

ADESÃO À TERAPIA FARMACOLÓGICA EM PACIENTES COM HANSENÍASE*Josiéle Gomes de Oliveira^a*<https://orcid.org/0000-0003-3266-1391>*Isabella Alcantara de Oliveira^b*<https://orcid.org/0000-0003-3283-0554>*Danielle Conceição de Barros Costa Valério^c*<https://orcid.org/0000-0002-9412-8325>*Débora Aparecida da Silva Santos^d*<https://orcid.org/0000-0003-1862-7883>*Rauni Jandé Roama Alves^e*<https://orcid.org/0000-0002-1982-1488>*Letícia Silveira Goulart^f*<https://orcid.org/0000-0003-1452-4908>**Resumo**

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*, considerada um grave problema de saúde pública. A adesão à terapia farmacológica contribui para a qualidade de vida do paciente e para a interrupção da cadeia de transmissão da doença. Este trabalho objetivou analisar a adesão à poliquimioterapia em pacientes com hanseníase acompanhados em um serviço de atendimento especializado do município de Rondonópolis (MT). Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa. Participaram da pesquisa 63 pacientes com diagnóstico de hanseníase, acompanhados no

^a Farmacêutica. Residente em Saúde da Família. Universidade Federal de Rondonópolis. Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil. E-mail: josielefarma@gmail.com

^b Acadêmica de Enfermagem. Bolsista. Universidade Federal de Rondonópolis. Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil. E-mail: alcantara.isabellaoli@gmail.com

^c Enfermeira. Residente em Saúde da Família. Universidade Federal de Rondonópolis. Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil. E-mail: danibarro19@hotmail.com

^d Enfermeira. Docente na Universidade Federal de Rondonópolis. Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil. E-mail: debora.santos@ufr.edu.br

^e Psicólogo. Docente da Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. E-mail: rauniroama@gmail.com

^f Farmacêutica. Docente na Universidade Federal de Rondonópolis. Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil. E-mail: leticia@ufr.edu.br

Endereço para correspondência: Universidade Federal de Rondonópolis. Avenida dos Estudantes, n. 5055, Cidade Universitária. Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil. CEP: 78736-900. E-mail: leticia@ufr.edu.br

Serviço de Atendimento Especializado do Município de Rondonópolis. Para analisar a adesão, utilizou-se o teste de Morisky-Green. Foram classificados como aderentes ao tratamento 31 pacientes (49,2%) no total. As menores frequências de adesão foram observadas em mulheres, na faixa etária de 51 a 59 anos, de cor autodeclarada branca, renda familiar superior ou igual a dois salários mínimos, com até oito anos de estudo, sem companheiros e que possuíam rede de esgoto em suas residências. Observou-se diferença estatística para as variáveis sexo ($p = 0,036$), modo de detecção ($p = 0,008$) e forma clínica ($p = 0,028$). Os resultados indicaram baixa adesão à poliquimioterapia. Mulheres, pacientes com modo de detecção do tipo encaminhamento ou exames de coletividade, com forma clínica indeterminada, tuberculoide ou virchowiana são menos aderentes à poliquimioterapia. Os resultados indicam a necessidade de adoção de medidas que busquem promover melhor aceitação à terapia farmacológica entre os pacientes com hanseníase.

Palavras-chave: Hanseníase. Adesão à medicação. Saúde.

ADHERENCE TO PHARMACOLOGICAL THERAPY IN PATIENTS WITH HANSEN'S DISEASE

Abstract

Hansen's disease, a chronic infectious disease caused by *Mycobacterium leprae*, is considered a major public health issue. Adherence to pharmacological therapy contributes to the patient's quality of life and to interrupting the disease transmission chain. Hence, this study analyzes adherence to multidrug therapy in patients with Hansen's disease treated at a specialized care service in Rondonópolis, Mato Grosso, Brazil. A quantitative, descriptive research was carried out with 63 patients diagnosed with Hansen's disease and treated at the Specialized Care Service of the municipality of Rondonópolis. Adherence was analyzed using the Morisky-Green test. A total of 31 (49.2%) patients were classified as adherent to treatment. The lowest frequency of adherence was observed in women, aged 51 to 59 years, white, family income ≥ 2 minimum wages, with up to eight years of schooling, without partners, and with a sewage system in their homes. Statistical difference was observed for the variables gender ($p=0.036$), detection mode ($p=0.008$), and clinical form ($p=0.028$). Results showed low adherence to multidrug therapy. Women, patients with referral detection or collective exams, with undetermined clinical form, tuberculoid or Lepromatous leprosy, are less adherent to polychemotherapy. The findings indicate the need to adopt measures that seek to promote better adherence to pharmacological therapy among patients with Hansen's disease.

