos pacientes multibacilares que receberam alta por cura quanto ao tempo de tratamento e o número de doses supervisionadas administradas registradas - Goiás, 2017 a 2021.

		Tempo de tratamento			Total
		<44 s	44 s - 18 m	≥ 19 m	
Doses supervisionadas registradas	2	1	2	0	3
	3	0	1	0	1
	4	1	2	2	5
	5	0	2	0	2
	6	0	4	1	5
	7	0	5	0	5
	8	1	1	1	3
	9	1	1	0	2
	10	0	9	0	9
	11	0	4	0	4
	12	352	3431	118	3901
	13	1	10	2	13
	14	0	2	2	4
	15	0	4	0	4
	16	0	0	3	3
	17	0	1	0	1
	18	0	3	7	10
	20	0	0	5	5
	21	0	0	1	1
	22	0	0	3	3
	24	0	0	28	28
	26	0	0	1	1
	27	0	0	1	1
	SR	5	7	2	14
Total		362	3489	177	4028

Legenda: s – semanas / m – meses / SR – sem registro.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) - Goiás.

Dessa forma, entre os pacientes registrados como curados (881 PB e 4.028 MB), apenas 83,8% (n=739) dos PB e 85,2% (n=3.431) dos MB realmente cumpriram simultaneamente os dois critérios técnicos de alta por cura. Assim, ao considerar a proporção corrigida de cura na amostra total (998 PB e 4786 MB), o resultado foi de 74% (n=739) nos PB e 71,7% (n=3.431) nos MB. Esses dados indicam uma redução significativa na proporção de cura real, de aproximadamente 14% em PB e 12,5% em MB, quando comparada à proporção administrativa de cura registrada no SINAN.

DISCUSSÃO

Todos os pacientes diagnosticados e notificados devem ser acompanhados e receber alta no sistema através dos boletins de acompanhamento elaborados pelas unidades básicas de saúde. A alta é categorizada como: alta por cura, transferência, óbito, abandono ou erro diagnóstico. A proporção de cura é crucial para avaliar a qualidade dos serviços de saúde em hanseníase. Esse índice é reflexo do acompanhamento e da vigilância dos pacientes durante todo o tratamento, assegurando a conclusão terapêutica de forma adequada. Esse cuidado contribui significativamente para interromper a cadeia de transmissão da doença, promover a cura, prevenir deformidades, incapacidades físicas e evitar o desenvolvimento de resistência do bacilo^{1,5,11,12,13}.

No Brasil, entre 2013 e 2021, a proporção de cura manteve-se como regular, mas houve uma redução de 6,8% nesse índice. Nenhuma região do país apresentou aumento desse indicador. Quanto aos estados, o Amazonas, Rio Grande do Norte e Sergipe apresentaram incremento na proporção de cura, os demais seguiram o cenário nacional, incluindo Goiás, que apresentou um declínio de 0,6% de 2013 para 2021^{3,11}.

Além de avaliar a proporção de cura, é fundamental considerar o cumprimento dos critérios de alta por cura, que são determinados pela conclusão do tratamento no tempo preconizado: pacientes PB devem completar 6 doses da PQT em até 9 meses, enquanto os MB necessitam de 12 doses em até 18 meses¹. Neste estudo, foram identificadas inconsistências significativas na determinação de cura, indicando possíveis desafios no cumprimento desses critérios essenciais para o sucesso terapêutico da hanseníase.

Ao avaliar apenas o critério temporal, verificou-se que, entre os pacientes considerados curados, 7,4% (n=74) dos PB e 4,6% (n=222) dos MB concluíram o tratamento em tempo além do recomendado. Essa inconsistência no cumprimento do intervalo terapêutico pode ser atribuída à falta de conhecimento e confiança da equipe assistente em determinar alta por cura e suspender o tratamento sem confirmação de uma cura microbiológica e clínica; ao preenchimento tardio dos boletins de acompanhamento e à falta de conscientização sobre a importância da atualização dos dados^{12,14}.

As doses supervisionadas do tratamento da hanseníase são administradas a cada 28 dias, exigindo um período mínimo de 20 semanas para conclusão do tratamento em PB e 44 semanas em MB¹. Contudo, no estudo, foram detectados casos de tratamentos concluídos em tempo inferior ao mínimo. Em PB esse percentual atingiu 14,1% (n=141) dos pacientes e nos MB 17,7% (n=847), reduzindo para 8,9% (n=78) e 9% (362), respectivamente, naqueles que foram considerados curados. Não foram encontradas referências na literatura que expliquem esses resultados, mas podem estar associados a erros de registro dos dados. Uma possível justificativa é que a alta tenha sido registrada antecipadamente ao realizar a última dose supervisionada.

