



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E**  
**DESENVOLVIMENTO NA REGIÃO CENTRO-OESTE**



**ANA PAULA CASERTA TENCATT ABRITA**

**PREDITORES DA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO EM**  
**PACIENTES COM HANSENÍASE:**  
**UMA ANÁLISE SOCIODEMOGRÁFICA E PSICOLÓGICA**

**CAMPO GRANDE**  
**2020**



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E**  
**DESENVOLVIMENTO NA REGIÃO CENTRO-OESTE**



**ANA PAULA CASERTA TENCATT ABRITA**

**PREDITORES DA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO EM**  
**PACIENTES COM HANSENÍASE:**  
**UMA ANÁLISE SOCIODEMOGRÁFICA E PSICOLÓGICA**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do título de mestre em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro Oeste, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob a orientação do prof. Dr. Rivaldo Venâncio da Cunha e coorientação do prof. Dr. Günter Hans Filho.

**CAMPO GRANDE**  
**2020**



**Ata de Defesa de Dissertação**  
**Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste**  
**Mestrado**

Aos dezoito dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e vinte, às catorze horas, no Anfiteatro I da FAMED, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, reuniu-se a Banca Examinadora composta pelos membros: Gunter Hans Filho (UFMS), Albert Schiaveto de Souza (UFMS) e Mauricio Antonio Pompilio (UFMS), sob a presidência do primeiro, para julgar o trabalho da aluna: **ANA PAULA CASERTA TENCATT ABRITA**, CPF 03778234145, Área de concentração em Saúde e Sociedade, do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, Curso de Mestrado, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, apresentado sob o título "**Preditores da adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com hanseníase: uma análise sociodemográfica e psicológica**" e orientação de Rivaldo Venancio da Cunha. O presidente da Banca Examinadora declarou abertos os trabalhos e agradeceu a presença de todos os Membros. A seguir, concedeu a palavra à aluna que expôs sua Dissertação. Terminada a exposição, os senhores membros da Banca Examinadora iniciaram as arguições. Terminadas as arguições, o presidente da Banca Examinadora fez suas considerações. A seguir, a Banca Examinadora reuniu-se para avaliação, e após, emitiu parecer expresso conforme segue:

**EXAMINADOR**

Dr. Gunter Hans Filho (Interno)

Dr. Albert Schiaveto de Souza (Interno)

Dra. Ana Lucia Lyrio de Oliveira (Interno) (Suplente)

Dr. Mauricio Antonio Pompilio (Externo)

ASSINATURA

AValiação

APROVADA

APROVADA

APROVADA.

**RESULTADO FINAL:**

☒ Aprovação

☐ Aprovação com revisão

☐ Reprovação

**OBSERVAÇÕES:**

Nada mais havendo a ser tratado, o Presidente declarou a sessão encerrada e agradeceu a todos pela presença.

Assinaturas:

Presidente da Banca Examinadora

Aluna

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de agradecer inicialmente a Deus pelo dom da vida, pela minha saúde e por não me desamparar mesmo nos momentos difíceis.

À minha família, que sempre me forneceu o suporte necessário, seja ele financeiro ou emocional, para que eu pudesse lutar pelos meus sonhos. Obrigada também por serem exemplos de bons cidadãos, seres humanos e profissionais. Amo vocês até o infinito!

Ao meu marido, Mateus Boldrine Abrita, por sempre estar ao meu lado. Obrigada por ter a palavra certa, no momento certo, para me fortalecer e dissolver qualquer sentimento negativo. Obrigada por ter suportado meus momentos ruins durante esses dois anos da pós-graduação. Agradeço também por ter me permitido adotar nossas duas filhinhas de pelos, Olívia e Nívea, que além de alegrarem nossa casa, me fizeram companhia nas muitas horas em frente ao computador.

À minha amiga querida, Érica de Moraes Santos Corrêa, por ser uma grande fonte de inspiração não só como profissional, mas como mulher e mãe. Obrigada por todos os momentos de descontrações, pelos pães assadinhos na hora, por sempre fazer minha salada favorita quando sabia que eu ia para sua casa... Guardarei esses momentos com todo o amor. Obrigada também ao seu esposo, Jefferson, por todo carinho e por ser o melhor parceiro de jogo de cartas.

À minha amiga, Camila Nogueira, por ser a pessoa mais doce e querida que já conheci. Obrigada pelas muitas horas de conversa sobre nossas séries favoritas... Por me mostrar o mundo fantástico dos seres microscópicos, e por me provar que existe beleza até mesmo em um fungo, se nos permitirmos observá-lo por um ângulo diferente.

Aos membros da Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, por todos os ensinamentos, conversas e apoio. Em especial ao Ademir Jr., secretário do programa, que sempre foi muito paciente e solícito comigo e à coordenadora Alexandra Maria Almeida Carvalho, por toda atenção dirigida ao corpo discente.

Ao meu querido orientador, prof. Rivaldo Venâncio da Cunha, por ser um exemplo de profissional e professor. Obrigada “prof.”, por sempre ser a calma necessária para que eu pudesse fazer minha travessia por esse mundo caótico da pós-graduação. Obrigada por ser

meu oposto, sempre otimista, na paz... Essa oposição me equilibrou em diversos momentos. É um imenso prazer poder dizer que o senhor é meu orientador!

Ao meu querido coorientador, Dr. Günter Hans Filho, por todos os ensinamentos e atenção dedicados a mim. O senhor sempre foi e sempre será uma referência de profissional e ser humano para mim. Obrigada por tudo!

Ao querido professor Dr. Albert Schiaveto de Souza, por sempre se disponibilizar a me ajudar. Agradeço imensamente por todo apoio e generosidade!

Aos queridos colegas de turma de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste. Agradeço de todo coração a todos, em especial Eliza, Alessandra, Suzy, Júnior, Patrícia, César e Michel. Fico muito feliz por ter feito amigos para a vida toda! Amo vocês!

À toda equipe do hospital São Julião, pela recepção calorosa e com aquela impressão de “você sempre fez e fará parte dessa equipe”. Sem vocês, esse trabalho não teria acontecido, e por isso, sou eternamente grata a todos. Mas, gostaria de agradecer especialmente à Irmã Silvia, por ser um exemplo de ser humano. Também à Gabry, Lino, Dr. Augusto, Dr. Maurício Pompílio, Rejane, Fabiana, Luana, Laura, Cláudia... Vocês são muito especiais para mim. Obrigada por tudo!

À toda equipe do Hospital Universitário, em especial a Dra. Elza Garcia, por sempre me auxiliarem e encorajarem ao longo do mestrado.

À CAPES, por ter fornecido fomento para que minha pesquisa, bem como a de muitos colegas pelo Brasil a fora, pudesse sair do papel. Obrigada de todo coração por acreditar na ciência.

A todas as pessoas acometidas pela hanseníase, que ainda sofrem pelo preconceito e exclusão. Obrigada a todos que disponibilizaram um momento para participarem da pesquisa, compartilhando comigo seus sofrimentos e expectativas. Graças a vocês, pude ver o mundo em sua forma mais crua e real, e isso não tem preço. Pelo exemplo de vocês, aprendi que apesar das adversidades é possível se manter puro de coração, honesto e otimista. Desejo que de alguma forma, por esse trabalho, eu possa ter retribuído o bem que vocês fizeram e fazem a mim.

Ao meu querido médico cardiologista, Dr. Edilberto Figueiredo, por cuidar muito bem do meu coração desde meu diagnóstico, em março de 2014. Obrigada por ter me mostrado na prática que é possível fazer um atendimento de saúde humanizado, mesmo na pressa do dia a dia. Obrigada também por ter sido muito mais que um médico e ter me amparado nos momentos mais difíceis do caminho, acolhendo minhas angústias e medos.

À minha eterna analista, Leila Tannous Guimarães, por ter me permitido dar vazão a toda intensidade que habita em mim. Obrigada por ter segurado minha ansiedade, ter me dado aquele “vai, pode ir! Vai dar certo!” nos momentos cruciais da minha vida... E principalmente, por ter me mostrado a beleza que existe em nossas limitações, e até mesmo em nossos fracassos. Graças a eles, novos caminhos surgem, e, por vezes, podemos ser mais felizes e realizados do que imaginávamos ser capazes. Obrigada por mesmo conhecendo todas as minhas limitações e defeitos, ter me apontado todas as potencialidades. Serei eternamente grata a você!

E por fim, sem a menor intenção de soar presunçosa, gostaria de agradecer a “Ana Paula” de dois anos atrás. Obrigada por ter acreditado em si mesma e se candidatado ao mestrado, mesmo estando recém-chegada em Campo Grande. Obrigada por ter superado o medo do ‘não’ e por ter se dado uma segunda chance...

*Por detrás da alegria e do riso, pode haver uma natureza vulgar, dura e insensível. Mas, por detrás do sofrimento, há sempre sofrimento. Ao contrário do prazer, a dor não tem máscara.*

**Oscar Wilde**

## RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo identificar preditores da adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com diagnóstico de hanseníase atendidos no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian – EBSEH e Hospital São Julião, em Campo Grande – MS. Trata-se de um estudo do tipo transversal, de cunho descritivo e correlacional. A amostra foi composta por 68 participantes com diagnóstico de hanseníase e em fase de tratamento com poliquimioterapia. Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados: Entrevista Estruturada, a *Depression Anxiety and Stress Scale – Short Form* (DASS-21), Teste de *Morisky-Green* (TMG) e dados secundários provenientes de prontuários. A análise de dados foi realizada por meio do programa estatístico SPSS, versão 23.0, considerando um nível de significância de 5%. Quanto ao perfil sociodemográfico dos participantes, houve predomínio do sexo masculino (67,6%), com companheiro(a) (64,7%) e baixa escolaridade (67,6%). Já em relação à classificação operacional da hanseníase e ao grau de aderência ao tratamento medicamentoso, houve predomínio de casos multibacilares (92,6%), forma mais grave da doença, e um alto índice de não aderidos (47,1%). Com base nas análises realizadas, os participantes classificados como não aderentes pelo TMG apresentaram uma média de escore significativamente superior em todos os domínios avaliados pelo DASS-21 quando comparados com os participantes considerados aderentes. Esse dado aponta para a maior severidade de sintomas quanto à depressão, ansiedade e estresse no grupo considerado como não aderido ao tratamento pelo teste TMG. Já em relação às variáveis sociodemográficas, não foram identificadas associações com a adesão. Portanto, os testes de comparação e associação indicaram haver associação significativa entre sintomas de depressão, ansiedade e estresse e o grau de adesão ao tratamento medicamentoso no contexto da hanseníase. Nesse sentido, reforça a necessidade de atendimento interdisciplinar nesse contexto.

Palavras-Chave: Hanseníase; Adesão ao tratamento; Aspectos psicológicos.

## **ABSTRACT**

This study aims to identify predictors of adherence to drug treatment in patients diagnosed with leprosy treated at the Maria Aparecida Pedrossian University Hospital - EBSEH and the São Julião Hospital, in Campo Grande - MS. This is a cross-sectional, descriptive and correlational study. The sample consisted of 68 participants diagnosed with leprosy and undergoing treatment with multidrug therapy. For data collection, the instruments used were: Structured Interview, Depression Anxiety and Stress Scale - Short Form (DASS-21), Morisky-Green Test (TMG) and secondary data from medical records. The instruments were applied in a single meeting per participant, with no predetermined duration, in a room of the dermatology outpatient clinic of the respective hospital. Data analysis was performed using the statistical program SPSS, version 23.0, considering a significance level of 5%. As for the sociodemographic profile of the participants, there was a predominance of males (67.6%), with a partner (64.7%) and low education (67.6%). Regarding the operational classification of leprosy and the degree of adherence to multidrug treatment, there was a predominance of multibacillary cases (92.6%), the most severe form of the disease, and a high rate of non-adherents (47.1%). Based on the analyzes performed, the participants classified as non-adherent by the TMG had a mean score significantly higher in all domains assessed by DASS-21 when compared with the participants considered adherent. This data points to the greater severity of symptoms regarding depression, anxiety and stress in the group considered as not adhering to treatment by the TMG test. In relation to sociodemographic variables, associations with adherence were not identified. Therefore, the comparison and association tests indicated that there was a significant association between symptoms of depression, anxiety and stress and the degree of adherence to drug treatment in the context of leprosy. In this sense, it reinforces the need for interdisciplinary care in this context.