Keywords: Hansen's disease. Medication adherence. Health.

Resumen

La lepra es una enfermedad infecciosa crónica causada por *Mycobacterium leprae* y considerada un grave problema de salud pública. La adherencia a la terapia farmacológica contribuye a la calidad de vida del paciente y a la interrupción de la cadena de transmisión de la enfermedad. Este estudio tuvo como objetivo analizar la adherencia a la poliquimioterapia en pacientes con lepra seguidos en un servicio de atención especializado en la ciudad de Rondonópolis, en Mato Grosso (Brasil). Se trata de un estudio descriptivo, de tipo cuantitativo. Participaron en la investigación 63 pacientes diagnosticados de lepra, seguidos en el Servicio de Atención Especializado del Municipio de Rondonópolis. Para analizar la adherencia se utilizó la prueba de Morisky-Green. Un total de 31 (49,2%) pacientes fueron clasificados como adherentes al tratamiento. La menor frecuencia de adherencia se observó en mujeres, en el grupo de edad de entre 51 y 59 años, de color autodeclarado blanco, renta familiar mayor o igual a 2 salarios mínimos, con nivel de educación hasta ocho años, sin pareja y que tenían red de alcantarillado en sus hogares. Hubo diferencia estadística para la variable sexo ($p = 0,036$), modo de detección ($p = 0,008$) y forma clínica ($p = 0,028$). Los resultados indicaron una baja adherencia a la poliquimioterapia. Las mujeres, los pacientes con modo de detección por derivación o exámenes colectivos, con forma clínica indeterminada, tuberculoide o virchowiana fueron los menos adherentes a la poliquimioterapia. Los resultados indican la necesidad de adoptar medidas que busquen promover una mejor aceptación de la terapia farmacológica entre los pacientes con lepra.

Palabras clave: Lepra. Cumplimiento de la medicación. Salud.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de evolução crônica, causada pelo bacilo álcool-ácido resistente *Mycobacterium leprae*. O microrganismo apresenta afinidades com a pele e os nervos periféricos, ocasionando lesões cutâneas, podendo haver perda de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil^{1,2}. A transmissão do *M. leprae* acontece principalmente pelas vias aéreas superiores, ou seja, o indivíduo infectado elimina o bacilo para o meio externo através de gotículas salivares e/ou secreções nasais, infectando indivíduos suscetíveis^{1,3,4,5,6}.

A doença é um grave problema de saúde pública. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2016, foram detectados 214.783 casos novos em 143 países, sendo 2,9/100.000 habitantes. O Brasil é considerado o segundo país com maior número de

casos no mundo. No mesmo ano, foram notificados 25.218 casos novos, correspondendo a 2,2/100.000 habitantes⁷. Em Mato Grosso, nos anos de 2012 a 2016, a taxa média de detecção de casos novos de hanseníase foi de 88,9/100.000 habitantes, o que o torna o estado com maior incidência da doença no país no referido período⁸. O município de Rondonópolis perpetua as altas estatísticas do estado⁹. No ano de 2019, foram notificados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificações 136 casos novos da doença¹⁰.

De acordo com a OMS, os indivíduos diagnosticados com hanseníase são classificados de acordo com a forma operacional em paucibacilares e em multibacilares. Há também a classificação de Madri, baseada nas formas clínicas da doença, identificadas como indeterminada, tuberculoide, dimorfa e virchowiana. O tratamento da hanseníase é baseado em um esquema de poliquimioterapia (PQT) e envolve o uso de dapsona, rifampicina, clofazimina, ofloxacino e minociclina, e é definido com base na classificação da doença. O tratamento farmacológico só é encerrado quando todos os critérios estabelecidos forem concluídos de forma efetiva, ou seja, quando o paciente completa todo o esquema de tratamento da PQT^{3,11,12,13}.

