
Factors associated with leprosy knowledge

Fatores associados ao conhecimento sobre a hanseníase

Received: 2023-09-03 | Accepted: 2023-10-10 | Published: 2023-10-12

Flávio Marques Lopes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0718-3992>

Universidade Federal de Goiás, Brasil

E-mail: flaviomarques@ufg.br

Jeremias Pinto Lustosa Júnior

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-7978-7422>

Universidade Federal de Goiás, Brasil

E-mail: jeremiasp.lustosa@gmail.com

ABSTRACT

Introduction: Leprosy is a disease caused by *Mycobacterium leprae* and represents a public health challenge, with a high prevalence in Brazil. Knowledge about the disease plays a crucial role in understanding the disease and behavior in relation to prescribed medication, where social factors are linked to health literacy. The aim of this study was to assess the factors associated with knowledge about leprosy. **Method:** Patients from fifteen Family Health Units were interviewed using an adapted knowledge assessment tool. Associations were made between variables using crude prevalence ratios and the Wald chi-square test. The analysis included Poisson multiple regression. **Results:** The study revealed that approximately half of the participants had very good knowledge about leprosy, with high levels of correctness in the areas of signs/symptoms and diagnosis. In addition, the final model showed that people with an income between 2 and 3 minimum wages were 75% more likely to have good knowledge of leprosy. **Conclusion:** Lack of information can result in late diagnosis and treatment interruption. Therefore, health education plays a vital role in the success of leprosy treatment.

Keywords: Leprosy; Knowledge; Health education;

RESUMO

Introdução: A hanseníase é uma doença causada pelo *Mycobacterium leprae* e representa um desafio de saúde pública, com alta prevalência no Brasil. O conhecimento sobre a doença desempenha um papel crucial no entendimento da doença e no comportamento em relação à medicação prescrita, onde fatores sociais estão ligados ao letramento em saúde. O objetivo deste estudo foi avaliar os fatores associados ao conhecimento sobre a hanseníase. **Método:** Foram entrevistados pacientes de quinze Unidades de Saúde da Família, utilizando um instrumento de avaliação do conhecimento adaptado. Foi feita associação entre variáveis utilizando razões de prevalência brutas e o teste Qui-quadrado de Wald. A análise incluiu regressão múltipla de Poisson. **Resultados:** O estudo revelou que aproximadamente metade dos participantes tinha um ótimo conhecimento sobre a hanseníase, com altos níveis de acerto nas áreas de sinais/sintomas e diagnóstico. Além disso, o modelo final mostrou que pessoas com renda entre 2 e 3 salários-mínimos tinham 75% mais chances de ter um bom conhecimento sobre a hanseníase. **Conclusão:** A falta de informação pode resultar em diagnósticos tardios e interrupção do tratamento. Portanto, a educação em saúde desempenha um papel vital no sucesso do tratamento da hanseníase.

Palavras-chave: Hanseníase; Conhecimento; Letramento em saúde;

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença com origens antigas que ainda é um problema de saúde pública em muitos países, incluindo o Brasil. A transmissão da doença ainda não é totalmente compreendida, mas acredita-se que ocorra por meio do contato próximo e prolongado com uma pessoa infectada. Embora tenha havido uma redução significativa de casos entre 2011 e 2021, com uma queda de 42% em adultos e 62% em crianças (CAVALIERE, 2021; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023b; WHO et al., 2022), ainda há mais de 17 mil novos casos registrados no Brasil em 2022. Cerca de 11,2% dos pacientes foram classificados com grau 2 de incapacidade física, evidenciando lesões graves (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023a). A erradicação global da hanseníase é um objetivo essencial das instituições de saúde, sendo parte da Estratégia Global para a Hanseníase 2021-2030, que busca combater o estigma e a incapacidade associados à doença (WHO et al., 2020).

Considerada uma doença crônica e infectocontagiosa que afeta a pele e os nervos periféricos, tendo como causa o *Mycobacterium leprae*, um organismo intracelular obrigatório que invade macrófagos da pele e células de *Schwann* nos nervos periféricos (SUGAWARA-MIKAMI et al., 2022). A fisiopatologia da hanseníase envolve a invasão do *M. leprae* nas células do sistema nervoso periférico, levando à inflamação e à destruição dos nervos. Isso resulta em perda de sensibilidade, dormência, formigamento, fraqueza muscular, deformidades, febre e artralgia (BRASIL, 2017). A doença também afeta a pele, causando manchas e lesões cutâneas. O tratamento recomendado pela OMS em 2021 envolve a poliquimioterapia com três drogas por período mínimo de 6 meses para casos de hanseníase paucibacilar e por 12 meses para hanseníase multibacilar, com variações de acordo com a idade e o peso dos pacientes. O tratamento visa

eliminar a bactéria e prevenir a progressão da doença, mas não reverte as lesões nervosas já estabelecidas. A fisiopatologia da hanseníase é complexa e ainda não é totalmente compreendida, contudo o tratamento precoce e adequado é essencial para prevenir a incapacidade física e melhorar a qualidade de vida dos pacientes (SUGAWARA-MIKAMI et al., 2022; WHO, 2023).