**Keywords:** Leprosy; Adherence to treatment; Psychological Aspects.

## LISTA DE TABELAS

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1 – Distribuição dos participantes de acordo com sexo, estado civil, filhos e escolaridade .....                                                                                                                                                                                                                                                                | 27 |
| Tabela 2 – Resultados da avaliação da associação entre a aderência ao tratamento de PQT, de acordo com o TMG e as variáveis sexo, escolaridade e estado civil.....                                                                                                                                                                                                     | 29 |
| Tabela 3 – Resultados da avaliação da associação entre a aderência ao tratamento de PQT de acordo com o TMG, e as variáveis comorbidades, medicamentos ingeridos além da PQT, auto percepção de saúde, surto reacional, dor neural, necessidade de ajuda para lembrar de se medicar, dificuldades nas atividades do dia a dia e escore de conhecimentos sobre MH ..... | 30 |
| Tabela 4 – Resultados da comparação entre participantes aderentes e aqueles não aderentes ao tratamento de PQT no teste TMG, em relação às variáveis idade, escore na autoavaliação do participante sobre sua aderência ao tratamento, escore dos conhecimentos sobre MH e número de filhos.....                                                                       | 31 |
| Tabela 5 - Distribuição dos participantes de acordo com as classificações obtidas pelo DASS-21 .....                                                                                                                                                                                                                                                                   | 32 |
| Tabela 6 – Resultado da análise da comparação entre participantes aderidos e não aderidos ao tratamento medicamentoso da hanseníase, e da associação das médias dos participantes aderentes e aqueles não aderentes no teste TMG, em relação às classificações obtidas pelo DASS-21.....                                                                               | 33 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DASS-21 – *Depression Anxiety and Stress Scale - Short Form*

DD – Dimorfo-dimorfo

DT– Dimorfo-tuberculóide

DV– Dimorfo-virchowiano

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

HU – Hospital Universitário

MB – Multibacilar

MEMS – *Medication Event Monitoring System*

MH – Mal de hansen

OMS – Organização Mundial de Saúde

PB – Paucibacilar

PQT – Poliquimioterapia

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SPSS – *software Statistical Package for Social Sciences*

TMG – *Teste Morisky Green*

TT – Tuberculóide

VV – Virchowiano

VVS – Virchowiano-subpolar

WHO – *World Health Organization*

## SUMÁRIO

|                                                                                      |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>                                                            | <b>13</b> |
| <b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>                                                 | <b>15</b> |
| <b>2.1 Hanseníase: Breve Histórico .....</b>                                         | <b>15</b> |
| <b>2.2 Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso: Desafios inerentes .....</b> | <b>17</b> |
| <b>2.3 Fatores associados a não adesão ao tratamento de hanseníase .....</b>         | <b>19</b> |
| <b>3 OBJETIVOS .....</b>                                                             | <b>23</b> |
| <b>3.1 Objetivo Geral .....</b>                                                      | <b>23</b> |
| <b>3.2 Objetivo específico .....</b>                                                 | <b>23</b> |
| <b>4 MÉTODO .....</b>                                                                | <b>24</b> |
| <b>4.1 Participantes .....</b>                                                       | <b>24</b> |
| <b>4.2 Instrumentos .....</b>                                                        | <b>24</b> |
| <b>4.3 Procedimentos .....</b>                                                       | <b>25</b> |
| <b>4.4 Análise de dados .....</b>                                                    | <b>26</b> |
| <b>5 RESULTADOS .....</b>                                                            | <b>27</b> |
| <b>6 DISCUSSÃO .....</b>                                                             | <b>34</b> |
| <b>7 CONCLUSÃO .....</b>                                                             | <b>38</b> |
| <b>8 REFERÊNCIAS .....</b>                                                           | <b>39</b> |
| <b>APÊNDICE 1 – Entrevista Estruturada .....</b>                                     | <b>51</b> |
| <b>APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>                 | <b>54</b> |
| <b>ANEXO 1 – DASS-21 .....</b>                                                       | <b>55</b> |
| <b>ANEXO 2 – Teste Morisky-Green .....</b>                                           | <b>56</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

A hanseníase ou mal de Hansen – MH – é uma doença infecciosa, granulomatosa e de evolução crônica (TALHARI; TALHARI; PENNA, 2015). Seu agente etiológico é o *Mycobacterium leprae* (ORSINI *et al.*, 2008), descoberto pelo médico norueguês Gerhard H. A. Hansen, em 1873 (FITNESS; TOSH; HILL, 2002). Acredita-se que a doença, caracterizada como de alta infectividade e baixa patogenicidade (BARRETO *et al.*, 2012), tem como principal forma de transmissão o contato prolongado e direto de um indivíduo susceptível com o indivíduo doente e sem tratamento (LASTÓRIA; ABREU, 2012), que elimina o bacilo no ar ao falar, tossir e espirrar (BRASIL, 2017).

Sua manifestação clínica ocorre através de sinais e sintomas dermatoneurológicos, acometendo primariamente os nervos periféricos e secundariamente a pele e sistema mononuclear fagocitário (ORSINI *et al.*, 2008; SINGH *et al.*, 2017). Segundo as diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), para se considerar o diagnóstico de hanseníase o paciente deve apresentar lesão(ões) de pele com alteração de sensibilidade, acometimento de nervo(s) com espessamento neural e/ou baciloscopia positiva. Esta etapa é imprescindível para o bom desfecho da doença que, se não diagnosticada e tratada oportunamente, pode provocar incapacidades físicas ou até mesmo deformidades (BRITTON; LOCKWOOD, 2004), impactando não só fisicamente, como nas esferas sociais e econômicas dos doentes e de sua comunidade (FITNESS; TOSH; HILL, 2002).

Com a recomendação do tratamento poliquimioterápico (PQT) pela Organização Mundial de Saúde –OMS– na década de 80 e a criação de medidas de eliminação da hanseníase houve a queda significativa de sua prevalência no âmbito mundial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016a). Infelizmente, o Brasil, juntamente com a Índia e Indonésia, fazem parte dos poucos países que vem enfrentando dificuldades no controle da doença, não atingindo a meta proposta pela Organização até o fim do ano de 2015 (prevalência menor que 1 caso/10.000 habitantes) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016b), o que adverte para a concentração da doença em um número limitado de países (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013, 2017).

Segundo dados fornecidos pelo boletim epidemiológico da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017), o Brasil é considerado um dos líderes mundiais em detecção da hanseníase, representando 94% de todos os novos casos registrados nas Américas. De acordo

com Nobre *et al.* (2017), em 2015 foram reportados 28.761 novos casos no país, dos quais 7,3% foram diagnosticados em crianças menores que 15 anos, indicando que a doença mantém um nível ativo de transmissão no território brasileiro. As regiões com maior taxa endêmica e de importância no controle de transmissão são a Norte, Nordeste e Centro Oeste (BRASIL, 2015). No estado do Mato Grosso do Sul, a média do coeficiente de detecção no período de 2010 a 2017 foi de 3,47/10mil habitantes, enquanto na capital, Campo Grande, a média foi de 1,60/10 mil habitantes no mesmo período, padrão considerado de alta endemicidade (BRASIL, 2018).

De acordo com Lastória e Abreu (2012), estudos que visam aperfeiçoar o processo de diagnóstico e tratamento oportuno no contexto da hanseníase são de extrema importância. Isso porque grande parte da dificuldade em se eliminar a doença pode ser atribuída ao diagnóstico tardio, não adesão e/ou abandono do tratamento, agravados pelo estigma social dirigido aos doentes (DE SOUZA *et al.*, 2018; GARIMA *et al.*, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Quanto ao tratamento, estudos vêm sendo realizados para levantar os possíveis preditores de adesão (HEUKELBACH *et al.*, 2011; LUNA *et al.*, 2010; RAJU; JOHN; KUIPERS, 2015; TRINDADE *et al.*, 2009), mas normalmente se limitam a aspectos sociodemográficos dos participantes. No entanto, a OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016a) tem enfatizado a necessidade de se conhecer os aspectos sociais e humanos que envolvem a hanseníase, doença alvo de discriminação e preconceito (EIDT, 2004), pois também interferem negativamente no diagnóstico oportuno e resultados do tratamento.

Nesse sentido, o presente estudo objetiva contribuir para os conhecimentos acerca da hanseníase, investigando os possíveis preditores da adesão ao tratamento medicamentoso, processo fundamental para o controle e eliminação da doença. Para tal, foram considerados não só os aspectos sociodemográficos dos participantes, mas também os aspectos psicológicos. Dessa forma, contribui-se para a compressão mais abrangente sobre a doença e seu tratamento, favorecendo a elaboração de intervenções mais eficientes.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Hanseníase – Breve Histórico

Presente em grande parte da literatura religiosa, como a Bíblia, Puranas (livros que retratam a mitologia Hindu) e livros islâmicos de medicina (HANUMANTHAYYA *et al.*, 2017), a hanseníase é uma das mais antigas doenças que acomete o homem (EIDT, 2004). De acordo com Hanumanthayya *et al.* (2017), um papiro egípcio datado de 1550 a.C já fazia menção a uma doença que muitos estudiosos acreditam ser a hanseníase. Porém, somente em 150 d.C que a doença passa a ganhar mais notoriedade (OPROMOLLA, 1981).

No ano 583 d.C, foi realizado o Concílio da Igreja Católica em Lyon (França), em que foram determinadas as regras profiláticas em relação à hanseníase, sendo o isolamento dos doentes a principal delas (EIDT, 2004). Sendo assim, antes da descoberta de seu tratamento e cura, a principal medida de controle da hanseníase era o isolamento compulsório dos doentes em locais denominados leprosários e hospitais-colônia (CABRAL, 2013; EIDT, 2004). Apesar de ser uma forma de evitar a transmissão, essa medida acabou por violar os direitos humanos, além de pouco ter contribuído para o avanço e aperfeiçoamento do tratamento (MATTOS; FORNAZARI, 2005).

A partir da década de 40, com os resultados promissores do uso da sulfona, houve melhorias em relação ao tratamento da hanseníase, dando início a debates sobre a necessidade do isolamento dos doentes (EIDT, 2004; OPRMOLLA; LAURENTI, 2011). Posteriormente, no 7º Congresso Internacional de Lepra realizado em Tóquio no ano de 1958, foi definido que o isolamento apresentava pouca ou nenhuma influência positiva sobre o tratamento, priorizando os medicamentos como medida profilática (OPROMOLLA; LAURENTI, 2011). No Brasil, o fim do isolamento compulsório se deu legalmente em 1962, em decorrência do decreto federal 968/1962 (MACIEL, 2003), porém existem relatos dessas práticas até o fim da década de 80.

Com o número crescente de relatos de resistência ao medicamento após regime de monoterapia, a OMS passou a recomendar a partir de 1981 o tratamento poliquimioterápico (PQT), utilizado em todo o mundo até hoje (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016a). Para melhor conduzir o tratamento medicamentoso foi desenvolvida a classificação operacional da doença, que deve ser especificada no ato do diagnóstico. Nos casos em que há poucas lesões de pele (até cinco) e número insuficiente de bacilos para transmissão,

denomina-se a doença como paucibacilar – PB. Já o tipo multibacilar – MB – é a forma mais grave da doença, com maior concentração de bacilos e lesões (seis ou mais), e, conseqüentemente, um alto grau de contagiosidade (BRASIL, 2017; BRITTON; LOCKWOOD, 2004).

Adicional à classificação operacional da doença, também é empregada a classificação de sua forma clínica. As mais utilizadas no Brasil são a de Madri, proposta em 1953, na qual a hanseníase é dividida como indeterminada (PB), tuberculóide (PB), dimorfa (MB) e virchowiana (MB), e a de Ridley & Jopling, proposta em 1962, alterada em 1966 e revisada em 1971, em que se utilizam as terminologias forma tuberculóide (TT), dimorfo-tuberculóide (DT), dimorfo-dimorfo (DD) e dimorfo-virchowiano (DV), virchowiano-subpolar (VVs) e virchowiano (VV) (BARRETO, 2014; LASTÓRIA; ABREU, 2012).

O regime de tratamento varia de acordo com a classificação operacional, sendo o esquema-padrão de PQT para casos PB composto por Rifampicina e Dapsona (sulfona), com duração mínima de seis meses, enquanto que para os MB o esquema contém Dapsona (sulfona), Rifampicina e Clofazimina, com duração mínima de doze meses (GOULART *et al.*, 2002; BRASIL, 2017). A fim de completar o tratamento, o paciente deve comparecer ao centro de saúde para receber a dose assistida da medicação (600 mg rifampicina + 100 mg dapsona nos casos PB e 600 mg rifampicina + 100 mg dapsona + 300 mg clofazimina para casos MB) e retirar o *blister* contendo a automedicação diária (100 mg dapsona para casos PB e 100 mg dapsona + 50 mg clofazimina para casos MB) (GONÇALVES *et al.*, 2019).

Em casos de alergias ou complicações devido a alguma dessas drogas, é indicado o esquema alternativo de tratamento, com a prescrição de Minociclina e/ou Ofloxacina (URA *et al.*, 2007). Além disso, de acordo com a resposta do organismo ao medicamento, a equipe médica pode optar por prolongar o tratamento, a fim de evitar que o mesmo seja insuficiente. É importante destacar que com o uso dos medicamentos a doença não só é combatida a nível individual, como também atua na cadeia de transmissão, já que em tratamento o indivíduo deixa de transmitir a doença (RAFFERTY, 2005).

Apesar de possuir tratamento e cura, a hanseníase ainda é um grave problema de saúde pública, especialmente em países em desenvolvimento (NORIEGA *et al.*, 2016). Para que essa situação seja revertida, é necessário que o diagnóstico ocorra preferencialmente nas fases iniciais da doença e que o tratamento seja concluído satisfatoriamente (DE SOUZA *et al.*, 2018; GARIMA *et al.*, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). No entanto, atingir esses objetivos muitas vezes é um desafio.