A adesão à terapia farmacológica consiste em seguir o que foi orientado pelos profissionais de saúde. O termo “adesão” expressa um entendimento, uma compreensão e uma cooperação. O ato de não aderir à terapia farmacológica refere-se à descontinuação do tratamento, em que, em alguns momentos, há o esquecimento, podendo ocorrer durante um período ou até mesmo ser permanente. Há alguns métodos de avaliação de adesão, como a avaliação do próprio paciente, a avaliação pelo médico e o Teste de Morisky-Green (TMG), que é amplamente utilizado em estudos epidemiológicos^{14,15,16}.

Um dos principais problemas do sistema de saúde no enfrentamento da hanseníase é a não adesão à terapia medicamentosa, o que interfere na oferta de uma assistência à saúde efetiva aos indivíduos¹⁷. No Brasil, a não adesão à terapia farmacológica é apontada como uma das principais causas do subcontrole da hanseníase, uma vez que essa prática poderá ocasionar o desenvolvimento de resistência aos antibióticos, incapacidades físicas e permanência da cadeia de transmissão¹⁸.

A partir do conhecimento de que a adesão ao tratamento medicamentoso é um processo multicausal que envolve o indivíduo em sua totalidade e o contexto sociocultural no qual está inserido, torna-se relevante identificar os aspectos sociodemográficos e clínicos relacionados à adesão à terapia medicamentosa em pacientes com hanseníase. A compreensão desse processo poderá auxiliar na promoção de medidas que busquem melhorar a adesão, contribuindo para o sucesso terapêutico e a interrupção da cadeia de transmissão da doença. Nesse contexto, o presente estudo teve por objetivo analisar a adesão à terapia medicamentosa em pacientes com hanseníase acompanhados em um serviço de atendimento especializado do município de Rondonópolis (MT).

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa do tipo quantitativa e transversal, realizada no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) Abel Christian de Melo, na cidade de Rondonópolis (MT). Esse serviço é responsável por atender toda a demanda de pacientes com doenças infectocontagiosas da região sul do estado, o que inclui aqueles com hanseníase, tuberculose, HIV/aids, hepatites virais e, também, crianças com microcefalia.

Foram incluídos no estudo os indivíduos de ambos os gêneros que estavam realizando tratamento farmacológico, maiores de 18 anos e que compareceram ao SAE no mês de setembro de 2019. Foram excluídos aqueles que não aceitaram participar da pesquisa. O serviço atende uma média mensal de oitenta pacientes com hanseníase. No mês de setembro, compareceram ao SAE 66 indivíduos, os quais foram convidados a participar da pesquisa. Houve três recusas, totalizando 63 usuários.

A coleta de dados foi realizada de 2 a 30 de setembro de 2019, em uma sala reservada no SAE. Foi aplicado um questionário contendo questões fechadas e abertas abrangendo informações quanto aos aspectos sociodemográficos e ao uso de medicamentos. Para garantir a padronização na coleta de dados, foi realizado um teste-piloto com dez indivíduos não incluídos na presente pesquisa. Os pesquisadores foram previamente treinados em como abordar os participantes e registrar as informações nos formulários. Os dados clínicos foram coletados dos prontuários dos pacientes com um instrumento padronizado.

Para avaliar a adesão farmacológica à PQT, foi utilizado o TMG¹⁹, o qual é composto por quatro questões que identificam atitudes e comportamentos dos pacientes com relação ao tratamento medicamentoso, sendo elas: (1) Você alguma vez esqueceu de tomar seu medicamento? (2) Você, às vezes, é descuidado com o horário de tomar seu medicamento? (3) Quando está se sentindo bem, alguma vez deixa de tomar seu medicamento? (4) Se você se sentir pior ao tomar o medicamento, você, às vezes, para de tomá-lo? Os pacientes responderam apenas “sim” ou “não”, e foram classificados como aderentes aqueles que responderam a todas as questões de forma negativa.

As variáveis analisadas foram agrupadas em três categorias: sociodemográficas (gênero, idade, escolaridade, renda, cor, situação conjugal, acesso à rede de esgoto); clínicas (modo de entrada para o tratamento, modo de ingresso, forma clínica, números de contatos, comorbidades, histórico familiar, visita de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e uso da Estratégia Saúde da Família (ESF)); e uso de medicamentos (adesão à PQT, fármacos de uso contínuo, efeitos indesejáveis e orientações quanto à PQT).