A qualidade de vida do paciente com hanseníase pode ser significativamente melhorada pelo letramento em saúde, uma vez que ações de educação em saúde que propiciam um melhor conhecimento da doença atuam de forma efetiva, principalmente, por meio de intervenções que visam o autocuidado e a promoção da saúde mental e física (BARCELOS et al., 2021) de forma a auxiliar o paciente à compreender melhor a doença, seu tratamento e as medidas de prevenção, contribuindo para a adesão ao tratamento e para a prevenção de complicações (LUSTOSA et al., 2021; BRITO, KILESSE, SILVA, 2020), melhorando a autoestima e reduzindo o estigma e a discriminação (BARCELOS et al., 2021; SILVA, GRIEP, SANDRI, 2022).

A motivação de um paciente e seu conhecimento são cruciais para sua adesão ao tratamento e para tomar decisões informadas sobre a saúde, uma vez que o letramento atua frente às habilidades mentais e interpessoais que moldam a capacidade das pessoas de compreender e utilizar informações para promover a saúde adequada (NUTBEAM, 2000). Assim, a avaliação do conhecimento em saúde desempenha um papel fundamental na compreensão do comportamento das pessoas em relação ao uso de medicamentos e aos cuidados necessários (ABDUL RAHMAN et al., 2022; CORREIA et al, 2019; DHARMAWAN et al., 2021).

Compreender o conhecimento do paciente ajuda os profissionais de saúde a abordarem possíveis obstáculos e a incentivar a continuidade das terapias de forma eficaz. Essa avaliação é essencial para promover a participação ativa do paciente em seu cuidado e otimizar os resultados clínicos a longo prazo. Assim, o objetivo desse trabalho foi avaliar os conhecimentos e seus fatores associados sobre a hanseníase.

METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de um estudo transversal retrospectivo realizado em unidades básicas de saúde na regional de saúde de São Patrício II, no centro norte goiano na cidade de Goianésia – GO (71.075 habitantes). Utilizou-se o sistema informatizado de dados das notificações de hanseníase, vinculado ao DATASUS, conhecido como Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), constituído por todos os 275 casos de hanseníase notificados, confirmados em residentes de Goianésia, Goiás e arquivados em suas 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS) (SES-GO, 2023), no período de março de 2022 a dezembro de 2022.

Foram incluídos no estudo pacientes acima de 18 anos, diagnosticados com hanseníase que estivessem inscritos no Programa Nacional de Controle da Hanseníase (BRASIL, 2010). Foram excluídos do estudo pacientes que se mudaram da cidade Goianésia e pacientes com déficits cognitivos que apresentaram dificuldades de entendimento das questões. Os pacientes foram selecionados por meio da planilha fornecida pela vigilância epidemiológica. Foram entrevistados 75 pacientes, sendo excluídos três que alegaram não ter tido hanseníase e cinco que estavam em tratamento para a hanseníase, e incluídos 67 no estudo, que afirmaram que tiveram hanseníase.

Os voluntários pré-selecionados foram convidados a participar do estudo por meio de convite verbal. Após exposição do projeto e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os participantes que aceitaram e assinaram o termo, foram entrevistados e responderam ao instrumento de avaliação do estudo, conforme critérios de elegibilidade. A coleta de dados aconteceu no período entre 10/2013 e 08/2022.

Os participantes responderam a questionários para coleta de informações gerais, sociodemográficas, do estado clínico e o questionário específico para determinação do conhecimento. O Instrumento para avaliação do conhecimento utilizado foi o Instrumento de Avaliação do Conhecimento de Adolescentes sobre Hanseníase (IACAH). Para a aplicação do instrumento no presente estudo foram realizadas adaptações nas questões 5 e 14, substituindo-se os termos “colega de sala” por “colega”, e na resposta A da questão 14, foi retirado o termo “professor”. Os termos foram readequados para população adulta, uma vez que a população alvo se tratava de adultos.

O questionário é composto pelos seguintes temas relacionados a: definição e etiologia (pergunta 1), fatos epidemiológicos (pergunta 2), sinais e sintomas (pergunta 3), transmissão (pergunta 4 e 5), estigma e preconceito (perguntas 5, 6 e 14), diagnóstico (pergunta 7), tratamento (perguntas 8, 9 e 10), deformidades e incapacidades (perguntas 11 e 12) e, medidas de controle da doença (perguntas 13 e 14). Para as perguntas 1, 3, 6, 8, 10, 12 a resposta “A” atribui-se a pontuação 1 (um), as demais 0 (zero). Para as perguntas 2, 5, 7, 13, 14 a resposta “C” atribui-se a pontuação 1 (um), as demais 0 (zero). Para as perguntas 4, 9, 11 a resposta “B” atribui-se a pontuação 1 (um), as demais 0 (zero) (SOARES et al, 2018). Ao preencher as respostas, os acertos foram contados e classificados como: insuficiente (até 24% de acertos), regular (25% a 49% de acertos), bom (50% a 74% de acertos) e ótimo (75% a 100% de acertos) (COSTA et al, 2018).