Quanto ao diagnóstico, Lockwood e Suneetha (2005) apontam que apesar de ser relativamente simples, exige conhecimento do profissional de saúde para diferenciar as lesões da hanseníase de outras doenças. Além disso, o conhecimento do próprio paciente a respeito dos sintomas iniciais da hanseníase é imprescindível para que este procure atendimento médico o mais rápido possível (RODINI *et al.*, 2010). Quanto ao tratamento, o tempo de duração prolongado bem como os efeitos adversos da PQT têm sido associados à baixa adesão e conclusão insatisfatória do tratamento (LIRA *et al.*, 2012). Como agravante, destaca-se a dificuldade em identificar o comportamento não aderente ao longo do tratamento, sendo este percebido em maior parte nos casos de abandono.

Em vista disso, a não adesão ao tratamento continua sendo um grande obstáculo para a superação de enfermidades, especialmente no contexto de doenças crônicas, e afeta não apenas o indivíduo doente como todo o sistema de saúde (CUTLER; EVERETT, 2010; GLOMBIEWSKI *et al.* 2012; JIMMY; JOSE, 2011; SILVA *et al.*, 2011). Dentre suas principais consequências, pode-se destacar o desenvolvimento de morbididades, mortalidade, agravos clínicos e incapacidades, desperdício de recursos públicos, piora na qualidade de vida, ocorrência de resistência medicamentosa e eventos adversos (GLOMBIEWSKI *et al.* 2012; JIMMY; JOSE, 2011; SILVA *et al.*, 2011).

Como agravante, Pagès-Puigdemont *et al.* (2016) pontuam que cerca de 50% dos pacientes em tratamento de doenças crônicas não faz uso da medicação conforme prescrito pela equipe de saúde. Esse dado é preocupante, principalmente no âmbito de doenças infecciosas como a hanseníase, em que a não adesão ao tratamento medicamentoso compromete de forma significativa o controle de transmissão da doença.

Portanto, trata-se de um tema de relevância não apenas para prática clínica, mas também para a sociedade, sendo fundamental que mais pesquisas sejam realizadas sobre este assunto. Isso se torna ainda mais evidente no contexto de doenças negligenciadas e endêmicas, como a hanseníase.

## **2.2 Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso: Desafios inerentes**

O conceito de adesão ao tratamento pode variar de acordo com a perspectiva dos profissionais de saúde. No entanto, pode-se considerar como aderido o paciente que segue o plano de cuidados acordados com a equipe de profissionais de saúde, utilizando ao menos 80% dos tratamentos prescritos, atentando-se a doses, horários, etc. (LEITE; VASCONCELLOS, 2003; BEN, NEUMANN; MENGUE, 2012).

Quanto a sua avaliação, não há consenso sobre qual método poderia ser considerado “padrão-ouro” (WILLIAMS *et al.*, 2013), tornando-se complexa a tarefa de mensurá-la. Além disso, o desafio é igualmente encontrado por aqueles que buscam elaborar e validar novas técnicas e/ou instrumentos de avaliação, já que geralmente há baixa concordância entre os métodos. Isso se deve principalmente ao fato de que cada um avalia dimensões diversas de um mesmo construto (SANTA HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2008).

Por essas razões, diferentes métodos, sejam eles diretos ou indiretos, têm sido empregados por pesquisadores e profissionais de saúde para avaliar a adesão ao tratamento (DEWULF *et al.*, 2006). Os métodos diretos são aqueles em que se utilizam exames de sangue, urina, etc., ou seja, fluidos biológicos, para detectar a presença do medicamento no organismo do paciente (OBRELI-NETO *et al.*, 2012). Já os métodos indiretos, geralmente os mais utilizados, são aqueles em que as informações sobre o regime medicamentoso são obtidas pela aplicação de: questionários estruturados, como o Teste *Morisky-Green*, instrumento amplamente utilizado no mundo para esse fim (UNNI; FARRIS, 2015), o *Brief Medication Questionnaire* (BMQ) (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012), entre outros; contagem de comprimidos; acompanhamento de faltas registradas no prontuário médico; uso do *Medication Event Monitoring System* (MEMS); entre outros (OBRELI-NETO *et al.*, 2012).

Segundo Obreli-Neto *et al.* (2012), ambas possuem limitações. No caso dos métodos diretos a principal limitação é o alto custo financeiro, o desconforto gerado no paciente (para coleta da amostra de fluido), e de que o mesmo retrataria apenas o uso recente da medicação, sendo sujeito à manipulação do paciente. Já no caso dos indiretos, o pesquisador ou profissional de saúde fica sujeito ao paciente omitir ou alterar informações importantes, não haver um instrumento consolidado capaz de mensurar a adesão em diferentes tipos de doença, ausência de informações em prontuário, etc. (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012; OBRELI-NETO *et al.*, 2012).

Em relação à hanseníase, um dos critérios mais utilizados para identificar a conduta irregular no tratamento de PQT é a falta ao serviço de saúde para a tomada da dose assistida e retirada de medicamento (WEIAND; THOULASS; SMITH, 2012). Quando o tempo máximo de tratamento permitido é atingido, que seria de nove meses para casos PB e dezoito meses para casos MB (BRASIL, 2017), e o tratamento preconizado não foi concluído, considera-se o caso como abandono de tratamento. Esse controle geralmente é feito a partir do registro de faltas do paciente as consultas médicas, presentes em seu prontuário médico (BRASIL, 2017).

Quanto à taxa de abandono do tratamento da PQT, mais de 30% dos casos multibacilares e 10% dos paucibacilares não concluem o tratamento satisfatoriamente em todo

o mundo (KUMAR *et al.*, 2015). Já no Brasil, em um estudo realizado por De Andrade *et al.* (2019) em que foram investigados 20.063 casos de hanseníase em todo território nacional de 2007 a 2014, a taxa de abandono foi de 5,0% (1.011 casos). Segundo os autores, as regiões brasileiras em que o abandono é mais frequente são também as com maior taxa endêmica, como a Norte (OR = 1.57; 95% CI 1.25–1.97) e Nordeste (OR = 1.44; 95% CI 1.17–1.78).

A esse respeito, Ribeiro, Silva e Oliveira (2018) destacam que apesar da queda na porcentagem geral de cura no período de 2010 a 2015, o Brasil ainda apresenta um percentual de cura regular (75% a 90%), independente da faixa etária.

### **2.3 Fatores associados a não adesão ao tratamento de hanseníase**

A não adesão e o abandono de tratamento por pacientes de hanseníase podem estar relacionados a diversos fatores. Dentre eles, destacam-se aqueles referentes às questões socioeconômicas, ao sistema de saúde e sua equipe, bem como condições que envolvem a própria doença, o paciente e o tratamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Em um estudo brasileiro realizado em Fortaleza, Lira *et al.* (2012) entrevistaram 70 pacientes em tratamento de hanseníase a fim de acessar o grau de adesão e suas possíveis barreiras. Os autores afirmaram que destes, 62,9% apresentaram baixo grau de adesão segundo o teste *Morisky Green* (TMG), apesar de relatarem estar cientes dos riscos associados à doença. As principais reclamações identificadas pelos autores em relação ao tratamento foram a sua duração prolongada e reações por ele desencadeadas.

Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo indiano realizado por Kumar *et al.* (2015), em que afirmaram que o principal motivador ao abandono do tratamento identificado em sua amostra refere-se aos efeitos adversos causados pela PQT, como fraqueza, vômitos, diarreia, entre outros. Além disso, os autores constataram que o maior índice de abandono ocorreu no início do tratamento, aspecto também relatado por Rao (2008).

A esse respeito, Chalise (2005) assinala que muitos estudos têm sustentado que o pouco conhecimento acerca da doença e seu tratamento, juntamente com fatores socioeconômicos desfavoráveis, estariam associados a não atender apropriadamente o que foi prescrito pela equipe de saúde. Esses dados salientam a necessidade do acolhimento e divulgação de conhecimentos sobre a doença e suas possíveis complicações por parte da equipe de saúde, principalmente nas fases iniciais do tratamento, momento em que o indivíduo ainda desconhece sua condição. No contexto da hanseníase, isso se torna um desafio, especialmente porque, como observado pelo autor, a maioria dos indivíduos não

aderidos a PQT eram iletrados, trabalhadores e de classes econômicas mais baixas, características altamente associadas às doenças negligenciadas.

Raju, John e Kuipers (2015), por sua vez, ao entrevistarem pessoas de quatro estados indianos identificaram que não observar melhoras no quadro e também observar melhoras no quadro podem levar a não conclusão do tratamento da PQT. Outros fatores associados a essa problemática foram o medo de ser visto no centro de tratamento por conhecidos, falta de acompanhante para consulta médica, não percepção de suporte familiar, não percepção de suporte da comunidade, compromissos de trabalho, custo de viagem até o centro de tratamento, ser “rotulado” como pessoa com hanseníase, falta de transporte, comorbidades, entre outros, dados similares aos encontrados em um estudo sudanês de Coebergh e Buddingh (2004). Do mesmo modo, Nwosu e Nwosu (2002) afirmaram que a presença em reuniões, trabalhar em casa, medo/vergonha/indignação e falta de confiança no tratamento foram associados significativamente ao absentismo de pacientes atendidos em quatro centros de atendimento no estado nigeriano de Anambra.

Já Raju *et al.* (2016), identificaram diferença estatisticamente significativa entre os grupos classificados como multi ou paucibacilares em relação à adesão ao tratamento, sendo os primeiros menos aderentes que os segundos. Da mesma forma, ao distribuir os pacientes irregulares em sua amostra, Rao (2008) observou a maior irregularidade entre os casos multibacilares, porém sem significância estatística. Ambos são de estudos indianos, realizados em centros especializados de atendimento de hanseníase. Esse dado é preocupante, já que os casos multibacilares sem tratamento são os principais responsáveis na manutenção da transmissão da doença (CRESPO; GONÇALVES; PADOVANI, 2014).

Além da classificação operacional, Raju *et al.* (2016) afirmaram que em sua amostra o gênero também está correlacionado a adesão ao tratamento, havendo menor grau de adesão em pacientes do sexo masculino. Contrariamente a isso, Kumar *et al.* (2004) ao investigar dados referentes a 273 pacientes indianos, também identificaram associações significativas entre o gênero e a conclusão do tratamento, porém, o menor grau de adesão foi encontrado no sexo feminino. Além do gênero, Kumar *et al.* (2004) também constataram associações significativas da adesão com a escolaridade e grau de incapacidade 0 e I, sendo este último também citado por Orozco Vargas *et al.* (2013).

Diferente disso, Luna *et al.* (2010) ao realizar um estudo em Guaiúba (CE - Brasil) afirmaram que em sua amostra os pacientes não aderentes ao tratamento relataram dificuldade de realizar suas atividades diárias, enquanto Trindade *et al.* (2009) observaram que 54% dos casos registrados como abandono de tratamento de hanseníase no Sistema de Informação de

Agravos de Notificação – SINAN – referentes a João Pessoa (PB) afirmaram ser o uso regular de álcool a principal causa de abandono. Já Heukelbach *et al.* (2011), ao entrevistar pacientes atingidos pela hanseníase no estado do Tocantins (TO – Brasil), identificaram como principais causas a dificuldade de engolir os comprimidos, poucos cômodos na casa, indisponibilidade da PQT nos centros de saúde e mudança de residência. Heijnders (2004), por sua vez, identificou em seu estudo realizado na região oriental do Nepal que indivíduos de classes sociais mais baixas tendem a aderir menos ao tratamento, ao passo que Chichava *et al.* (2011), assim como Heukelbach *et al.* (2011), afirmaram que o motivo mais mencionado pelos pacientes para interromper o tratamento foi a falta de medicação nos centros de saúde.

Como é possível observar, grande parte dos estudos que objetivam identificar os fatores associados a não adesão ao tratamento no contexto da hanseníase utilizam principalmente dados que traçam o perfil sociodemográfico do paciente. É provável que por essa razão, somada ao uso de diferentes metodologias, uma pluralidade de variáveis venha sendo relacionada a esse tópico.

Além disso, os aspectos psicológicos dos participantes, fator importante no contexto de doenças crônicas e adesão ao tratamento, foram pouco explorados. Quando estes são abordados, baseiam-se em dados qualitativos, que podem ser mais passíveis de vieses. Em contraponto, aspectos psicológicos relacionados ao adoecer pela hanseníase são objeto de diversos estudos (ARACHCHI *et al.*, 2017; REIS *et al.*, 2014; SILVEIRA *et al.*, 2014; TSUTSUMI *et al.*, 2007). No entanto, são realizadas análises para traçar o perfil psicológico dos pacientes, sua percepção de estigma, qualidade de vida, dentre outros, sem investigar a associação destes fatores à adesão ao tratamento.

No entanto, em decorrência do histórico de exclusão e discriminação social, indivíduos acometidos pela hanseníase podem vir a desenvolver índices mais elevados de afetividade negativa. A afetividade negativa é marcada pela tendência do indivíduo em vivenciar experiências emocionais aversivas, como tristeza, medo, entre outros, mas principalmente a depressão, ansiedade e estresse (MARTINS *et al.*, 2019).

Em relação à depressão, sintomas como anedonia, diminuição da autoestima e ausência de afeto positivo geralmente são presentes. Já a ansiedade é caracterizada pela antecipação de eventos negativos, hiperatividade, entre outros. Em relação ao estresse, destaca-se o estado de excitação excessiva, com dificuldade em relaxar e irritabilidade (SOUSA *et al.*, 2017). Esses fatores podem atuar de forma prejudicial à saúde dos indivíduos, seja a nível físico como mental.