Os dados foram duplamente digitados no programa Excel 2010. Para o procedimento de validação, os bancos foram comparados, e, após correção, foi obtido o banco

de dados definitivo. Foi realizada a análise descritiva dos dados. Para comparação dos dados nominais, foi utilizado o teste de Qui-quadrado (χ^2). Quando as amostras de comparação apresentaram valores ≤ 5 , foi utilizado o teste Exato de Fisher. O valor de significância adotado para todas as análises foi de $p < 0,05$. Foi utilizado o programa SPSS Statistics 26.0 for Windows® (Statistical Package for Social Sciences) (SPSS Inc, Chicago, IL, USA, 2008).

Este trabalho seguiu os preceitos éticos em pesquisa de acordo com a Resolução CNS n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, e faz parte da pesquisa intitulada "Hanseníase: análise dos casos e da gestão do programa em um município hiperendêmico", aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Rondonópolis, CAEE n. 97441618.2.0000.8088, Parecer n. 3.036.673. Todos os participantes do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

A maioria dos participantes da pesquisa era do sexo masculino (63,5%);, na faixa etária de 30 a 50 anos (44,4%), de cor autodeclarada parda (58,7%) e possui renda maior que dois salários mínimos (54,0%). Uma frequência dos entrevistados estudou até oito anos (69,8%), tinha companheiro(a) (62,9%) e possuía rede de esgoto em sua residência (60,3%).

A partir da aplicação do TMG, foram classificados como aderentes à terapia farmacológica 31 pacientes (49,2%). As menores frequências de adesão foram observadas nas mulheres (30,4%), indivíduos na faixa etária de 51-59 anos (36,84%), de cor autodeclarada branca (41,18%), renda familiar maior ou igual a dois salários mínimos (44,11%), com até oito anos de estudo (43,19%), sem companheiros (46,16%) e que possuíam rede de esgoto em suas residências (47,37%). Observou-se diferença estatística ($p = 0,036$) apenas para a variável sexo. A **Tabela 1** apresenta esses dados.

Quanto aos aspectos clínicos, observou-se que a maioria era de casos novos (74,6%), com modo de ingresso para tratamento do tipo encaminhamento ou exame de coletividade (61,9%), forma clínica dimorfa (60,3%), continha até 4 contatos intradomiciliares (68,3%), não possuía comorbidades (57,1%), não fazia uso de outra medicação além da PQT (60,3%), não possuía histórico familiar da doença (57,1%), recebia visita de ACS (60,3%) e tinha acesso à ESF (84,1%).

A avaliação das características clínicas e da adesão ao tratamento medicamentoso revelou que as menores frequências de adesão foram identificadas nos indivíduos que não eram casos novos da doença (43,75%), identificados por exames de coletividade (35,90%). A forma clínica foi indeterminada, tuberculoide e virchowiana

(30,43%), número de contatos intradomiciliares maior que 4 pessoas (45,46%), não possuem comorbidades (44,44%), utilizam medicação de uso contínuo (48,00%), histórico familiar de hanseníase (48,15%), não recebem visita de ACS (48,00%) e têm acesso à ESF (47,17%). A análise estatística dos dados clínicos evidenciou diferença significativa para as variáveis modo de detecção ($p = 0,008$) e forma clínica ($p = 0,028$). Esses dados estão representados na **Tabela 2**.

Tabela 1 – Características sociodemográficas de pacientes com hanseníase de acordo com a adesão ao tratamento farmacológico. Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil – 2019