As análises foram realizadas no programa estatístico R, versão 4.3.2 (2023, R Core Team, Viena, Áustria). Os dados descritivos foram apresentados na forma de frequências relativas e absolutas. A normalidade foi testada pelo teste *Shapiro-Wilk*, que evidenciou uma distribuição normal para a variável idade. Foi estimada a prevalência do desfecho conhecimento, medida pelo

instrumento ICAH, e apresentada com seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Para tal, o escore do ICAH foi classificado em ótimo e bom/insuficiente, considerando que não foram identificadas na amostra participantes que apresentaram conhecimento regular. Análises bivariadas foram realizadas para identificar associações entre as variáveis independentes e o desfecho, a partir das quais foram obtidas as razões de prevalência brutas com respectivos intervalos de confiança de 95%.

Compuseram as variáveis independentes testadas fatores sociodemográficos, perfil clínico, doenças diagnosticadas atuais, sinais e sintomas referentes à hanseníase. Variáveis que na análise bivariada apresentaram valor de $p < 0,2$ foram incluídas no modelo de regressão múltipla de *Poisson*. Foram extraídos do modelo os valores de Razão de Prevalência (RP) ajustadas com seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Uma matriz de correlação policórica – matriz de correlação frequentemente usada em análises de modelagem de equações estruturais quando as variáveis envolvidas são ordinais ou categóricas em natureza, foi criada para avaliar a multicolinearidade entre as variáveis do modelo de regressão múltipla, não sendo identificada em nenhuma variável ($r > 0,6$). A qualidade de ajuste do modelo foi verificada pelo teste *Goodness-of-Fit* para distribuições de Poisson, medida que indica o quão bem os resultados previstos ou estimados pelo modelo se aproximam dos dados reais. A interpretação do teste é realizada com base no valor de p , no qual caso seja acima de 0,05 indica um bom ajuste do modelo. Em todas as análises foram considerados significantes valores de $p < 0,05$.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob protocolo número 5.249.666 e CAAE: 53690221.9.0000.5083 em 18 de fevereiro de 2022 (Anexo I). Todos os dados serão arquivados por cinco anos com a pesquisador responsável ou enquanto tiverem utilidade para pesquisa e após esse período serão incinerados, conforme orientação Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012).

RESULTADOS

Foram avaliados 67 participantes com uma maior prevalência de participantes do sexo masculino, faixa etária entre 40 e 59 anos, com tempo de tratamento entre 6 e 12 meses, que não possuem multimorbidades, mas possuíam comorbidade pregressa que não sabiam o nome da medicação que fizeram uso. As variáveis sociodemográficas, o perfil clínico e de sinais e sintomas dos participantes estão descritas na Tabela 01.

Tabela 01. Caracterização da população do estudo (n=67).

Variável	n	%
Fatores sociodemográficos		
<i>Sexo</i>		
Masculino	40	59,7
Feminino	27	40,3
<i>Faixa etária</i>		
< 40 anos	12	17,9
Entre 40 e 59 anos	30	44,8
≥ 60 anos	25	37,3
<i>Renda</i>		
< 2 SM	13	19,4
Entre 2 e 3 SM	37	55,2
> 3 SM	17	25,4
<i>Escolaridade</i>		
Analfabeto	1	1,5
Primário	25	37,3
Ensino fundamental	11	16,4
Ensino médio	24	35,8
Ensino superior	6	9,0
<i>Situação conjugal</i>		
Com companheiro (a)	40	59,7
Sem companheiro (a)	27	40,3
<i>Número de pessoas no domicílio</i>		
1	17	25,4
2	32	47,8
≥ 3	18	26,9
Perfil clínico		
<i>Tempo de tratamento</i>		
Até 6 meses	8	11,9

Entre 6 e 12 meses	57	85,1
> 12 meses	2	3,0
<i>Comorbidade pregressa</i>		
Sim	49	73,1
Não	18	26,9
<i>Multimorbidade</i>		
Sim	26	38,8
Não	41	61,2
<i>Polifarmácia</i>		
Sim	25	37,3
Não	42	62,7
<i>Apresenta sinais e sintomas que motivaram buscar a UBS</i>		
Sim	29	43,3
Não	38	56,7
<i>Sabe o nome da medicação utilizada no tratamento</i>		
Sim	9	13,4
Não	58	86,6
Sinais e sintomas		
<i>Lesões de pele</i>		
Sim	64	95,5
Não	3	4,5
<i>Hipoestésias</i>		
Sim	9	13,4
Não	58	86,6

Quanto à análise das comorbidades, a maioria dos participantes do estudo apresentou hipertensão arterial sistêmica (55,2%), seguida por diabetes mellitus (25,4%), dislipidemia (20,9%) e outras doenças crônicas. Além disso, os sintomas que levaram os participantes a procurar atendimento médico mais frequentemente foram cefaleia, polidipsia, arritmia, ganho de peso anormal e hipertensão não especificada. (Tabela 2).

Tabela 02. Comorbidade e sinais e sintomas que motivaram a busca às unidades básicas de saúde da população do estudo.