Atualmente, a OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016a) apresenta uma nova estratégia de combate à hanseníase que deve ser atingida até 2020, que tem por objetivo reduzir ainda mais a carga global da doença. Para tal, a Organização aponta para a importância de se reconhecer os aspectos sociais e humanos que envolvem a doença, pois estes também interferem negativamente no diagnóstico oportuno e resultados do tratamento. Eidt (2004) reforça essa necessidade, ao afirmar que “*o hanseniano sofre mais moral do que fisicamente*” (p.7), reflexo de um longo processo de estigmatização, presente desde as primeiras menções à doença. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo contribuir para os conhecimentos acerca da hanseníase, investigando para além de aspectos sociodemográficos e econômicos, os possíveis preditores da adesão ao tratamento medicamentoso. Sob esta perspectiva, o tratamento é considerado processo fundamental para o controle e eliminação da doença.

Estima-se que com o aprofundamento nos estudos desta problemática, evidenciando o aspecto psicológico e social da doença, seja ressaltada a necessidade de uma abordagem interdisciplinar para que o tratamento obtenha resultados satisfatórios. E, consequentemente, contribua para a diminuição de novos casos no país. Dessa forma, a atuação profissional estaria de acordo com a definição holística de saúde proposta pela OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1946) e de suas novas diretrizes para combate a hanseníase (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Identificar preditores da adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com hanseníase atendidos no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian – EBSEH e Hospital São Julião, em Campo Grande – MS.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- a) Levantar características sociodemográficas;
- b) Rastrear sintomas de depressão, ansiedade e estresse;
- c) Identificar conduta não aderente ao tratamento medicamentoso da hanseníase;
- d) Relacionar as variáveis sociodemográficas, clínicas, sintomas de depressão, ansiedade e estresse com a aderência ao tratamento medicamentoso da hanseníase.

## **4 MÉTODO**

Trata-se de um estudo do tipo transversal, de cunho descritivo e correlacional. O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Plataforma Brasil [CAAE: 96162918.1.0000.0021], bem como pelos respectivos hospitais envolvidos.

### **4.1 Participantes**

A amostra foi composta de 68 participantes com diagnóstico de hanseníase e em fase de tratamento poliquimioterápico (PQT), recrutados no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian – EBSEH e no Hospital São Julião, no município de Campo Grande, MS.

Foram adotados como critérios de inclusão ser diagnosticado com hanseníase, em uso da PQT, ambos os sexos, idade de 18 a 65 anos, e estar em acompanhamento no ambulatório de dermatologia do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian – EBSEH ou no Hospital São Julião, em Campo Grande, MS. Como critérios de exclusão foram adotados ser indígena e possuir diagnóstico que comprometa a compreensão e/ou resposta do participante.

Para identificar os pacientes que atendiam aos critérios da pesquisa, foram levantados a partir da ficha de notificação compulsória da doença todos aqueles que ainda se encontravam em tratamento de PQT nos respectivos hospitais no período de Dezembro de 2018 a Julho de 2019. Após essa etapa, foram consultadas as agendas dos ambulatórios de dermatologia para que o pesquisador fosse até o ambulatório no dia em que o paciente estivesse agendado. Após o comparecimento do paciente ao serviço agendado, o pesquisador realizava o convite para participação na pesquisa.

### **4.2 Instrumentos**

Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados:

- a) Entrevista Estruturada – para identificar as características sociodemográficas dos participantes quanto a: idade, sexo, cor (Escala de Fitzpatrick), estado civil, escolaridade, renda familiar, profissão, se possui filhos, idade dos filhos, número de pessoas que residem juntas, período transcorrido desde o diagnóstico, forma clínica do MH, presença de surtos reacionais, presença de dor neural, se possui outra pessoa na

família/convívio com diagnóstico de MH, necessidade de auxílio para lembrar-se de se medicar, dificuldade de realizar atividades cotidianas, distância aproximada da residência até local de retirada de medicamento, como descobriu a doença, disponibilidade de medicamento no local de retirada, presença de mais morbidades, quantos medicamentos ingeridos além da PQT, autopercepção de saúde, autopercepção de adesão ao tratamento e conhecimentos básicos acerca do MH (apêndice 1);

- b) *Depression Anxiety and Stress Scale - Short Form* – DASS-21 – escala constituída por 21 questões em escala *likert* de quatro pontos, sendo 0 (não se aplicou a mim de forma alguma) e 3 (aplica-se muito a mim ou na maior parte do tempo), que visa mapear sintomas de depressão, ansiedade e estresse experienciados pelo participante na semana anterior a aplicação do instrumento (LOVIBOND; LOVIBOND, 1995; MACHADO; BANDEIRA, 2013). Não se trata de um instrumento de mensuração categórica de diagnóstico clínico, porém, pode auxiliar a caracterizar o grau de severidade de sintomas. Os escores são interpretados como normal, leve, moderado, grave e extremamente grave. Quanto maior o escore obtido, maior o grau de gravidade (MARTINS *et. al*, 2019). (anexo 1);
- c) Teste de *Morisky-Green* (versão modificada) – questionário dividido em quatro questões que visa avaliar o grau de adesão ao tratamento medicamentoso (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012; CORNÉLIO *et al.*, 2009). Foi utilizada a versão modificada do questionário original (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986) proposta por Sewicht (2003). Considera-se como aderente o participante que responder a todas as quatro questões negativamente e não aderente aquele que responder uma ou mais questões afirmativamente (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986). (anexo 2); e
- d) Dados de prontuários – Para mais informações acerca do quadro clínico do participante, tratamento medicamentoso prescrito e registro de faltas às consultas médicas.

### 4.3 Procedimentos

Os pacientes foram convidados a participar da pesquisa, sendo informados das etapas da mesma, do sigilo quanto a informações que possibilitem sua identificação, etc., podendo encerrar sua participação a qualquer momento, conforme previsto na Resolução N°466 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013). Todas estas informações foram detalhadas no

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 2), que em caso de aceite do participante, foi entregue em duas vias para assinatura.

A aplicação dos instrumentos de coleta de dados foi presencial e ocorreu em uma sala do ambulatório de dermatologia do HU e do Hospital São Julião. A escolha do local se deve a que os mesmos garantem o sigilo e privacidade tanto dos dados coletados como da identidade dos participantes, respeitando a ética profissional proposta pelo Conselho Federal de Psicologia.

#### **4.4 Análise de Dados**

A comparação entre pacientes aderentes e aqueles não aderentes ao tratamento pelo teste *Morisky-Green*, em relação às variáveis quantitativas avaliadas neste estudo, foi realizada por meio do teste *t-student*. Já a avaliação da associação entre a aderência ao tratamento e as variáveis categóricas, foi realizada por meio do teste do qui-quadrado, com correção de Bonferroni, quando necessária. A avaliação da correlação linear entre o escore dos conhecimentos sobre a MH (presente na entrevista sociodemográfica) e o escore na autoavaliação da aderência ao tratamento, foi realizada por meio teste de correlação linear de Pearson.

Os demais resultados deste estudo foram apresentados na forma de estatística descritiva ou na forma de tabelas. A análise estatística foi realizada por meio do programa estatístico *SPSS*, versão 23.0, considerando um nível de significância de 5%.

## 5 RESULTADOS

A média de idade da amostra foi de  $47,87 \pm 1,49$  anos (média  $\pm$  erro padrão da média). Quanto ao sexo, 46 (67,6%) eram do sexo masculino. No que se refere ao estado civil e ter filhos, 44 (64,7%) possuem um companheiro(a) e 54 (79,3%) tiveram um ou mais filhos. Em relação à escolaridade, 06 (8,8%) relataram nunca ter frequentado a escola, 40 (58,8%) relataram ter concluído o Ensino Fundamental e apenas 06 (4,4%) o Ensino Superior (tabela 01).

**Tabela 1-** Distribuição dos participantes de acordo com sexo, estado civil, filhos e escolaridade

| <b>Variáveis</b>    | <b>% (n)</b> |
|---------------------|--------------|
| <b>Sexo</b>         |              |
| Feminino            | 32,4 (22)    |
| Masculino           | 67,6 (46)    |
| <b>Estado Civil</b> |              |
| Com Companheiro (a) | 64,7 (44)    |
| Sem Companheiro (a) | 35,3 (24)    |
| <b>Filhos</b>       |              |
| Nenhum              | 20,6 (14)    |
| 1 Filho             | 17,6 (12)    |
| 2 Filhos            | 19,1 (13)    |
| 3 ou mais filhos    | 42,6 (29)    |
| <b>Escolaridade</b> |              |
| Sem Estudo          | 8,8 (6)      |
| Ensino Fundamental  | 58,8 (40)    |
| Ensino Médio        | 26,5 (18)    |
| Ensino Superior     | 4,4 (3)      |
| Pós-Graduação       | 1,5(1)       |

A média da renda familiar foi de R\$  $2827,37 \pm 418,29$ , sendo que 41 (60,3%) participantes afirmam ter três ou mais dependentes. Somente 08 (11,8%) informaram residir sozinhos e não haver disponibilidade da medicação PQT nos locais de retirada. Além disso,

38 (55,9%) afirmaram não conhecer outro indivíduo com MH, seja na família ou em seu convívio social.

Houve predomínio de casos multibacilares, representando 92,6% (n = 63) da amostra, dos quais 68,2% (n = 43) ocorreram no sexo masculino. O tempo médio transcorrido desde o diagnóstico até o momento da entrevista foi de  $12,72 \pm 2,12$  meses. Os quadros reacionais foram relatados por 36 (52,9%) participantes e a presença de dor neural por 50 (73,5%). Apesar disso, 35 (51,5%) afirmaram não sentir dificuldade para realizar as atividades do dia a dia e 42 (61,8%) relataram não possuir comorbidades. O uso de medicação além da PQT foi relatado por 30 (44,1%) participantes.

Quando questionados sobre a necessidade de ajuda para lembrar-se de se medicar, 58 (85,3%) informaram não precisar desse auxílio. Quanto à autopercepção de saúde, 59 (86,8%) consideram sua saúde como regular, boa ou ótima. Já em relação aos conhecimentos gerais sobre a hanseníase, avaliado a partir de cinco questões presentes no questionário sociodemográfico, 31 (45,6%) obtiveram nota máxima, enquanto apenas 11 (16,2%) pontuaram abaixo de sete pontos.

Segundo os dados obtidos pelo teste *Morisky-Green* (TMG), 36 (52,9%) participantes foram considerados aderentes, sendo a média do escore de autoavaliação de adesão ao tratamento de  $9,07 \pm 0,14$ . Quanto aos 32 (47,1%) considerados não aderentes, 24 (74,9%) responderam apenas a uma pergunta afirmativamente, enquanto 8 (25,0%) responderam a duas. Apenas cinco participantes apresentavam a forma paucibacilar da doença, dos quais quatro foram classificados como não aderentes.

Conforme a tabela 2, as variáveis sexo, escolaridade e estado civil não estavam associados no grau de aderência ao tratamento medicamentoso, segundo levantado pelo TMG (valor de p variando entre 0,169 a 0,878).

**Tabela 2** – Resultados da avaliação da associação entre a aderência ao tratamento de PQT de acordo com o TMG, e as variáveis sexo, escolaridade e estado civil

| Variável            | Aderência – TMG       |                   | Valor de p |
|---------------------|-----------------------|-------------------|------------|
|                     | Não aderente<br>% (n) | Aderente<br>% (n) |            |
| <b>Sexo</b>         |                       |                   |            |
| Feminino            | 59,1 (13)             | 40,9 (9)          | 0,169      |
| Masculino           | 41,3 (19)             | 58,7 (27)         |            |
| <b>Escolaridade</b> |                       |                   |            |
| Sem estudo          | 50,0 (3)              | 50,0 (3)          | 0,878      |
| Ensino Fundamental  | 47,5 (19)             | 52,5 (21)         |            |
| Ensino Médio        | 50,0 (9)              | 50,0 (9)          |            |
| Ensino Superior     | 33,3 (1)              | 66,7 (2)          |            |
| Pós-Graduação       | 0,0 (0)               | 100,0 (1)         |            |
| <b>Estado Civil</b> |                       |                   |            |
| Com companheiro(a)  | 43,2 (19)             | 56,8 (25)         | 0,386      |
| Sem companheiro(a)  | 54,2 (13)             | 45,8 (11)         |            |

Valor de p no teste do qui-quadrado.

PQT: poliquimioterapia

Conforme apresentado na tabela 3, outras variáveis que não se mostraram associadas significativamente ao grau de aderência ao tratamento medicamentoso foram a presença de comorbidades, a ingestão de mais medicamentos além da PQT, autopercepção de saúde, surto reacional, dor neural, necessidade de ajuda para lembrar-se de se medicar, dificuldades nas atividades do dia a dia e escore de conhecimentos sobre MH (valor de p variando entre 0,316 a 0,840).