Variáveis	Aderente n = 31 n (%)	Não aderente n = 32 n (%)	Total n = 63 n (%)	Valor de p*
Sexo				
Feminino	7 (30,4)	16 (69,6)	23 (35,50)	0,036
Masculino	24 (60)	16 (40)	40 (63,50)	
Idade (anos)				
30-50	15 (53,57)	13 (46,43)	28 (44,40)	0,427
51-59	7 (36,84)	12 (63,16)	19 (30,20)	
≥ 60	9 (56,25)	7 (43,75)	16 (25,40%)	
Cor/Etnia				
Branca	7 (41,18)	10 (58,82)	17 (27,00)	0,770
Parda	19 (51,36)	18 (48,64)	37 (58,70)	
Preta	5 (55,56)	4 (44,44)	8 (14,30)	
Renda familiar mensal				
≤ 1 salário mínimo	16 (55,18)	13 (44,82)	29 (46,00)	0,453
≥ 2 salários mínimos	15 (44,11)	19 (55,89)	34 (54,00)	
Escolaridade				
Até 8 anos	19 (43,19)	25 (56,81)	44 (69,80)	0,177
Mais de 8 anos	12 (63,16)	7 (36,84)	19 (30,20)	
Situação Conjugal**				
Sem companheiro	18 (46,16)	21 (53,84)	39 (62,90)	0,793
Com companheiro	12 (52,1)	11 (47,82)	23 (37,10)	
Rede de Esgoto				
Não	13 (52,00)	12 (48,00)	25 (39,70)	0,799
Sim	18 (47,37)	20 (52,63)	38 (60,30)	

Fonte: Elaboração própria.

*Qui-quadrado (χ^2) ou Exato de Fisher quando as amostras de comparação apresentaram valores ≤ 5 ; ** dados de um paciente não foi coletado n = 62.

Entre os pacientes estudados, 93,65% ($n = 59$) realizam esquema terapêutico de 12 meses. Foram relatados efeitos adversos à PQT por 65,1% dos participantes ($n = 41$). Os mais citados foram fraqueza/cansaço (24,28%, $n = 17$), náusea (10,0%, $n = 7$), mal-estar (8,57%, $n = 6$) e dor no estômago (7,14%, $n = 5$).

Tabela 2 – Características clínicas de pacientes com hanseníase acompanhados em um serviço de referência de acordo com a adesão ao tratamento farmacológico. Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil – 2019

Variáveis	Aderente n = 31 n (%)	Não Aderente n = 32 n (%)	Total n = 63 n (%)	Valor de p*
Modo de entrada				
Caso novo	24 (51,07)	23 (48,93)	47 (74,60)	0,774
Outros	7 (43,75)	9 (56,25)	16 (25,40)	
Modo de ingresso para tratamento				
Demanda espontânea	17 (73,91)	6 (26,09)	23 (36,50)	0,008
Encaminhamento ou exame coletividade	14 (35,90)	25 (64,10)	39 (61,90)	
Forma Clínica**				
Dimorfa	22 (57,90)	16 (42,10)	38 (60,30)	0,028
Indeterminada, Tuberculoide ou virchowiana	7 (30,43)	16 (69,57)	23 (36,50)	
Nº contatos***				
Até 4	20 (46,51)	23 (53,49)	43 (68,30)	1,000
Mais que 4	5 (45,46)	6 (54,54)	11 (17,50)	
Comorbidades				
Não	16 (44,44)	20 (55,56)	36 (57,10)	0,450
Sim	15 (55,56)	12 (44,44)	27 (42,90)	
Medicamentos de uso Contínuo				
Não	19 (50,00)	19 (50,00)	38 (60,30)	1,000
Sim	12 (48,00)	13 (52,00)	25 (39,70)	
Histórico familiar				
Não	18 (50,00)	18 (50,00)	26 (57,10)	1,000
Sim	13 (48,15)	14 (51,85)	27 (42,90)	
Visita de ACS				
Não	12 (48,00)	13 (52,00)	25 (39,70)	1,000
Sim	19 (50,00)	19 (50,00)	38 (60,30)	
Utiliza a ESF				
Não	6 (60,00)	4 (40,00)	10 (15,90)	0,509
Sim	25 (47,17)	28 (52,83)	53 (84,10)	

Fonte: Elaboração própria.

*Qui-quadrado (χ^2) ou Exato de Fisher quando as amostras de comparação apresentaram valores ≤ 5 ; ** dados de alguns pacientes não estavam registrados no prontuário. ACS: Agente Comunitário de Saúde. ESF: Estratégia Saúde da Família.

DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico dos pacientes estudados foi caracterizado por homens, adultos, de cor parda, renda igual ou maior que dois salários mínimos e com até oito anos de estudo. Um estudo realizado por Zanardo et al.²⁰ mostrou uma maior prevalência de homens, na faixa etária entre 50 e 69 anos, de cor branca, renda familiar de um salário mínimo e com nível de escolaridade ensino fundamental incompleto dos pacientes com hanseníase na atenção básica de saúde de São Luís de Montes Belos (GO). Simões et al.²¹ verificaram que a

média de idade dos pacientes com hanseníase de Uberaba (MG) foi de 53,8 anos, a maioria era do sexo masculino, cursou até oito anos de estudo e possuía renda familiar inferior a três salários mínimos.