Variáveis	n	%
<i>Comorbidade</i>		
Hipertensão essencial (primária) (I10)	37	55,2
Diabetes Mellitus (E10-E14)	17	25,4
Dislipidemia (E78.0-E78.5)	14	20,9
Enxaqueca (G43 ou G43.1)	5	7,5
Insuficiência renal crônica (N18)	2	3,0
Obesidade (E66)	2	3,0
Insônia não orgânica (F51.0)	2	3,0
Artrose (M15-M19)	1	1,5
Artrite gotosa (M10)	1	1,5
Episódio depressivo (F32-F33)	1	1,5
Psoríase (L40)	1	1,5
<i>Sinais e sintomas que motivaram buscar a UBS</i>		
Cefaleia (G43)	14	20,9
Polidipsia (R63.1)	4	6,0
Arritmia (I49)	3	4,5
Ganho de peso anormal (R63.5)	3	4,5
Hipertensão não especificada (I10-I16)	3	4,5
Dor nas articulações (M25.5)	2	3,0
Polifagia (R63.2)	2	3,0
Dor precordial (R07.2)	1	1,5
Transtornos de ansiedade (F41)	1	1,5
Reações ao estresse grave (F43)	1	1,5
Irritabilidade (R45.4)	1	1,5
Pruridos (L29)	1	1,5
Humor depressivo (F32)	1	1,5
Isolamento social (Z60-Z62)	1	1,5

Isolamento	1	1,5
------------	---	-----

Quando avaliado o uso de medicamentos atuais, conforme a Tabela 03, os mais comuns foram Losartana (38,8%), Metformina (25,4%) e Sinvastatina (13,4%).

Tabela 03. Medicamentos em uso atual da população do estudo.

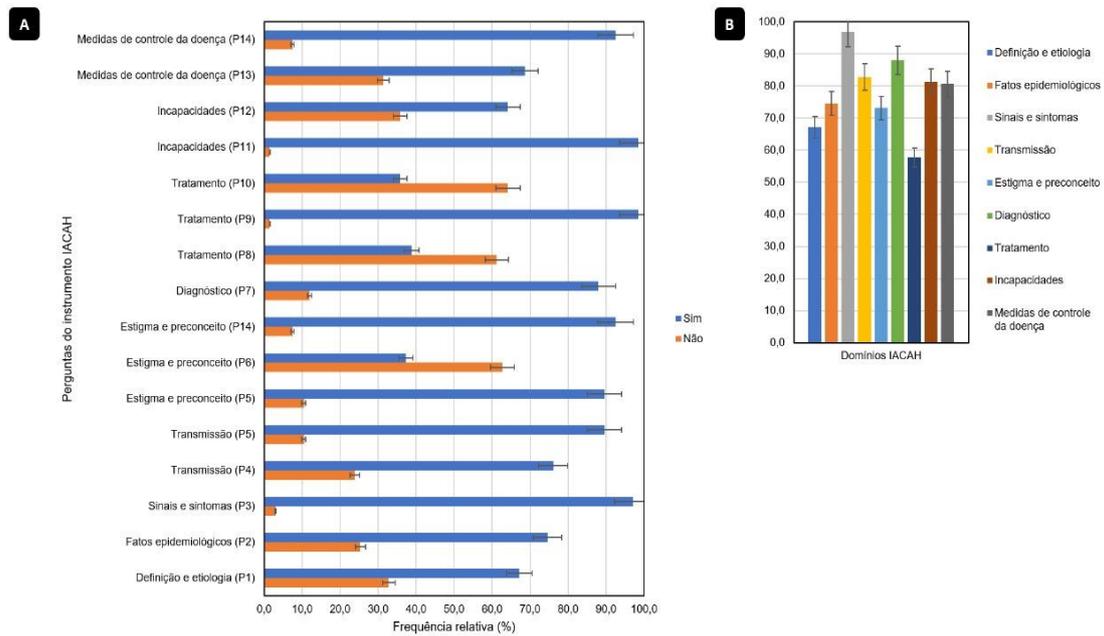
Medicamentos em uso	n	%
A: Sistema Digestivo e Metabolismo	19	28,4
Metformina (A10BA02 - Biguanidas)	17	25,4
Glibenclamida (A10BB01 - Sulfonilureias)	2	3,0
C: Sistema Cardiovascular	57	85,1
Losartana (C09CA01 - Bloqueadores de receptores de angiotensina II)	26	38,8
Sinvastatina (C10AA01 - Inibidores da HMG-CoA - estatinas)	9	13,4
Propranolol (C07AA05 - Beta-bloqueadores não seletivos)	4	6,0
Fenofibrato (C10AB05 - Derivados do ácido fíbrico)	4	6,0
Valsartana (C09CA03 - Bloqueadores de receptores de angiotensina II)	3	4,5
Ciprofibrato (C10AB02 - Derivados do ácido fíbrico)	3	4,5
Captopril (C09AA01 - Inibidores da ECA - Enzima de Conversão da Angiotensina)	2	3,0
Hidroclorotiazida (C03AA03 - Diuréticos tiazídicos)	3	4,5
Candesartana (C09CA06 - Bloqueadores de receptores de angiotensina II)	1	1,5
Atenolol (C07AB03 - Beta-bloqueadores seletivos)	1	1,5
Enalapril (C09AA02 - Inibidores da ECA - Enzima de Conversão da Angiotensina)	1	1,5
D: Dermatológicos	1	1,5
Clobetazol (D07AD01 - Corticosteroides tópicos potentes)	1	1,5
M: Sistema Musculoesquelético	1	1,5
Colchicina (M04AC01 - Preparações de colchicina)	1	1,5