**Tabela 3** - Resultados da avaliação da associação entre a aderência ao tratamento de PQT de acordo com o TMG, e as variáveis comorbidades, medicamentos ingeridos além da PQT, auto percepção de saúde, surto reacional, dor neural, necessidade de ajuda para lembrar de se medicar, dificuldades nas atividades do dia a dia e escore de conhecimentos sobre MH

| Variável                                               | Aderência - TMG       |                   | Valor de p |
|--------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------|------------|
|                                                        | Não aderente<br>% (n) | Aderente<br>% (n) |            |
| <b>Comorbidades</b>                                    |                       |                   |            |
| Não                                                    | 45,2 (19)             | 54,8 (23)         | 0,702      |
| Sim                                                    | 50,0 (13)             | 50,0 (13)         |            |
| <b>Medicamentos ingeridos além de PQT</b>              |                       |                   |            |
| Não                                                    | 42,1 (16)             | 57,9 (22)         | 0,357      |
| Sim                                                    | 53,3 (16)             | 46,7 (14)         |            |
| <b>Auto percepção de saúde</b>                         |                       |                   |            |
| Péssima                                                | 60,0 (3)              | 40,0 (2)          | 0,328      |
| Ruim                                                   | 75,0 (3)              | 25,0 (1)          |            |
| Regular                                                | 48,0 (12)             | 52,0 (13)         |            |
| Boa                                                    | 50,0 (12)             | 50,0 (12)         |            |
| Ótima                                                  | 20,0 (2)              | 80,0 (8)          |            |
| <b>Surto Reacional</b>                                 |                       |                   |            |
| Não                                                    | 40,6 (13)             | 59,4 (19)         | 0,316      |
| Sim                                                    | 52,8 (19)             | 47,2 (17)         |            |
| <b>Dor Neural</b>                                      |                       |                   |            |
| Não                                                    | 44,4 (8)              | 55,6 (10)         | 0,796      |
| Sim                                                    | 48,0 (24)             | 52,0 (26)         |            |
| <b>Necessidade de ajuda para lembrar de se medicar</b> |                       |                   |            |
| Não                                                    | 46,6 (27)             | 53,4 (31)         | 0,840      |
| Sim                                                    | 50,0 (5)              | 50,0 (5)          |            |
| <b>Dificuldade nas atividades do dia a dia</b>         |                       |                   |            |
| Não                                                    | 42,9 (15)             | 57,1 (20)         | 0,475      |
| Sim                                                    | 51,5 (17)             | 48,5 (16)         |            |
| <b>Faixa do escore de conhecimentos sobre MH</b>       |                       |                   |            |
| 0 a 7,99 pontos                                        | 38,5 (5)              | 61,5 (8)          | 0,490      |
| 8 ou mais pontos                                       | 49,1 (27)             | 50,9 (28)         |            |

Valor de p no teste do qui-quadrado.

PQT: poliquimioterapia

Já na tabela 4, estão apresentados os resultados da comparação entre participantes aderentes e aqueles não aderentes no teste TMG, em relação às variáveis idade, escore na autoavaliação do participante sobre sua aderência ao tratamento, escore dos conhecimentos sobre MH e número de filhos. O escore de autoavaliação dos participantes considerados aderentes no teste TMG foi significativamente maior do que aquele entre os participantes não aderentes (teste *t-student*,  $p=0,001$ ). Por outro lado, não houve diferença entre os participantes aderentes e aqueles não aderentes, em relação às variáveis idade, escore dos conhecimentos sobre MH e número de filhos (valor de  $p$  variando entre 0,232 e 0,866).

**Tabela 4** – Resultados da comparação entre participantes aderentes e aqueles não aderentes ao tratamento de PQT no teste TMG, em relação às variáveis idade, escore na autoavaliação do participante sobre sua aderência ao tratamento, escore dos conhecimentos sobre MH e número de filhos.

| Variável                                 | Aderência - TMG |            | Valor de p |
|------------------------------------------|-----------------|------------|------------|
|                                          | Não aderente    | Aderente   |            |
| Idade (anos)                             | 45,97±2,19      | 49,56±2,01 | 0,232      |
| Autoavaliação da aderência ao tratamento | 8,58±0,24       | 9,51±0,12  | 0,001      |
| Conhecimentos sobre MH                   | 8,63±0,29       | 8,56±0,29  | 0,866      |
| Filhos (n)                               | 2,50±0,39       | 2,19±0,30  | 0,528      |

Os resultados estão apresentados em média±erro padrão da média. Valor de  $p$  no teste *t-student*.  
PQT: poliquimioterapia

O mesmo ocorreu em relação à avaliação da correlação linear entre o escore dos conhecimentos gerais sobre a hanseníase e o escore da autoavaliação da aderência ao tratamento medicamentoso, realizada pelo teste de correlação linear de Pearson, em que não foi identificada relação estatisticamente significativa entre as variáveis ( $p=0,738$ ,  $r=-0,041$ ).

As médias obtidas por meio do instrumento DASS-21 foram de 13,21±1,41 para o domínio depressão, 14,88±1,24 para o domínio ansiedade e 18,21±1,47 para o domínio estresse. Na tabela 5 é apresentada a distribuição dos participantes de acordo com as classificações obtidas pelo DASS-21. Houve predomínio de participantes classificados como normal ou leve ou moderado em todos os domínios avaliados pelo instrumento, representando 76,5% ( $n = 52$ ) no domínio depressão, 52,9% ( $n = 36$ ) no domínio ansiedade e 73,5% ( $n = 50$ ) no domínio estresse.

**Tabela 5-** Distribuição dos participantes de acordo com as classificações obtidas pelo DASS-21

| <b>DASS -21</b>             | <b>% (n)</b> |
|-----------------------------|--------------|
| <b>Depressão</b>            |              |
| Normal                      | 45,6 (31)    |
| Leve ou moderado            | 30,9 (21)    |
| Grave ou extremamente grave | 23,5 (16)    |
| <b>Ansiedade</b>            |              |
| Normal                      | 29,4 (20)    |
| Leve ou moderado            | 23,5 (16)    |
| Grave ou extremamente grave | 47,1 (32)    |
| <b>Estresse</b>             |              |
| Normal                      | 45,6 (31)    |
| Leve ou moderado            | 27,9 (19)    |
| Grave ou extremamente grave | 26,5 (18)    |

Já a tabela 6 apresenta o resultado da análise da comparação entre participantes aderidos e não aderidos ao tratamento medicamentoso da hanseníase, bem como o resultado da associação das médias dos participantes aderentes e aqueles não aderentes no teste TMG, em relação às classificações obtidas pelo DASS-21. Houve diferença significativa entre os participantes aderentes e aqueles não aderentes, classificados de acordo com a TMG em relação ao escore de depressão, ao escore de ansiedade e ao escore de estresse no DASS-21 (teste t-student,  $p < 0,001$  para todas as variáveis), sendo o escore significativamente maior nos participantes não aderentes. Esse dado aponta para a maior gravidade de sintomas quanto à depressão, ansiedade e estresse no grupo considerado não aderido.

**Tabela 6** – Resultado da análise da comparação entre participantes aderidos e não aderidos ao tratamento medicamentoso da hanseníase, e da associação das médias dos participantes aderentes e aqueles não aderentes no teste TMG, em relação às classificações obtidas pelo DASS-21

| DASS-21                     | Aderência – TMG       |                   | Valor de p |
|-----------------------------|-----------------------|-------------------|------------|
|                             | Não aderente<br>% (n) | Aderente<br>% (n) |            |
| <b>Depressão</b>            | 18,38±2,17            | 8,61±1,50         | <0,001     |
| Normal                      | 29,0 (9)b             | 71,0 (22)         | 0,003      |
| Leve ou moderado            | 47,6 (10)ab           | 52,4 (11)         |            |
| Grave ou extremamente grave | 81,3 (13)a            | 18,8 (3)          |            |
| <b>Ansiedade</b>            | 19,50±1,61            | 10,78±1,58        | <0,001     |
| Normal                      | 10,0 (2)b             | 90,0 (18)         | <0,001     |
| Leve ou moderado            | 56,3 (9)a             | 43,8 (7)          |            |
| Grave ou extremamente grave | 65,6 (21)a            | 34,4 (11)         |            |
| <b>Estresse</b>             | 24,75±1,96            | 12,39±1,65        | <0,001     |
| Normal                      | 22,6 (7)b             | 77,4 (24)         | <0,001     |
| Leve ou moderado            | 52,6 (10)ab           | 47,4 (9)          |            |
| Grave ou extremamente grave | 83,3 (15)a            | 16,7 (3)          |            |

Valor de p no teste t-student (comparação entre médias, na linha) ou no teste do qui-quadrado (comparação entre percentuais, na coluna). Letras diferentes na linha indicam diferença entre não aderentes e aderentes, na comparação entre médias. Letras diferentes na coluna, indicam diferença entre classes dos sintomas, nos pacientes não aderentes (teste do qui-quadrado com correção de Bonferroni,  $p < 0,05$ )

PQT: poliquimioterapia

Da mesma forma, houve associação significativa entre ser ou não aderente (TMG) ao tratamento e a classificação da depressão, da ansiedade e do estresse (teste do qui-quadrado, depressão:  $p = 0,003$ ; ansiedade:  $p < 0,001$ ; estresse:  $p < 0,001$ ). Em relação à depressão, um percentual maior de participantes classificados como tendo sintomas “Grave ou extremamente grave” eram não aderentes ao tratamento (81,3% -  $n = 13$ ), quando comparados com aqueles normais, ou seja, sem sintomas (29,0% -  $n = 9$ ).

O mesmo foi observado em relação ao sintoma de estresse, onde um percentual maior de participantes classificados como tendo sintomas “Grave ou extremamente grave” eram não aderentes ao tratamento (83,3% -  $n = 15$ ), quando comparados com aqueles normais (22,6% -  $n = 7$ ). Já em relação à ansiedade, um percentual maior de participantes classificados como tendo sintomas “Grave ou extremamente grave” ou ainda “Leve ou moderado” eram não

aderentes ao tratamento (65,6% - n=21; 56,3% - n=9, respectivamente), quando comparados com aqueles normais (10,0% - n=2).

## 6 DISCUSSÃO

O presente estudo objetivou investigar os possíveis preditores da adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com hanseníase, recrutados em dois serviços de referência no atendimento da doença. Para tal, foram consideradas as características sociodemográficas da amostra, a presença de sintomas de depressão, ansiedade e estresse, bem como os conhecimentos do indivíduo sobre a doença. A investigação de tais variáveis foi realizada de acordo com orientações de estudos prévios, em que sugerem a influência das mesmas no grau de adesão ao tratamento medicamentoso, especialmente no contexto de doenças crônicas (CORNÉLIO *et al.*, 2009; NAAZ *et al.*, 2017).

Neste estudo, houve predomínio do sexo masculino. Esses dados convergem com os encontrados por Costa *et al.* (2012), Abraçado, Cunha e Xavier (2015), Castro *et al.* (2016) e Zanella *et al.* (2018), autores que também encontraram maior incidência da doença nesse grupo. Apesar de haver indicadores de maior incidência da doença no sexo masculino (PESCARINI *et al.* 2018), e em sua forma mais grave (MB), ainda não há consenso sobre sua provável causa. No entanto, a baixa procura por serviços de saúde por esse grupo, somada a hábitos de risco têm sido relacionados a esse fenômeno (DE SOUZA *et al.*, 2018).

A esse respeito, a OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016a) pondera que é difícil determinar se os valores elevados de casos de MH entre os homens são de fato decorrentes da maior incidência nesse grupo ou se são devido ao fato de que, em algumas regiões do mundo, as mulheres ainda possuem dificuldades de acesso ao diagnóstico e tratamento da doença. Nesse sentido, reforça a necessidade de estudos sistemáticos voltados a esse assunto, especialmente porque alguns autores, a exemplo de Araújo *et al.* (2014), Queirós *et al.* (2016) e Nobre *et al.* (2017), encontram maior incidência da hanseníase no sexo feminino.

Quanto à classificação operacional, houve predomínio de casos multibacilares (MB), classificação associada a maior risco de transmissão bacilar e desenvolvimento de incapacidades (CRESPO; GONÇALVES; PADOVANI, 2014). Esse achado converge com os encontrados por Zanella *et al.* (2018), autores que analisaram informações referentes a 11,516 pacientes notificados no Mato Grosso do Sul de janeiro de 2001 a dezembro de 2015, e também identificaram altos índices de hanseníase multibacilar (64,73%). Esses dados sugerem que o diagnóstico da hanseníase ainda ocorre de forma tardia, enfatizando a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para discriminar seus sintomas das

demais enfermidades (FISCHER, 2017). A esse respeito, Lira *et al.* (2012) e Kumar *et al.*, (2015) salientam o papel primordial do diagnóstico oportuno e início do tratamento para superação da hanseníase, visto que com a ingestão da PQT o indivíduo não só deixa de transmitir a doença, como reduz as chances de desenvolver incapacidades. Somado a isso, destaca-se a importância da conscientização social a respeito da doença, a fim da redução do preconceito, fator também apontado como barreira à adesão medicamentosa (RAJU; JOHN; KUIPERS, 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016a).