Neste estudo, a análise do perfil clínico dos indivíduos com hanseníase indicou predomínio da forma clínica dimorfa, corroborando estudos prévios^{22,23,24}. A maior incidência da forma clínica dimorfa, da classificação operacional MB, pode ser um indicativo de que o diagnóstico da doença está sendo tardio, além disso, essa forma é a mais transmissível e potencialmente incapacitante²⁵. O modo de ingresso predominante foi por encaminhamento ou exame de coletividade, semelhante a uma pesquisa realizada com pacientes admitidos para tratamento da hanseníase no hospital de referência do estado da Bahia, em que a forma de ingresso mais observada foi o encaminhamento²².

A partir da aplicação do TMG nos pacientes acompanhados em um serviço de referência de Rondonópolis, verificou-se que 49,2% foram classificados como aderentes. Estudo realizado em um centro de referência em dermatologia de Fortaleza (CE) verificou que 37,1% dos pacientes foram aderentes ao tratamento da hanseníase²⁶. Deve-se resgatar a confiança do paciente na adesão ao tratamento da hanseníase para obter a cura e prevenir as deformações ocasionadas pela não adesão ao tratamento medicamentoso, além de se interromper a cadeia de transmissão da doença. Além disso, a manutenção da doença pode perpetuar todos os transtornos que a doença traz à qualidade de vida do paciente²⁷.

Na presente pesquisa, os participantes com menores prevalências de adesão são os indivíduos do sexo feminino, na faixa etária de 51-59 anos, de cor autodeclarada branca, renda familiar igual ou superior a dois salários mínimos, que estudaram até oito anos, sem companheiros e que possuíam rede de esgoto em suas residências. Cunha et al.²⁸ evidenciaram que os pacientes em controle de reações hansênicas que menos aderiram ao tratamento eram do sexo masculino, com idade entre 25 e 45 anos, solteiros, com ensino médio e renda familiar igual ou maior que um salário mínimo. Identificar os grupos que apresentam maiores dificuldades em aderir à PQT é essencial para que sejam planejadas ações direcionadas e efetivas para a promoção da adesão, contribuindo para a redução de recidivas e desenvolvimento de resistência microbiana.

Ao se compararem as características sociodemográficas, verificou-se diferença estatística para a variável sexo, em que as mulheres apresentaram as menores prevalências de adesão. Diferentemente de nosso resultado, Abraçado et al.¹² verificaram que o único fator associado à adesão ao tratamento foi o sexo, em que os homens apresentaram, aproximadamente, três vezes mais chances de não aderir do que as mulheres.

Um resultado relevante apontado pela presente pesquisa foi de uma menor adesão ao tratamento entre os indivíduos com menor tempo de estudo. A menor escolaridade pode gerar dificuldades quanto à compreensão do tratamento. Nesse sentido, a equipe de saúde deve estar atenta a esses pacientes no momento da orientação e dos esclarecimentos a respeito da doença, para que não aconteça o abandono da terapia medicamentosa por parte do paciente¹².

Outro dado importante observado foi que a maioria dos indivíduos classificados como não aderentes frequenta a ESF. Segundo Cunha et al.²⁸, uma boa parte das causas da não adesão ao tratamento é oriunda dos próprios pacientes, mas, também, deve-se avaliar uma possível corresponsabilidade dos profissionais da saúde para que aconteça a adesão por parte do paciente de forma efetiva. Nesse sentido, torna-se relevante ampliar o diálogo entre os profissionais e pacientes tanto no momento do diagnóstico quanto na dispensação de medicamentos, nas visitas domiciliares, atividades em grupo, utilizando-se esses espaços para orientação e promoção da adesão terapêutica¹⁸.