N: Sistema Nervoso	7	10,4
Topiramato (N03AX11 - Outros antiepilépticos)	2	3,0
Fluoxetina (N06AB03 - Inibidores seletivos da recaptação de serotonina - ISRS)	1	1,5
Bromazepam (N05BA08 - Ansiolíticos, benzodiazepínicos)	1	1,5
Fluoxetina (N06AB03 - Inibidores seletivos da recaptação de serotonina - ISRS)	1	1,5
Naratriptana (N02CC02 - Triptanos - tratamento da enxaqueca)	1	1,5
Zolpiden (N05CF02 - Hipnóticos e sedativos, imidazopiridinas)	1	1,5

Com relação ao desfecho do estudo, evidenciou-se uma prevalência de conhecimento ótimo acerca da hanseníase de 49,3% (IC 95%: 37,6% – 60,9%), conhecimento bom de 49,3% (IC 95%: 37,6% – 60,9%), e conhecimento insuficiente de 1,4% (IC 95%: 0,26% – 7,98%), não sendo identificado participantes com conhecimento regular. A Figura A apresenta os percentuais de acerto para cada pergunta do ICAH. Com relação aos domínios do instrumento, identificou-se maiores percentuais de acerto nos domínios referentes ao conhecimento sobre sinais e sintomas e diagnósticos com percentuais superiores a 90%, enquanto os menores foram nos domínios etiologia e tratamento, com percentuais inferiores a 70% (Figura B).

Figura A. Percentuais de acerto para cada pergunta do ICAAH.

Figura B. Percentuais de acerto para cada domínio do ICAAH.



Nota-se que a análise bivariada evidenciou uma associação do ótimo conhecimento com as variáveis renda, com maior prevalência detectada de alto conhecimento no grupo de indivíduos com renda > 3 salários-mínimos (76,5%), e situação conjugal, com maior prevalência de alto conhecimento no grupo de indivíduos com companheiro (Tabela 3).

Tabela 04. Análise bivariada entre o conhecimento e fatores associados.

Variável	Conhecimento		RP bruta	IC 95%	p-valor
	Ótimo (%)	Bom/Insuficiente (%)			
Fatores sociodemográficos					
<i>Sexo</i>					
Masculino	18 (45,0)	22 (55,0)	0,81	0,50; 1,31	0,397
Feminino	15 (55,5)	12 (44,5)	1		
<i>Faixa etária</i>					
< 40 anos	6 (50,0)	6 (50,0)	1,14	0,55; 2,33	0,732
Entre 40 e 59 anos	16 (53,3)	14 (46,7)	1,21	0,70; 2,11	0,491
≥ 60 anos	11 (44,0)	14 (56,0)	1		
<i>Renda</i>					
< 2 SM	2 (15,4)	11 (84,6)	0,20	0,05; 0,74	<0,001* *
Entre 2 e 3 SM	18 (48,6)	19 (51,4)	0,64	0,42; 0,97	0,055*
> 3 SM	13 (76,5)	4 (23,5)	1		
<i>Escolaridade</i>					
Primário	7 (28,0)	18 (72,0)	0,56	0,20; 1,55	0,583
Ensino fundamental	6 (54,5)	5 (45,5)	1,09	0,42; 2,86	1,000
Ensino médio	17 (70,8)	7 (29,2)	1,42	0,61; 3,28	0,628
Ensino superior	3 (50,00)	3 (50,00)	1		
<i>Situação conjugal</i>					
Com companheiro (a)	24 (60,0)	16 (40,0)	1,80	1,00; 3,25	0,032**
Sem companheiro (a)	9 (33,3)	18 (66,7)	1		
<i>Número de pessoas no domicílio</i>					

1	6 (35,3)	11 (64,7)	0,53	0,26; 1,09	0,063*
2	15 (46,9)	17 (53,1)	0,70	0,43; 1,15	0,178*
≥ 3	12 (66,7)	6 (33,3)	1		
Perfil clínico					
<i>Tempo de tratamento</i>					
Entre 6 e 12 meses	2 (25,0)	6 (75,0)	0,48	0,14; 1,62	0,278
≥ 12 meses	31 (52,5)	28 (47,5)	1		
<i>Tempo desde o diagnóstico</i>					
Até 2 anos	17 (58,6)	12 (41,4)	1		
Entre 3 e 5 anos	10 (38,5)	16 (61,5)	0,66	0,37; 1,17	0,135*
> 5 anos	6 (50,0)	6 (50,0)	0,85	0,45; 1,62	0,613
<i>Comorbidade pregressa</i>					
Sim	23 (46,9)	26 (53,1)	0,84	0,51; 1,41	0,532
Não	10 (55,6)	8 (44,4)	1		
<i>Multimorbidade</i>					
Sim	10 (38,5)	16 (61,5)	0,69	0,39; 1,20	0,159
Não	23 (56,1)	18 (43,9)	1		
<i>Polifarmácia</i>					
Sim	10 (40,0)	15 (60,0)	0,73	0,42; 1,27	0,242
Não	23 (54,8)	19 (45,2)	1		
<i>Apresenta sinais e sintomas que motivaram buscar a UBS</i>					
Sim	16 (55,2)	13 (44,8)	1,23	0,76; 2,00	0,397
Não	17 (44,7)	21 (55,3)	1		
<i>Sabe o nome da medicação que fez uso</i>					