No que se refere à idade, estado civil, escolaridade e renda familiar, predominaram indivíduos em idade economicamente ativa, com companheiro(a), baixa escolaridade e renda familiar média declarada de  $\pm 3$  salários mínimos. O maior número de casos de MH em indivíduos em fase economicamente produtiva e de baixa escolaridade, fatores também relatados por De Souza *et al.* (2012), Queirós *et al.* (2016) e Brito *et al.* (2016), demonstra o potencial socioeconômico negativo da doença, que mantém o ciclo perverso de desigualdades. Isso porque, ao mesmo tempo em que a hanseníase é diretamente associada às condições de pobreza é também sua perpetuadora, já que ao reduzir a capacidade laboral, impede o indivíduo e sua região de se desenvolverem (ANDRADE; ROCHA, 2015).

Quando realizadas as análises de associação entre a variável sexo e a aderência ao tratamento, não foi encontrada associação estatisticamente significativa, resultado igualmente obtido por Nagori e Das (2019). Contrariamente a isso, Abraçado, Cunha e Xavier (2015) identificaram associação significativa entre sexo e adesão ao tratamento da hanseníase em pacientes com quadros reacionais, estando os homens três vezes mais propensos a não adesão que as mulheres.

No tocante às variáveis idade, escolaridade, estado civil e número de filhos, os resultados demonstraram que não houve diferença entre os participantes considerados como aderentes e não aderentes. Do mesmo modo, Nagori e Das (2019) também não identificaram associação significativa entre o estado civil e a adesão, no entanto, em relação à variável idade, os autores afirmam que a associação se mostrou significativa.

Outras variáveis investigadas no presente estudo que não apresentaram associação estatisticamente significativa com a adesão ao tratamento medicamentoso no contexto da hanseníase foram: a presença de comorbidades, ingestão de mais medicamentos além da PQT, autopercepção de saúde, surto reacional, dor neural, necessidade de ajuda para lembrar de se medicar, dificuldades nas atividades do dia a dia e escore de conhecimentos sobre MH. Todavia, sugere-se que mais pesquisas sejam realizadas considerando essas variáveis, a fim de atestar ou refutar tais achados.

Em relação à ingestão de mais medicamentos (polifarmácia), estudos têm investigado sua relação com o menor grau de adesão ao tratamento medicamentoso (NASCIMENTO *et al.*, 2017; PENAFORTE *et al.*, 2017; ZELKO; KLEMENC-KETIS; TUSEK-BUNC, 2016). Isso porque, ao se considerar a ingestão de diferentes medicamentos, com dosagens e horários diferentes, tornaria o indivíduo mais suscetível ao esquecimento, bem como incorrer em erros de administração (NASCIMENTO *et al.*, 2017). Esse cenário pode se tornar mais grave no contexto de doenças crônicas, que demandam uso contínuo de medicações (DANIELSON; MELIN-JOHANSSON; MODANLOO, 2019), e com a idade do paciente, já que outros processos inerentes ao envelhecimento também podem interferir negativamente nesse contexto (NASCIMENTO *et al.*, 2017). Porém, Penaforte *et al.* (2017), autores que avaliaram a ocorrência da polifarmácia e sua associação com a adesão ao tratamento farmacológico em pacientes com diabetes mellitus tipo 2, também não identificaram associação significativa entre as variáveis ( $p=0,266$ ). Nesse sentido, reforça-se a necessidade que mais estudos sejam realizados a esse respeito.

Quanto à distribuição dos participantes de acordo com a adesão ao tratamento, os casos considerados não aderentes pelo TMG foram expressivos, representando 47,1% da amostra. Esse dado, apesar de alarmante, é semelhante ao encontrado na literatura, em que se pontua que cerca de 50% da população em tratamento de doenças crônicas não segue satisfatoriamente as recomendações dos profissionais de saúde (PAGÈS-PUIGDEMONT *et al.*, 2016). Quando comparadas e associadas às médias de escores levantadas pelo DASS-21 dos grupos considerados aderentes com aqueles considerados não aderentes, houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Sendo assim, pode-se dizer que os participantes que apresentaram mais sintomas quanto à depressão, ansiedade e estresse, com base no instrumento aplicado, demonstraram uma menor adesão ao tratamento medicamentoso.

A associação entre sintomas psicopatológicos e a não adesão ao tratamento tem sido sustentada por diversos estudos. Camargo, Capitão e Filipe (2014) afirmam que a presença de transtornos psiquiátricos, principalmente os relacionados à depressão e o abuso de drogas tendem a apresentar uma correlação negativa com o grau de adesão ao tratamento. Como agravante, o próprio diagnóstico de doença crônica expõe o indivíduo a situações adversas que ampliam a probabilidade de desenvolvimento de formas patológicas de estresse, ansiedade e depressão (RAMOS; FERREIRA, 2011). Nesse sentido, indivíduos afetados pelas doenças crônicas, como a hanseníase, podem ser considerados público de risco à não adesão ao tratamento. Esse dado corrobora a necessidade de acompanhamento interdisciplinar desses casos, a fim de reduzir a não adesão e suas consequências, sejam elas à saúde do

paciente, ou prejuízos à sociedade e ao sistema de saúde (PAGÈS-PUIGDEMONT *et al.*, 2016).

Este estudo fornece evidências de que sintomas psicopatológicos, como depressão, ansiedade e estresse podem atuar como preditores da adesão ao tratamento medicamentoso no contexto da hanseníase. No entanto, o mesmo apresenta algumas limitações. Por se tratar de um recorte transversal, não foi possível acompanhar a evolução da relação entre as variáveis no decorrer do tempo. Além disso, o fato dos dados de adesão terem sido obtidos pelo instrumento TMG, por vezes descrito como muito específico, porém pouco sensível (BOOGAARD *et al.* 2011; BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012), pode implicar na classificação equivocada do participante. Todavia, é preciso considerar que poucos instrumentos de mensuração da adesão estão validados para diversas doenças crônicas e para participantes com pouca escolaridade, como o TMG. Por essas razões, continua sendo apontado como o instrumento mais utilizado em pesquisas nesse contexto (FRÖHLICH; VIGO; MENGUE, 2011; LAM; FRESCO, 2015).

Sabendo-se desta limitação, foi realizada uma pergunta referente à autoavaliação sobre a adesão ao tratamento, presente no questionário sociodemográfico. Nela, o participante deveria se atribuir uma nota, de zero a dez, sendo o “zero” não atender em nada o acordado com a equipe de saúde e o “dez” atender a tudo o que foi acordado. O objetivo ao acrescentar essa pergunta foi o de averiguar a concordância entre as informações obtidas por ela e o instrumento TMG. E, de acordo com as análises, o escore de autoavaliação dos participantes considerados aderentes no teste TMG foi significativamente maior do que aquele entre os participantes não aderentes, indicando uma concordância entre os instrumentos. Nesse sentido, pode-se dizer que o TMG apresentou desempenho satisfatório para discriminar o comportamento de adesão ao tratamento no presente estudo, conferindo validade aos resultados aqui expostos.

Contudo, recomenda-se que mais estudos sejam realizados nesse contexto, para que evidências adicionais sejam produzidas. É provável que a dificuldade em mensurar o grau de adesão ao tratamento medicamentoso e de autocuidado seja o principal desafio para pesquisadores que visam a investigar os preditores de adesão ao tratamento no caso da hanseníase. Portanto, estudos que buscam construir e validar instrumentos de mensuração da adesão ao tratamento, específicos para o contexto da hanseníase e público brasileiro, bem como pesquisas robustas que contemplem diferentes regiões, devem ser realizados para auxiliar na produção de conhecimento nesta área muitas vezes negligenciada.

## 7 CONCLUSÃO

A hanseníase continua sendo endêmica em diversas regiões, especialmente em países pobres e em desenvolvimento como o Brasil. Como agravante, por se tratar de uma enfermidade crônica e de tratamento prolongado tem sido associada ao baixo grau de adesão ao tratamento medicamentoso, fator que pode acarretar diversos prejuízos para o paciente, sociedade e sistema de saúde. Por essas razões, o presente estudo teve como objetivo investigar os possíveis preditores da adesão ao tratamento medicamentoso, incluindo na investigação o rastreio de sintomas referentes à depressão, ansiedade e estresse, por meio de um instrumento validado para o contexto brasileiro.

Os resultados encontrados nesta pesquisa indicaram haver predomínio de participantes do sexo masculino, com companheiro(a) e baixa escolaridade. Já em relação à classificação operacional da hanseníase e ao grau de aderência ao tratamento medicamentoso, houve predomínio de casos multibacilares, forma mais grave da doença, e um alto índice de não aderidos.

Além disso, as análises realizadas indicam haver associação entre sintomas psicológicos quanto à depressão, ansiedade e estresse e o grau de adesão ao tratamento medicamentoso no contexto da hanseníase, dado que aponta para a maior severidade destes sintomas no grupo considerado como não aderido ao tratamento pelo teste TMG. Reforça os achados de que quadros psicopatológicos podem comprometer a manutenção e conclusão da terapia medicamentosa, elemento central do tratamento da enfermidade. Nesse sentido, enfatiza a necessidade do atendimento interdisciplinar para o tratamento de hanseníase, que, apesar de sustentado pela literatura, muitas vezes não faz parte da realidade de atendimento nas unidades de saúde brasileiras.

## 8 REFERÊNCIAS

- ABRAÇADO, M. F. S.; CUNHA, M. H. C. M.; XAVIER, M. B. Adesão ao tratamento de hanseníase em pacientes com episódios reacionais hansênicos em uma unidade de referência. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 6, n. 2, p. 23-28, jun/2015 .
- ANDRADE, B. L. A.; ROCHA, D. G. Doenças negligenciadas e bioética: diálogo de um velho problema com uma nova área do conhecimento. **Revista Bioética**, v. 23, n. 1, p. 105-113, 2015.
- ARACHCHI, M. M.; KUMARI, A. G. D.; WICKRAMASINGHE, R.; KURUPPU, N. R.; MADHAVI, A. P. Stigmatization in Leprosy: A descriptive study from patients' perspective in Sri Lanka. **Scientific Research Journal**, v. V, Issue IX, p.10-13, Sept. 2017.
- ARAÚJO, A. E. R. A.; AQUINO, D. M. C. D.; GOULART, I. M. B.; PEREIRA, S. R. F.; FIGUEIREDO, I. A.; SERRA, H. O.; FONSECA, P. C. A.; CALDAS, A. D. J. M. Neural complications and physical disabilities in leprosy in a capital of northeastern Brazil with high endemicity. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, p. 899-910, 2014.
- BARRETO, J. G.; GUIMARÃES, L. S.; FRADE, M. A. C.; ROSA, P. S.; SALGADO, C. G. High rates of undiagnosed leprosy and subclinical infection amongst school children in the Amazon Region. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v.107, suppl. 1, p.60-67, Dez. 2012.
- BARRETO, J. A. 7. Diagnóstico laboratorial da Hanseníase: indicações e limitações. **HANSENÍASE**, p. 131, 2014.
- BEN, A. J.; NEUMANN, C. R.; MENGUE, S. S. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 46, n. 2, p. 279-289, 2012.
- BOOGAARD, J. V. D.; LYIMO, R. A.; BOEREE, M. J.; KIBIKI, G. S.; AARNOUTSE, R. E. Electronic monitoring of treatment adherence and validation of alternative adherence measures in tuberculosis patients: a pilot study. **Bulletin of the World Health Organization**, 89, 632-639, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde; Brasil. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Guia prático sobre a hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Banco de dados do Sistema de Informação de Agravos e Notificação – SINANET**. Brasília: Ministério, 2018.

BRITO, K. K. G.; DA COSTA ANDRADE, S. S.; DE SANTANA, E. M. F.; DE OLIVEIRA MATOS, S. D.; DINIZ, I. V.; DE AGUIAR, E. S. S.; LEITE, K. N. S.; BEZERRA, V. P.; DA SILVA, M. A.; DE SOUZA, A. P. M. A.; DOS SANTOS OLIVEIRA, S.; SOARES, M. J. G. O. Epidemiological and temporal analysis of leprosy in a Brazilian endemic state. **International Archives of Medicine**, v. 9, 2016.

BRITTON, W.J; LOCKWOOD, D.N. Leprosy. **The Lancet**, v. 363, n. 9416, p. 1209-1219, Apr. 2004.

CABRAL, D. **Lepre, medicina e políticas de saúde no Brasil (1894-1934)**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2013.

CAMARGO, L. A.; CAPITÃO, C. G.; FILIPE, E. M. V. Saúde mental, suporte familiar e adesão ao tratamento: associações no contexto HIV/Aids. **Psico-USF**, v. 19, n. 2, p. 221-232, 2014.

CASTRO, S. S. D.; SANTOS, J. P. P.; ABREU, G. B.; OLIVEIRA, V. R.; FERNANDES, L. F. R. M. Leprosy incidence, characterization of cases and correlation with household and cases variables of the Brazilian states in 2010. **Anais brasileiros de dermatologia**, 91(1), 28-33, 2016.

CHALISE, S. C. Leprosy disease in Nepal: Knowledge and non-compliance of patients. **Journal of the Nepal Medical Association**, v. 44, n. 158, 2005.

CHICHAVA, O. A.; ARIZA, L.; OLIVEIRA, A. R.; FERREIRA, A. C.; MARQUES DA SILVA, L. F.; BARBOSA, J. C. Reasons for interrupting multidrug therapy against leprosy: the patients' point of view. **Leprosy review**, v. 82, n. 1, p. 78-80, 2011.