Além de avaliar a duração do tratamento, é necessário analisar o cumprimento do número de doses supervisionadas. O registro preciso dessas doses é de extrema importância para assegurar a eficácia terapêutica e prevenir o abandono do tratamento. A supervisão mensal oferece uma oportunidade de reavaliar o indivíduo com hanseníase e reforçar orientações sobre o tratamento e autocuidados^{12,14}.

No estudo, verificou-se que, entre os pacientes que receberam alta por cura e concluíram o tratamento no tempo preconizado, 0,3% (n=2) dos PB e 0,9% (n=31) dos MB apresentaram registros de doses inferiores ao recomendado. Esses resultados sugerem possíveis falhas no preenchimento das fichas de acompanhamento e na alimentação dos dados, destacando a importância de melhorias nos processos de registros^{12,14}.

Adicionalmente, 4,2% (n=37) dos pacientes PB curados realizaram 6 doses supervisionadas, mas completaram o tratamento em intervalo de tempo superior a 9 meses; enquanto 2,9% (n=118) dos MB curados também concluíram as 12 doses em intervalo superior a 18 meses. Esses dados podem reforçar a inconsistência no cumprimento dos intervalos terapêuticos. Outra hipótese para essa discrepância é que, embora o tratamento possa ter sido concluído dentro do período recomendado, o registro no sistema pode ter sido atualizado inadequadamente, devido à sobrecarga dos serviços de saúde ou à falta de rigor na documentação.

Portanto, ao ajustar a proporção de cura conforme os critérios de alta por cura do MS, constatou-se que 74% dos PB (n=739) e 71,7% dos MB (n=3.431) seguiram os critérios. Isso representa uma redução significativa na proporção de alta por cura, resultando em impacto negativo na qualidade dos serviços de saúde do estado de Goiás, que, dessa forma, passa a ser classificada como precária (abaixo de 75%). Esse declínio destaca a necessidade urgente de empregar ações de capacitação e ensino sobre os determinantes de cura da hanseníase, a importância do seguimento dos doentes e do registro de qualidade desse acompanhamento^{7,8,9}.

Essas falhas no manejo terapêutico comprometem a eficácia do tratamento e podem ter impacto relevante na evolução da doença, resultando em insuficiência terapêutica e complicações irreversíveis, como deformidades e neuropatia hansênica. Além disso, esses tipos de erros também podem ser atribuídos a falhas na alimentação dos sistemas de informação, o que enfatiza a necessidade de melhorias nos processos de registro e monitoramento do tratamento da doença, além de treinamentos e capacitações continuadas^{12,15}.

As unidades básicas de saúde, principalmente dentro da Estratégia de Saúde da Família, desempenham papel fundamental no tratamento e acompanhamento da hanseníase. Constituem o ponto inicial de acesso ao serviço de saúde, oferecendo diagnóstico precoce, tratamento adequado e monitoramento contínuo. Por outro lado, a vigilância epidemiológica desempenha função crucial na gestão dos serviços de saúde e no controle da doença. É responsável pela produção e divulgação de dados, pela padronização dos registros e verificação de inconsistências. Dessa forma, destacam-se duas estruturas do serviço de saúde que devem ser foco das medidas de reestruturação, buscando melhoria na qualidade dos serviços^{1,3,8,11,16}.

O estudo identificou proporção significativa de fichas e boletins com informações incompletas, não classificadas e em branco. Os dados incompletos comprometem a qualidade da análise dos dados e refletem em resultados inconsistentes e de baixa confiabilidade. Adicionalmente, também foram encontradas falhas graves, como intervalo entre o início e término do tratamento negativo ou igual a zero, evidenciando erros no preenchimento ou alimentação do sistema^{12,15}.

Por fim, esta pesquisa apresenta limitações, como o uso de dados secundários, que podem ser suscetíveis a interferências na coleta e transferência de informações. Por outro lado, essa forma de acesso a dados permite a análise de grandes volumes de registros de maneira mais ágil e econômica. O estudo também oferece perspectivas para futuros estudos, como a utilização de dados primários, o que possibilitaria maior precisão na análise. Além disso, futuras investigações poderiam ampliar o escopo, explorando novas variáveis ou populações, para compreender melhor os padrões observados ao longo do tempo.

CONCLUSÃO

A análise realizada indicou, inicialmente, uma qualidade regular dos serviços de saúde relacionados à hanseníase, com base na proporção de cura notificada em casos novos. No entanto, ao avaliar o seguimento dos critérios do MS, observou-se uma reclassificação para qualidade precária, evidenciando desafios na determinação de alta por cura.