Sim	6 (66,7)	3 (33,3)	1,43	0,84; 2,45	0,444
Não	27 (46,6)	31 (53,4)	1		
Sinais e sintomas					
<i>Lesões de pele</i>					
Sim	31 (48,4)	33 (51,6)	0,73	0,31; 1,68	0,979
Não	1 (66,7)	1 (33,3)	1		
<i>Hipoestésias</i>					
Sim	4 (44,4)	5 (55,6)	0,89	0,41; 1,93	1,000
Não	29 (50,0)	29 (50,0)	1		

Nota: RP – Razão de Prevalência; IC - Intervalo de confiança; p-valor = Teste Qui-quadrado de Wald; *p<0,2; **p < 0,05.

Entraram no modelo de regressão múltipla as variáveis renda, situação conjugal, número de pessoas no domicílio e tempo desde o diagnóstico que apresentaram p<0,2. O modelo final apontou para uma associação do conhecimento sobre a hanseníase com a renda entre 2 e 3 salários-mínimos, evidenciando que pessoas com essa renda têm 75% mais chances de ter alto conhecimento sobre a hanseníase (Tabela 4).

Tabela 05. Modelo de regressão entre o conhecimento e fatores associados.

Variável	RP ajustada	IC 95%	p-valor
Fatores sociodemográficos			
<i>Renda</i>			
< 2 SM	0,78	0,41; 1,47	0,450
Entre 2 e 3 SM	0,25	0,07; 0,87	0,034*
> 3 SM	1		
<i>Situação conjugal</i>			
Com companheiro (a)	1,39	0,23; 1,92	0,497
Sem companheiro (a)	1		
<i>Número de pessoas no domicílio</i>			
1	1,05	0,32; 3,45	0,930
2	0,85	0,45; 1,62	0,641
≥ 3	1		
<i>Tempo desde o diagnóstico</i>			
Até 2 anos	1		
Entre 3 e 5 anos	0,71	0,38; 1,33	0,302
> 5 anos	0,73	0,35; 1,51	0,400

Nota: RP – Razão de Prevalência; IC - Intervalo de confiança; Valor de p = Teste Qui-quadrado de Wald; *p < 0,05. Parâmetros do modelo: R² de Nagelkerke = 0,215; Goodness-of-Fit Test para distribuição de Poisson: $\chi^2 = 34,283$; p-valor = 0,996.

DISCUSSÃO

O presente possibilitou a avaliação do conhecimento em pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) da cidade de Goianésia em pós-tratamento. A análise dos dados revelou que o conhecimento adequado sobre a hanseníase estava associado à renda, sendo mais comum entre aqueles com renda superior a 3 salários-mínimos, e ao estado civil, com maior conhecimento entre os que tinham parceiros. O modelo final mostrou que pessoas com renda entre 2 e 3 salários-mínimos tinham 75% mais chances de ter um bom conhecimento sobre a hanseníase, resultados esses que vão em concordância com outros estudos, BARCELOS et al., (2021) que relacionam aspectos econômicos, sociais e demográficos a hiperendemicidade da hanseníase no país.

Atualmente, apesar dos avanços no tratamento, a hanseníase ainda se apresenta como uma doença de estigma social acentuado e que afeta o Brasil de forma expressiva (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023a; SUGAWARA-MIKAMI et al., 2022). A falta de conhecimento e as ideias e percepções distorcidas em relação à doença levam ao diagnóstico tardio e à descontinuação do diagnóstico em muitos casos (ABDUL RAHMAN et al., 2022). O acesso à educação em saúde significa sucesso no tratamento e permite ao paciente entender a sua doença e principalmente o curso do seu tratamento, as reações aos medicamentos, o tempo que ele precisará frequentar a unidade de saúde e as consequências que a doença trará para a sua vida (CORREIA et al, 2019; DHARMAWAN et al., 2022).

Quanto a avaliação do conhecimento dos participantes a cerca da hanseníase, mostrou uma prevalência de conhecimento de 49,3% para a classificação ótima e para a boa. Os maiores percentuais foram nos domínios de sinais e sintomas e diagnóstico. Um estudo transversal de base comunitária no distrito de Kancheepuram, em Tamil Nadu, Índia avaliou o conhecimento de 640 indianos sobre a hanseníase através de um questionário próprio, avaliando aspectos sobre epidemiologia, características clínicas, tratamento e medidas preventivas para a doença (GOPALAKRISHNAN *et al.*, 2021). Encontrou-se que 54,7% tinham conhecimento adequado sobre a hanseníase, a maioria conhecia algum sintoma da doença e pouco mais da metade sabia que a hanseníase é uma doença tratável (GOPALAKRISHNAN et al., 2021).