COEBERGH, J. A.; BUDDINGH, H. Non-adherence to leprosy treatment in Western Sudan; the people behind the numbers. **Leprosy Review**, v. 75, p. 404, 2004.

CORNÉLIO, R. C. A. C.; PINTO, A. L. T.; PACE, F. H. L.; MORAES, J. P.; CHEBLI, J. M. F. Não-adesão ao tratamento em pacientes com doença de Crohn: prevalência e fatores de risco. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 46, n. 3, p. 183-189, set. 2009.

COSTA, M. D.; TERRA, F. D. S.; COSTA, R. D.; LYON, S.; COSTA, A. M. D. D.; ANTUNES, C. M. D. F. Assessment of quality of life of patients with leprosy reactional states treated in a dermatology reference center. **Anais brasileiros de dermatologia**, 87(1), 26-35, 2012.

CRESPO, M. J. I.; GONÇALVES, A.; PADOVANI, C. R. Hanseníase: pauci e multibacilares estão sendo diferentes?. **Medicina** (Ribeirão Preto. Online), v. 47, n. 1, p. 43-50, 2014.

CUTLER D.M.; EVERETT, W. Thinking Outside the Pillbox - Medication Adherence as a Priority for Health Care Reform. **The New England Journal Of Medicine**, 362, p. 1553–1555, Apr. 2010.

DE ANDRADE, K. V. F.; NERY, J. S., PESCARINI, J. M., RAMOND, A., SANTOS, C. A. D. S. T., ICHIHARA, M. Y.; ...; BARRETO, M. L. Geographic and socioeconomic factors associated with leprosy treatment default: An analysis from the 100 Million Brazilian Cohort. **PLoS neglected tropical diseases**, v. 13, n. 9, p. e0007714, 2019

DANIELSON, E.; MELIN-JOHANSSON, C.; MODANLOO, M. Adherence to Treatment in Patients with Chronic Diseases: From Alertness to Persistence. **International journal of community based nursing and midwifery**, v. 7, n. 4, p. 248, 2019.

DE SOUZA, E. A.; FERREIRA, A.F.; BOIGNY, R. N.; ALENCAR, C.H.; HEUKELBACH, J.; MARTINS-MELO, F.R.; BARBOSA, J. C.; RAMOS JR, A.N. Hanseníase e gênero no Brasil: tendências em área endêmica da região Nordeste. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 20, fev. 2018.

DEWULF, N. D. L. S.; MONTEIRO, R. A.; PASSOS, A. D. C.; VIEIRA, E. M.; DE ALMEIDA TRONCON, L. E. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrintestinais crônicas acompanhados no ambulatório de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, 42(4), 575-584, 2006.

EIDT, L. M. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 2, p.76-88, Ago. 2004.

FISCHER, M. Leprosy—an overview of clinical features, diagnosis, and treatment. **JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft**, v. 15, n. 8, p. 801-827, 2017.

FITNESS, J.; TOSH, K.; HILL, A.V.S. Genetics of susceptibility to leprosy. **Genes and Immunity**, v. 3, p.441–453, Dec. 2002.

FRÖHLICH, S. E.; VIGO, A.; MENGUE, S. S. Association between the Morisky Medication Adherence Scale and medication complexity and patient prescription knowledge in primary health care. **Latin American Journal of Pharmacy**, v. 30, 2011.

GARIMA, G.; SHARMA, A.; SHARMA, S.; SINGH, N.; VOHRA, P.; SHARMA, N.; SINGH, S. Assessment of knowledge and awareness about leprosy among medical college students in Mewat region of Haryana. **International Journal of Clinical and Biomedical Research**, v.4, n.1, p. 1-4, Jan. 2018.

GONÇALVES, F. G.; BELONE, A. D. F. F.; ROSA, P. S.; LAPORTA, G. Underlying mechanisms of leprosy recurrence in the Western Amazon: a retrospective cohort study. **BMC infectious diseases**, v. 19, n.1, p. 460, 2019.

GOULART, I. M. B.; ARBEX, G. L.; CARNEIRO, M. H.; RODRIGUES, M. S.; GADIA, R. Efeitos adversos da poliquimioterapia em pacientes com hanseníase: um levantamento de cinco anos em um Centro de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical [online]**, vol.35, n.5, p.453-460, Set./Out. 2002.

GLOMBIEWSKI, J. A; NESTORIUC, Y.; RIEF, W.; GLAESMER, H.; BRAEHLER, E. Medication adherence in the general population. **PLoS One**, San Francisco, v. 7, n. 12, p. 50537, 2012.

HANUMANTHAYYA, K; MANJUNATH, K. G.; YADAV, J. ; BALASUBRAHMANYAM, G. Leprosy Discovered Through Religious Books. **RGUHS Journal of Medical Sciences**, v. 7, n. 3, p. 122-125, 2017.

HEIJNDERS, M. L. An exploration of the views of people with leprosy in Nepal concerning the quality of leprosy services and their impact on adherence behaviour. **Leprosy review**, v. 75, n. 4, p. 338-347, 2004.

HEUKELBACH, J.; CHICHAVA, O.A.; DE OLIVEIRA, A.R.; HÄFNER, K.; WALTHER, F.; DE ALENCAR, C.H.M.; RAMOS JR., A.N.; FERREIRA, A.C.; ARIZA, L. Interruption and Defaulting of Multidrug Therapy against Leprosy: Population-Based Study in Brazil's Savannah Region. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, v. 5, n. 5, p. e1031, Apr. 2011.

JIMMY, B.; JOSE, J. Patient medication adherence: measures in daily practice. **Oman Medical Journal**, v.26, n.3, p.155–159, 2011.

KUMAR, R. B.; SINGHASIVANON, P.; SHERCHAND, J. B.; MAHAISAVARIYA, P.; KAEWKUNGWAL, J.; PEERAPAKORN, S.; MAHOTARN, K. Gender differences in epidemiological factors associated with treatment completion status of leprosy patients in the most hyperendemic district of Nepal. **The Southeast Asian journal of tropical medicine and public health**, v. 35, n.2, p. 334-339, 2004.

KUMAR, A.; GIRDHAR, A.; CHAKMA, J. K.; GIRDHAR, B. K. WHO multidrug therapy for leprosy: epidemiology of default in treatment in Agra district, Uttar Pradesh, India. **BioMed research international**, 2015.

LAM, W. Y.; FRESCO, P. Medication adherence measures: an overview. **BioMed research international**, v. 2015, 2015.

LASTÓRIA, J. C.; ABREU, M. A. M. M. Hanseníase: diagnóstico e tratamento. **Diagnóstico & Tratamento**, v. 17, n. 4, p. 173-9, 2012.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. D. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8, p. 775-782, 2003.

LIRA, K. B.; LEITE, J. J. G.; MAIA, D. C. B. S. C.; FREITAS, R. M. F.; FEIJÃO, A. R. Knowledge of the patients regarding leprosy and adherence to treatment. **Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 16, n.5,p. 472-475, 2012.

LOCKWOOD, D.N.J; SUNEETHA, S. Leprosy: too complex a disease for a simple elimination paradigm. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 83, p. 230-235, 2005.

LOVIBOND, P. F.; LOVIBOND, S. H. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. **Behaviour Research and Therapy**, v. 33, n.3, p. 335-343, 1995.

LUNA, I. T.; BESERRA, E.P.; ALVES, M.D.S.; PINHEIRO, P.N.C. Adesão ao tratamento da Hanseníase: dificuldades inerentes aos portadores. **Revista brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 983-990, Dez. 2010.

MACHADO, W. L.; BANDEIRA, D. R. **Adaptação e validação da Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) para o Português brasileiro**. Manuscript submitted for publication., 2013.

MACIEL, L. R. Memories and history of Hansen's disease in Brazil told by witnesses (1960-2000). **História, Ciências, Saúde** - Manguinhos, Rio de Janeiro, v.10, supl.1, p.308-336. 2003.

MARTINS, B. G.; SILVA, W. R. D.; MAROCO, J.; CAMPOS, J. A. D. B. Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse: propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, v. 68, n. 1, p. 32-41, Mar. 2019

MATTOS, D. M.; FORNAZARI, S. K. A lepra no Brasil: representações de poder. **Cadernos de Ética e Filosofia Política**, v.6, n.1, p. 45-5, 2005.

MORISKY, D.; GREEN, W.; LEVINE, D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Medical Care**, v. 24, p. 67-74, 1986.

NAAZ, F.; MOHANTY, P. S.; BANSAL, A. K.; KUMAR, D.; GUPTA, U. D. Challenges beyond elimination in leprosy. **International journal of mycobacteriology**, v. 6, n. 3, p. 222, 2017.

NAGORI, M. A.; DAS, S. A STUDY TO ASSESS ADHERENCE REGARDING MULTIDRUG THERAPY AMONG LEPROSY PATIENT'S REGISTERED IN VARIOUS LEPROSY CENTRE AT UJJAIN (MP). **Indian Journal of Applied Research**, v. 9, n. 4, 2019.

NASCIMENTO, R. C. R. M. D.; ÁLVARES, J.; GUERRA JUNIOR, A. A.; GOMES, I. C.; SILVEIRA, M. R.; COSTA, E. A.; ...; KARNIKOWSKI, M. G. D. O. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.51, p.19s, 2017.

NOBRE, M. L.; AMORIM, F. M.; DE SOUZA, M. C. F.; NEVES-MANTA, F. S.; ESQUENAZI, D.; MORAES, M. O.; SARNO, E. N.; JERONIMO, S. M. B. Multibacillary leprosy and the elderly: a field for further research. **Leprosy Review**, v. 88, p. 510-519, 2017.

NORIEGA, L. F.; CHIACCHIO, N. D.; NORIEGA, A. F.; PEREIRA, G. A. A. M.; VIEIRA, M. L. Leprosy: ancient disease remains a public health problem nowadays. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro , v. 91, n. 4, p. 547-548, Aug/ 2016.

NWOSU, M. C.; NWOSU, S. N. N. Leprosy control in the post leprosaria abolition years in Nigeria: Reasons for default and irregular attendance at treatment centers. **West African journal of medicine**, v. 21, n. 3, p. 188-191, 2002.

OBRELI-NETO, P. R.; BALDON, A. O.; GUIDONI, C. M.; BERGAMINI, D.; HERNANDES, K. C.; LUZ, R. T. Métodos de avaliação de adesão à farmacoterapia. **Revista Brasileira de Farmácia**, v.93, n.4, p. 403-410, 2012.

OPROMOLLA, D. V. A. **Noções de hansenologia**. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 1981.

OPROMOLLA, P. A.; LAURENTI. R. Controle da hanseníase no Estado de São Paulo: análise histórica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 195-203, 2011.

OROZCO VARGAS, L. C.; GARCÍA RUEDA, A.; BECERRA, X.; JAIMES MORENO, E.; SIERRA LEÓN, L. D. Factores asociados con la irregularidad de la ingesta de Dapsona en pacientes con lepra: Dapsona en pacientes con lepra. **Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud**, v. 45, n. 1, p. 7-14, Apr. 2013

Organização Mundial de Saúde.OMS. **Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase**: período do plano: 2011-2015. / Organização Mundial da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 34 p.: il.

ORSINI, M.; FREITAS, M.R.G.; ANTONIOLI, R.S.; MELLO, M.P.; REIS, J.P.B; REIS, C.H.M.; SILVA, J.G.; CARVALHO, R.W.; NASCIMENTO, O.J.M.; GUIMARÃES, R.R. Estudos clínicos, imunopatológicos e eletrofisiológicos dos nervos periféricos na hanseníase. **Revista Neurociências**, v. 16, n. 3, p. 220-30, jul. 2008.

PAGÈS-PUIGDEMONT, N.; MANGUES, M. A.; MASIP, M.; GABRIELE, G.; FERNÁNDEZ-MALDONADO, L.; BLANCAFORT, S.; TUNEU, L. Patients' Perspective of Medication Adherence in Chronic Conditions: A Qualitative Study.” **Advances in therapy** v. 33, n.10, p. 1740-1754, 2016.

PENAFORTE, K. L.; ARAÚJO, S. T.; FERNANDES, V. O.; BARBOSA, I. V.; CESTARI, V. R. F.; MONTENEGRO JÚNIOR, R. M. Association between polypharmacy and the

adherence to pharmacological treatment in patients with diabetes. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, vol.18, núm. 5, pp. 631-638, 2017.

PESCARINI, J. M.; STRINA, A.; NERY, J. S.; SKALINSKI, L. M.; DE ANDRADE, K. V. F.; PENNA, M. L. F.; BRICKLEY, E. B.; RODRIGUES, L. C.; BARRETO, M. L.; PENNA, G. O. Socioeconomic risk markers of leprosy in high-burden countries: A systematic review and meta-analysis. **PLoS neglected tropical diseases**, v. 12, n. 7, p. e0006622, 2018.

QUEIRÓS, M. I; RAMOS JÚNIOR, A. N.; ALENCAR, C. H. M.; MONTEIRO, L. D.; SENA, A. L.; BARBOSA, J. C. Clinical and epidemiological profile of leprosy patients attended at Ceará, 2007-2011. **Anais brasileiros de dermatologia**, v. 91, n. 3, p. 311-317, 2016.