Relacionando as características clínicas de pacientes com hanseníase de acordo com a adesão ao tratamento farmacológico a partir da análise estatística dos dados clínicos, evidenciou-se diferença significativa para a variável forma clínica, em que os pacientes com forma clínica indeterminada, tuberculoide ou virchowiana apresentaram menor adesão. A literatura aponta que as formas multibacilares exigem tratamento mais prolongado e que esse fato deve interferir na adesão à PQT²⁸. A grande maioria dos pesquisados estava sob regime de tratamento de 12 meses, de modo que outro fator desconhecido poderia estar interferindo nesse resultado.

A análise estatística dos dados clínicos indicou que os pacientes que ingressaram para tratamento por encaminhamento ou exame de coletividade apresentaram menores índices de adesão. Provavelmente, no tratamento por demanda espontânea exista uma motivação a mais por parte do usuário para aderir ao tratamento. Ao mesmo tempo, percebe-se a necessidade de reforçar junto aos profissionais de saúde a importância do acompanhamento e da orientação, tendo em vista que o serviço deve realizar o acolhimento com esses indivíduos, para que não ocorra uma falha no seguimento terapêutico.

Como limitações do presente estudo, pode-se citar a amostra populacional restrita a um grupo de pacientes que compareceram para acompanhamento em um serviço de referência. Estudos futuros englobando uma amostra mais representativa do município deverão ser realizados. Outra questão refere-se aos dados clínicos que foram coletados de prontuários. Em alguns pacientes, as informações estavam incompletas. Apesar dessas limitações, o estudo trouxe importantes informações sobre o perfil de adesão/não adesão à PQT e poderá contribuir para uma melhor compreensão dos fatores relativos a essa prática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pacientes com hanseníase acompanhados por um serviço de referência de Rondonópolis-MT apresentaram uma baixa prevalência de adesão à PQT. Mulheres, indivíduos com forma clínica indeterminada, tuberculoide ou virchowiana, e aqueles que ingressaram para tratamento por encaminhamento ou exame de coletividade evidenciaram as menores prevalências de adesão. Os resultados indicam a necessidade de adoção de medidas que busquem promover uma melhor aceitação à terapia farmacológica entre os pacientes com hanseníase.

Faz-se necessário que os serviços de saúde realizem capacitações para os profissionais, para que estejam sempre aptos a fornecer orientações de forma correta para aqueles que estejam em tratamento, promovendo a adesão à terapia farmacológica e sensibilizando o paciente sobre a importância do uso correto das medicações, do autocuidado e da autorresponsabilização.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Letícia S. Goulart, Josiéle Gomes de Oliveira, Rauni Jandé Roama Alves, Débora Aparecida da Silva Santos.
2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Josiéle Gomes de Oliveira, Isabella Ancantara de Oliveira e Danielle Conceição de Barros Costa Valério.
3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Letícia S. Goulart.
4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Letícia Silveira Goulart.

REFERÊNCIAS

1. Ceretta DR, Rotoli A, Cargnin MCS, Aires M. Grupo de educação em saúde como ferramenta de trabalho com agentes comunitários de saúde: prevenção da hanseníase. *Rev Enferm.* 2012;8(8):208-17.
2. Sousa AA, Oliveira FJF, Costa ACPJ, Santos Neto M, Cavalcante EFO, Ferreira AGN. Adesão ao tratamento da hanseníase por pacientes acompanhados em unidades básicas de saúde de Imperatriz-MA. *SANARE.* 2013;12(1):6-12.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia prático sobre a hanseníase. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
4. Romanholo HSB, Souza EA, Ramos Júnior AN, Kaiser ACGCB, Silva IO, Brito AL, et al. Vigilância de contatos intradomiciliares de hanseníase: perspectiva do usuário em município hiperendêmico. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(1):175-81.