Para tornar o usuário como protagonista do auto cuidado, é necessário informações para aplica-las e galgar resultados satisfatórios. A educação em saúde melhora os conhecimentos associados ao autocuidado, aos serviços de atenção e à adesão dos usuários às seguir as orientações profissionais, a construção de conhecimento que estimula a prevenção e o diagnóstico precoce de doenças e como resultado o rastreamento e diminuição do elo de transmissões de doenças (LUSTOSA et al 2021).

O letramento em saúde está relacionado a capacidade de entender e aplicar o que foi interpretado, como nas medidas preventivas em saúde. A educação em saúde é o resultado de práticas pedagógicas e sociais que devem ser somadas ao vocabulário e comunicação efetiva na relação doença-paciente-médico. Assim, um paciente que tem um nível alto de escolaridade, é eficaz no seu processo de promoção a saúde, entretanto, esse não é o único fator importante desse processo, fatores socioeconômicos e políticos reflete na saúde desse paciente também (SILVA, GRIEP, SANDRI, 2022)

A educação em saúde abarca as aptidões mentais e interpessoais que moldam a disposição e habilidade das pessoas para compreender e empregar informações visando a promoção e preservação de uma saúde adequada (NUTBEAM, 2000). As intervenções em saúde que promovem o letramento da população são eficazes e geram melhoria significativas e, segundo a

revisão de Walters et al. (2020), sete de oito estudo conseguiram observar mudanças comportamentais nos grupos que sofreram intervenção em suas amostras.

O letramento em saúde, segundo a OMS, é um dos determinantes sociais da saúde na estratégia na diminuição de desigualdades como como baixa adesão ao tratamento, controle de doenças de maior risco de morbimortalidade, impactando o sucesso de políticas públicas com resultados evidentes em níveis regionais, nacional e/ou global (LUSTOSA et al 2021).

Van't Noordende et al (2021) encontraram que o modo de transmissão, a causa, os primeiros sintomas e se a hanseníase é contagiosa após o tratamento ou não eram os menos conhecidos entre todos os grupos participantes de seu estudo, resultados semelhantes aos encontrados em nossa amostral. Essa evidência pode estar relacionada ao atraso no diagnóstico, ao agravamento da doença e à extensão das sequelas após o fim do tratamento. Segundo Dharmawan et al (2021), a maioria dos pacientes ignorava os sinais ou sintomas da hanseníase por não conhecê-los e alguns estudos relataram que pacientes e familiares reconheceram a hanseníase apenas quando os sintomas de úlceras, deformidades ou feridas estavam avançados.

Atividades educativas realizadas na sala de espera, como intervenção em saúde, é uma ótima estratégia de relação com os pacientes, pois implica em uma ação de educação em saúde, portanto, deve haver uma participação intensa de cada UBS e disseminar essa ação por toda a rede do SUS, de forma integral e contínua, sendo o ensino em saúde uma das metas formuladas mais eficazes da saúde coletiva no Brasil, como a campanha do janeiro roxo do Ministério da Saúde. Em uma divulgação de campanha de mídia para eliminação da hanseníase no Brasil, foi constatado que a informação referente aos sinais e sintomas foi de destaque, uma vez que 74% das 1000 pessoas expostas aos anúncios, lembraram de informações sobre manchas na pele, falta de sensibilidade e dormência como sinais de hanseníase. Outra ação importante é a produção de cartazes, folders e cartilhas para a distribuição nos estabelecimentos de saúde pública de grande circulação, nos ônibus dos diferentes estados. Estudos epidemiológicos e profissionais capacitados ao tratamento também são necessários, nessa somatória de atividades para que se tenha a tão desejada e necessária erradicação da doença no nosso país, já que o diagnóstico tardio é resultado da carência de ações educativas, a nível comunitário, o que favorece um maior número de manifestações e lesões decorrentes da própria evolução da doença. (LUSTOSA, et al 2021. MOREIRA, et al 2014. RESENDE, et al 2009).

A pesquisa evidenciou que a renda familiar está diretamente associada com o alto nível de conhecimento a cerca da hanseníase. Segundo Sørensen e colaboradores (2012) o conhecimento associado à saúde e a compreensão de todas as dimensões associadas ao conhecimento sobre doença e autocuidado, ao comportamento de risco à saúde, aos cuidados preventivos e consultas médicas e à adesão à medicação são diretamente influenciadas pela

condição socioeconômica dos indivíduos, bem como com o apoio da família ou do companheiro, a profissão, a cultura e outros fatores individuais. Tais associações corroboram com os achados deste estudo demonstrando que as condições pessoais e individuais influenciam na capacidade de compreender a sua própria condição de saúde, refletindo, consequentemente no sucesso do tratamento.

O presente estudo apresenta pontos fortes por ser pioneiro na região goiana, de forma a entrevistar pacientes da Estratégia Saúde da Família que trataram hanseníase e avaliar conhecimento do mesmo sobre a doença e tratamento. Como pontos fracos, pode-se colocar a dificuldade da realização das coletas, uma vez que se lida com o estigma social de uma doença secular. Além disso, a coleta foi realizada no período pandêmico, ressalta se também como fragilidade o viés da memória relacionado ao tempo de pós-tratamento dos participantes do estudo.