Esse contexto reforça a necessidade de fortalecer o serviço de acompanhamento dos pacientes nas unidades básicas de saúde. É essencial promover ações contínuas e frequentes de capacitação das equipes de saúde quanto à condução terapêutica, à atualização de protocolos e à vigilância epidemiológica. Observou-se também que as inconsistências na determinação de cura podem estar relacionadas ao registro inadequado por parte dos municípios notificadores. Diante disso, torna-se necessário adotar estratégias que assegurem a qualidade e integridade dos dados. Isso engloba ações de conscientização sobre a importância dos registros corretos, a implementação de plataformas digitais que padronizem o preenchimento e aprimorem a gestão das informações.

AFILIAÇÃO

1. Médica residente de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG), Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública Departamento de Patologia Tropical e Dermatologia, Serviço de Dermatologia. Goiânia – Goiás. e-mail: marianamelomed@gmail.com
2. Enfermeira. Coordenação Estadual de Doenças Negligenciadas. Gerência de Vigilância Epidemiológica. Superintendência de Vigilância em Saúde. Secretaria de Estado de Saúde. Goiânia – Goiás.
3. Médica Dermatologista, mestre e doutora. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG) e Coordenação Estadual de Doenças Negligenciadas. Gerência de Vigilância Epidemiológica. Superintendência de Vigilância em Saúde. Secretaria de Estado de Saúde. Goiânia – Goiás.

ACESSO ABERTO



Este artigo está licenciado sob Creative Commons Attribution 4.0 International License, que permite o uso, compartilhamento, adaptação, distribuição e reprodução em qualquer meio ou formato, desde que você dê crédito apropriado ao(s) autor(es) original(is) e à fonte, forneça um [link](#) para o Creative Licença Commons e indique se foram feitas alterações. Para mais informações, visite o site creativecommons.org/licenses/by/4.0/

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
2. Lastoria JC, Abreu MAMM. Hanseníase: revisão dos aspectos laboratoriais e terapêuticos - parte 2. An Bras Dermatol. 2014;89(3):389-403.
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico de Hanseníase 2023. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.
4. Organização Mundial de Saúde. Estratégia Global de Hanseníase de 2021- 2030 "Rumo à zero hanseníase". Nova Delhi: Organização Mundial de Saúde; 2021.
5. Costa NC, Macedo GO, Miranda AC, Oliveira FAS, Sant'Anna CC, Almeida MKC, et al. Evolução terapêutica da hanseníase da era chaulmúrgica até o tratamento nacional da colônia da prata, Norte do Brasil. RACF. 2020;1(1):16-25.
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan: normas e rotinas. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
7. Oliveira KS, Souza J, Campos RB, Zilly A, Silva-Sobrinho RA. Evaluation of leprosy epidemiological and operational indicators in priority municipalities in the state of Paraná, 2001 to 2010. Epidemiol Serv Saúde. 2015;24(3):507-516.
8. Alencar OM. Monitoramento e avaliação em hanseníase: desafios e perspectivas para gestão de qualidade. In: Alves ED, Ferreira TL, Ferreira IN, organizadores. Hanseníase avanços e desafios. Brasília: NESPROM; 2014. p.171-87.
9. Barbosa CC, Bonfim CV, Brito CMG, Souza WV, Melo MFO, Medeiros ZM. Spatial analysis of epidemiological and quality indicators of health services for leprosy in hyperendemic areas in Northeastern Brazil. Rev Inst Med Trop S Paulo. 2020;62:e93.
10. World Health Organization. Global leprosy (Hansen disease) update, 2021: moving towards interruption of transmission. Weekly Epidemiol Rec. 2022;36:429-52.
11. Secretaria de Estado da Saúde (GO). Estratégia estadual para enfrentamento da hanseníase: Goiás 2019-2023. Goiás: Secretaria de Estado da Saúde; 2021.
12. Mendes MS, Oliveira ALS, Schindler HC. Avaliação da completude, consistência e não duplicidade dos dados de notificação da hanseníase no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, João Pessoa, Paraíba: estudo descritivo, 2001-2019. Epidemiol Serv Saúde. 2023;32(2):e2022734.
13. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
14. Nunes RP. Análise da completude e consistência dos registros de hanseníase no SINAN do estado do Maranhão, no período de 2015 a 2018 [trabalho de conclusão de curso]. Imperatriz: Universidade Federal do Maranhão; 2021. 51 p.

15. Gilmore A, Roller J, Dyer JA. Leprosy (Hansen's disease): an update and review. Mo Med. 2023;120(1):39-44.

DATA DE PUBLICAÇÃO: 17 de junho de 2025