5. Pavão GC, Caseiro MM, Gagliani, LH. Hanseníase: aspectos clínicos, epidemiológicos, tratamento e diagnóstico laboratorial no Brasil. *Rev UNILUS Ensino e Pesquisa*. 2018;15(39):41-51.
6. Stafin I, Guedes VR, Mendes SUR. Diagnóstico precoce de hanseníase e ações estratégicas para a sua detecção. *Rev Patol Tocantins*. 2018;5(2):67-73.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Hanseníase: Situação epidemiológica e estratégias de prevenção, controle e eliminação das doenças tropicais negligenciadas no Brasil, 1995 a 2016. *Boletim Epidemiológico*. 2018;49(49).
8. Mato Grosso (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Plano estratégico para enfrentamento da hanseníase. Cuiabá (MT): Secretaria de Estado de Saúde; 2018.
9. Rosa GR, Lima MM, Brito WI, Moreira AM. Análise da completude de incapacidade em hanseníase da regional de saúde de Rondonópolis/MT. *Rev Gestão & Saúde*. 2016;7(1):82-95.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Acompanhamento dos dados de hanseníase – Mato Grosso [Internet]. 2022 [citado em 2022 maio 4]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/hanswmt.def>
11. Obadia DL, Verardino G, Alves MFGS. Hanseníase: correlação clínico-histopatológica. *Rev Hospital Universitário Pedro Ernesto UERJ*. 2011;10(1):20-3.
12. Abraçado MFS, Cunha MHCM, Xavier MB. Adesão ao tratamento de hanseníase em pacientes com episódios reacionais hansênicos em uma unidade de referência. *Rev Pan-Amaz Saúde*. 2015;6(2):23-8.
13. Borges DPL, Reis ACSM, D'Ávila VGFC, Barbosa MS, Ternes YMF, Santiago SB, et al. Hanseníase: imunopatogenia e aspectos terapêuticos. *Saúde e Ciência em Ação*. 2016;3(1):108-17.
14. Assunção TS, Ursine PGS. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. *Ciênc Saúde Colet*. 2008;13(2):2189-97.
15. Bloch KV, Melo AN, Nogueira AR. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(12):2979-84.
16. Gewehr DM, Bandeira VAC, Gelatti GT, Colet CF, Oliveira KR. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate*. 2018;42(16):179-90.
17. Kasper MD, Vargas TG, Santos AS, Raasch JR, Betti AH, Perassolo MS. Adesão à terapia medicamentosa e qualidade de vida de usuários de uma unidade

- de saúde da família de Novo Hamburgo – RS. Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde. 2018;8(4):11-7.
18. Lira RMN, Silva MVS, Gonçalves GB. Factors related to abandonment or interruption of leprosy treatment: na integrative literature review. Rev Enferm UFPI. 2017;6(4):53-8.
 19. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Medical Care. 1986;24:66-74.
 20. Zanardo, TS, Santos SM, Oliveira VCC, Mota RM, Mendonça BOM, Nogueira DS, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase na atenção básica de saúde de São Luís de Montes Belos, no período de 2008 a 2014. Rev Faculdade Montes Belos. 2016;9(2):77-141.
 21. Simões S, Castro SS, Scatena LM, Castro RO, Lau FA. Qualidade de vida dos portadores de hanseníase num município de médio porte. Medicina (Ribeirão Preto). 2016;49(1):60-7.
 22. Pinto RA, Maia HF, Silva MAF, Marback M. Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes notificados com hanseníase em um hospital especializado em Salvador, Bahia. Rev Baiana Saúde Pública. 2011;34(4):906-18.
 23. Campos MRM, Batista AVA, Guerreiro JV. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase na Paraíba e no Brasil, 2008-2012. Rev Bras Ciênc Saúde. 2018;22(1):79-86.
 24. Martins M, Siqueira LA, Zolli CA, Amâncio NFG. Perfil dos pacientes cadastrados com hanseníase no centro clínico universitário em Patos de Minas. Rev Med (São Paulo). 2019;98(5):304-8.
 25. Costa AKAN, Pfrimer IAH, Menezes AMF, Nascimento LB, Filho JRC. Aspectos clínicos e epidemiológicos da hanseníase. Rev Enferm UFPE On Line. 2019;13(1):353-62.
 26. Lira KB, Leite JJG, Maiab DCBSC, Freitas RMF, Feijão AR. Knowledge of the patients regarding leprosy and adherence to treatment. Braz J Infect Dis. 2012;16(5):472-5.
 27. Luna IT, Beserra EP, Alves MDS, Pinheiro PNC. Adesão ao tratamento da hanseníase: dificuldades inerentes aos portadores. Rev Bras Enferm. 2010;63(6):983-90.
 28. Cunha MHCM, Xavier MB, Pires CA, Oliveira MS. Episódios reacionais hansênicos: estudo de fatores relacionados com adesão ao tratamento em uma unidade de referência. Hansen Int. 2013;38(1-2):61-7.

Recebido: 8.3.2021. Aprovado: 22.3.2022.