CONCLUSÃO

No presente estudo, o conhecimento dos participantes, de maneira geral, foi bom / ótimo, e que a relação entre conhecimento da hanseníase está ligado a fatores sociais, demográficos e econômicos, que interferem diretamente no processo de autocuidado. O conhecimento adequado a nível comunitário sobre a hanseníase evita diagnóstico tardio, que resulta em manifestações e lesões da evolução da doença. O conhecimento facilita o controle da hanseníase, que tem tratamento, cura e todo disponível pelo SUS.

REFERÊNCIAS

ABDUL RAHMAN, Norana et al. Experiences of living with leprosy: A systematic review and qualitative evidence synthesis. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, v. 16, n. 10, p. e0010761, 2022.

BARCELOS, Raissa Mariah Ferraz Moreira et al. Qualidade de vida de pacientes com hanseníase: uma revisão de escopo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 55:e20200357. 2021

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Orientações para o uso: corticosteroides em Hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Guia prático sobre a hanseníase** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 68 p.

BRITO, Josué da Silva; KILESSE, Christiano Tadeu Sanches Mattos; SILVA, Priscilla Itatianny de Oliveira. Baixo letramento em saúde: uma realidade brasileira. **HU Revista**, 46:1-2, 2020.

CAVALIERE, I. **Hanseníase na história** [Internet]. 2021. In vivo - Museu da Vida Fiocruz. Disponível em: <http://www.invivo.fiocruz.br/historia/hanseníase-na-historia/>. Acesso em: 19 julho 2023.

CORREIA, Jorge Cesar et al. “If you will counsel properly with love, they will listen”: A qualitative analysis of leprosy affected patients’ educational needs and caregiver perceptions in Nepal. **PloS one**, v. 14, n. 2, p. e0210955, 2019.

COSTA, Alan Maique Ribeiro Fernandes da et al. Confiabilidade de instrumento para avaliação do conhecimento de adolescentes sobre hanseníase. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 73-81, 2018.

DHARMAWAN, Yudhy et al. Individual and community factors determining delayed leprosy case detection. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, v. 15, n. 8, p. 1-17, 2021.

GOPALAKRISHNAN, S. et al. Knowledge, attitude, and health seeking behavior on leprosy among urban adults in Kancheepuram district of Tamil Nadu: A Community-based cross-sectional study. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 10, n. 5, p. 1895, 2021.

LUSTOSA, Sasha Botelho, et al. Letramento funcional em saúde: experiência dos estudantes e percepção dos usuários da atenção primária. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 45(4):e212; 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Brasil registra mais de 17 mil novos casos de hanseníase em 2022; conheça os sintomas e cuidados**. 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/janeiro/brasil-registra-mais-de->

17-mil-novos-casos-de-hanseníase-em-2022-conheca-os-sintomas-e-cuidados>.

Acessado em: 19 julho 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Hanseníase** [Internet]. 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hanseníase>. Acesso em: 19 julho 2023.

MOREIRA, Ana Jotta, et al. 2014. Ação educativa sobre hanseníase na população usuária das unidades básicas de saúde de Uberaba-MG. **Saúde Em Debate**. 38(101), 234–243. 2014.

NUTBEAM, Don. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. **Health promotion international**, v. 15, n. 3, p. 259-267, 2000.

RESENDE, Danielly Mendes, *et al.* Hanseníase na Atenção Básica de Saúde: principais causas da alta prevalência de hanseníase na cidade de Anápolis-GO. **Hansenologia Internationalis**. 34(1):27-36. 2009.

SILVA, Marcelo Silva Melo; GRIEP, Rubens; SANDRI, João Carlos. Hanseníase e educação: uma análise dos determinantes sociais da saúde no município de Cascavel-PR. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 14, pág. e225111435704, 2022.

SOARES, Jacqueline Evelyn Figueiredo et al. **Validação de instrumento para avaliação do conhecimento de adolescentes sobre hanseníase**. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800068>. Acesso em: 21 Mai 2021.

SØRENSEN, Kristine et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **BMC public health**, v. 12, n. 1, p. 1-13, 2012.

SUGAWARA-MIKAMI, Mariko et al. Pathogenicity and virulence of Mycobacterium leprae. **Virulence**, v. 13, n. 1, p. 1985-2011, 2022.

VAN'T NOORDENDE, Anna Tiny et al. Leprosy perceptions and knowledge in endemic districts in India and Indonesia: differences and commonalities. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, v. 15, n. 1, p. e0009031, 2021.

WALTERS, Ronie et al. Establishing the efficacy of interventions to improve health literacy and health behaviours: a systematic review. **BMC public health**, v. 20, n. 1, p. 1-17, 2020.

WHO - World Health Organization et al. Global leprosy (Hansen disease) update, 2021: moving towards interruption of transmission. **Weekly Epidemiological Record**, v. 97, p. 429-50, 2022.

WHO - World Health Organization et al. Rumo à zero hanseníase: estratégia global de Hanseníase 2021–2030. In: **Rumo à zero hanseníase: estratégia global de Hanseníase 2021–2030**. 2020.

WHO - World Health Organization. **Leprosy** [Internet]. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/leprosy>. Acesso em: 20 julho 2023.