RAFFERTY, J. Curing the stigma of leprosy. **Leprosy Review**, v.76, p. 119-126, 2005.

RAJU, M.S.; JOHN, A.S.; KUIPERS, P. What stops people completing multi-drug therapy? Ranked perspectives of people with leprosy, their head of family and neighbours – across four Indian states. **Leprosy Review**, v. 86, p. 6-20, Feb. 2015.

RAJU, M. S.; ELKANA, M.; FAILBUS, P.; PALLA, J. P.; HEMBROM, U. K.; RAO, P. S. Correlates of defaulting from MDT among leprosy patients. **Indian Journal of Leprosy**, v. 87, p. 241-248, 2016.

RAMOS, L.; FERREIRA, E. A. P. Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com diabetes tipo 2. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**, v. 21, n. 3, p. 867-877, 2011.

RAO, P. S. S. A Study on Non-adherence to MDT among Leprosy Patients. **Indian journal of leprosy**, v. 80, n. 2, p. 149, 2008.

REIS, F.J.J.; LOPES, D.; RODRIGUES, J.; GOSLING, A.P.; GOMES, M. K. Psychological distress and quality of life in leprosy patients with neuropathic pain. **Leprosy Review**, v.85, n.3, p.186–193, Sept. 2014.

RIBEIRO, M. D. A.; SILVA, J. C. A.; OLIVEIRA, S. B. Estudo epidemiológico da hanseníase no Brasil: reflexão sobre as metas de eliminação. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e42, 2018.

RODINI, F. C. B.; GONÇALVES, M.; BARROS, A. R. D. S. B.; MAZZER, N.; ELUI, V. M. C.; FONSECA, M. D. C. R. Prevenção de incapacidade na hanseníase com apoio em um manual de autocuidado para pacientes. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 17, n.2, p. 157-166, 2010.

SANTA HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, p. 764-767, 2008.

SEWITCH, M.J.; ABRAHAMOWICZ, M.; BURKUN, A.; BITTON, A.; WILD, G.E.; COHEN, A.; DOBKIN, P.L. Patient nonadherence to medication in inflammatory Bowel disease. **The American Journal of Gastroenterology**, v. 98, n. 7, p. 1535-1544, 2003.

SILVA, N. L.; RIBEIRO, E.; NAVARRO, J. L.; ZANINI, A. C. Compliance with treatment: related-issues and insights for pharmacist intervention. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 47, n. 1, p. 1-12, Mar. 2011.

SILVEIRA, M. G. B.; COELHO, A. R.; RODRIGUES, S. M.; SOARES, M. M.; CAMILLO, G. N. Portador de hanseníase: impacto psicológico do diagnóstico. **Psicologia & Sociedade**, v.26, n.2, p. 517-527, 2014.

SINGH, S. K.; GUPTA, S. K.; MUKHIJA, R. D.; THACKER, A.K. Electrophysiological Study of Nerves in Type-II Reaction in Leprosy. **Indian Journal of Dermatology**, v.62, n.6, p.644–648, Nov./Dec., 2017.

SOUSA, L. M. M. D.; MARQUES-VIEIRA, C. M. A.; SEVERINO, S. S. P.; CORREO, J. L. P. R.; GOMES, J. C. R.; JOSÉ, H. M. G. A Depression Anxiety Stress Scale em pessoas com doença renal crônica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (17), 50-57, 2017.

TALHARI, C.; TALHARI, S.; PENNA, G. O. Clinical aspects of leprosy. **Clinics in dermatology**, v. 33, n. 1, p. 26-37, 2015.

TRINDADE, L.C.; ZAMORA, A.R.N.; MENDES, M.S.; CAMPOS, G.P.; DE AQUINO J.Á.P.; CANTÍDIO, M.M.; ET AL. Factors associated with non-adherence to leprosy treatment in João Pessoa, Paraíba State (Brazil). **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.51–65, 2009.

TSUTSUMI, A.; IZUTSU, T.; ISLAM, A. M.; MAKSUDA, A. N.; KATO, H.; WAKAI, S. The quality of life, mental health, and perceived stigma of leprosy patients in Bangladesh. **Social science & medicine**, v.64, n.12, p.2443-2453, 2007.

UNNI, E. J.; FARRIS, K. B. Development of a new scale to measure self-reported medication nonadherence. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, v. 11, n. 3, p. e133-e143, 2015.

URA, S.; DIÓRIO, S.M.; CARREIRA, B.G.; TRINO, L.M.; LAURIS, J.R.; BARRAVIEIRA, B. Estudo terapêutico comparando a associação de rifampicina, ofloxacina e minociclina com associação rifampicina, clofazimina e dapsona em pacientes com hanseníase multibacilar. **Hansenologia Internationalis**, v. 32, n.1, p. 57-65, 2007.

ZELKO, E.; KLEMENC-KETIS, Z.; TUSEK-BUNC, K. Medication adherence in elderly with polypharmacy living at home: a systematic review of existing studies. **Materia socio-medica**, v. 28, n. 2, p. 129, 2016.

WEIAND, D.; THOULASS, J.; SMITH, W. C. Assessing and improving adherence with multidrug therapy. **Leprosy review**, v. 83, n. 3, p. 282-292, 2012.

WILLIAMS, A.B.; AMICO, K.R.; BOVA, C.; WOMACK, J.A. A proposal for quality standards for measuring medication adherence in research. **AIDS and Behavior**, v.17, n.1, p.284–297, 2013.

World Health Organization. WHO. **Constitution 1946**. (Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States – Official Records of the World Health Organization, n.2, p. 100 – and entered into force on 7 April 1948).

World Health Organization. WHO. **Adherence to long-term therapies: Evidence for action**. I. WHO Adherence to Long Term Therapies Project. II. Global Adherence Interdisciplinary Network. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2003.

World Health Organization. WHO. **Global Leprosy Strategy 2016–2020: Accelerating towards a leprosy-free world**. WHO SEARO/Department of Control of Neglected Tropical Diseases, New Delhi; 2016a. Disponível em:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208824/14/9789290225096\\_en.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208824/14/9789290225096_en.pdf)

World Health Organization. WHO. **Weekly epidemiological record**. 2 SEPTEMBER 2016, 91th YEAR. No 35, 91, 405–420, 2016b. Disponível em:  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249601/1/WER9135.pdf?ua=1>

World Health Organization. WHO. **Weekly epidemiological record**. 1ST SEPTEMBER 2017, 92th YEAR. No 35, 92, 501–520, 2017. Disponível em:  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258841/1/WER9235.pdf?ua=1>

ZANELLA, L. F.; SOUSA, I. B. A.; BARBOSA, M. S.; FACCENDA, O.; SIMIONATTO, S.; MARCHIORO, S. B. High detection rate of new cases of multibacillary leprosy in Mato Grosso do Sul, Brazil: an observational study from 2001-2015. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, 60, e67. Epub November 08, 2018.

## APÊNDICE

### APÊNDICE 1 – Entrevista Estruturada

#### ENTREVISTA ESTRUTURADA

Nº \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ (em anos)

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Cor (Escala Fitzpatrick): \_\_\_\_\_

Estado Civil: a. ( ) com companheiro b. ( ) sem companheiro

Escolaridade: a.( )E. Fundamental b.( )E. Médio c.( )E. Superior d.( )Pós-Graduação

Filhos: \_\_\_\_\_ Idade dos Filhos: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Renda Familiar: \_\_\_\_\_ Quantas pessoas dependem dessa renda? \_\_\_\_

Reside com quantas pessoas? \_\_\_\_\_

Forma Clínica do MH: \_\_\_\_\_

Tempo de diagnóstico do MH: \_\_\_\_\_

Outra pessoa na família/convívio possui diagnóstico de MH? ( ) Sim ( ) Não

Surto reacional: ( ) Sim ( ) Não Presença de dor neural? ( ) Sim ( ) Não

Precisa de ajuda para lembrar-se de se medicar? ( ) Sim ( ) Não

Distância aproximada de sua residência até local de retirada de medicação:

O medicamento está sempre disponível no local de retirada? ( ) Sim ( ) Não

**Como você soube da sua doença?**

---



---



---

**Você tem dificuldades nas atividades do dia a dia por causa da hanseníase?**

( ) Sim ( ) Não

**Se sim, qual(is)?**

---



---



---

**Possui alguma outra doença diagnosticada pelo médico? ( ) Sim ( ) Não**

**Se sim, qual(is)?**

---

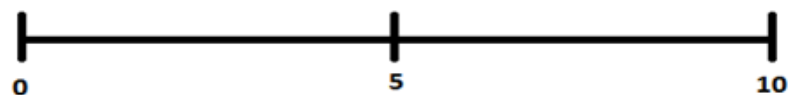
**Quantos medicamentos você toma atualmente além da PQT? \_\_\_\_\_**

**Como você considera sua saúde?**

a.( ) Péssima    b.( ) ruim    c.( ) regular    d.( ) boa    e.( ) ótima

**Baseando-se no que foi prescrito pelo médico, como o(a) senhor(a) classificaria seu comportamento de tomar a medicação para hanseníase?**

\*Marque 0 se não conseguiu de forma alguma seguir as prescrições do médico quanto à tomada de remédios; 5 se conseguiu seguir pelo menos metade do que foi prescrito; e 10 se conseguiu seguir as prescrições perfeitamente. Lembrando que o(a) senhor(a) pode marcar em qualquer ponto de zero a dez.



### CONHECIMENTOS SOBRE HANSENÍASE

**1. Quais são os principais sintomas de hanseníase?**

- a. ☐ Mencionou apenas 1 sintoma
- b. ☐ Mencionou de 2 a 4 sintomas
- c. ☐ não soube responder

**2. Trata-se de uma doença contagiosa?** a. ☐ sim   b. ☐ não   c. ☐ não soube responder

**3. Quando o tratamento é iniciado deixa-se de transmitir a doença?**

- a. ☐ sim      b. ☐ não      c. ☐ não soube responder

**4. A hanseníase tem cura?** a. ☐ sim   b. ☐ não   c. ☐ não soube responder

**5. Caso o tratamento seja encerrado antes do prazo, a doença pode voltar?**

- a. ☐ sim   b. ☐ não   c. ☐ não soube responder

**APÊNDICE 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE**

Estimado sr/sra. meu nome é Ana Paula Caserta Tencatt Abrita, sou a pesquisadora responsável pelo trabalho “PREDITORES DA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO EM PACIENTES COM HANSENÍASE: UMA ANÁLISE SOCIODEMOGRÁFICA E PSICOLÓGICA”.

Venho convidá-lo(a) a participar dessa pesquisa, que tem como objetivo conhecer quais características dos pacientes com hanseníase podem estar relacionadas ao fato dele tomar corretamente ou não os medicamentos recomendados pelo médico para o tratamento da hanseníase. Esse tipo de pesquisa colabora para o conhecimento sobre a doença, ajudando a elaborar maneiras de melhorar o tratamento, e com isso, reduzir o desconforto que o processo até a cura pode oferecer.

Você precisa decidir se gostaria de participar. Leia este documento com atenção e sinta-se à vontade para fazer perguntas ao pesquisador.

Tudo o que iremos investigar sobre depressão/ansiedade/estresse, adesão ao tratamento medicamentoso e características sociodemográficas será por meio de perguntas objetivas e uma entrevista, aplicados todos no mesmo dia, a fim de não prejudicar sua rotina. A entrevista ocorrerá em uma sala reservada no ambulatório de dermatologia, levando em média 40 minutos para a conclusão. É importante dizer que a coleta de informações terá um risco mínimo, podendo talvez causar um constrangimento, ficando garantida a recusa em responder, sem nenhum prejuízo a você. Caso seja necessário algum acompanhamento específico, decorrente da pesquisa, fica garantido pela Pesquisadora o encaminhamento e acompanhamento.

Os resultados obtidos por meio de sua participação serão para fins de pesquisa e eventos científicos, sem constar dados que possam de alguma forma te identificar, garantindo o sigilo e confidencialidade. Estaremos fornecendo uma devolutiva individual a você dos resultados da pesquisa.

Não se esqueça que sua participação é voluntária e pode ser encerrada a qualquer momento que desejar, sem causar prejuízos a você. Outra informação importante é que você não será pago para participar desta pesquisa e não terá gasto financeiro para a realização da mesma.

Será entregue uma via deste documento para o pesquisador e outra para você. Caso tenha alguma dúvida (antes, durante ou após a pesquisa), você poderá entrar em contato pelo telefone (67) 99818-3414, estarei à disposição Pesquisadora Ana Paula Caserta Tencatt Abrita.

Caso você tenha alguma dúvida, quanto a sua participação, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa/UFMS pelo email: [cepconeppropp@ufms.br](mailto:cepconeppropp@ufms.br) ou pelo telefone (67) 3345-7187.

Campo Grande, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018

---

Assinatura do Participante

---

Assinatura do pesquisador responsável

**ANEXO 1** – Versão adaptada e validada para o português da *Depression Anxiety and Stress Scale* (DASS-21)

| <h1>DASS</h1>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                   | Nome: | Data: |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|
| <p>Por favor, leia cada afirmativa e marque um dos números (0, 1, 2 ou 3) que indique quanto a afirmativa se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste muito tempo em nenhuma das afirmativas.</p> <p>0 Não se aplicou a mim de forma alguma</p> <p>1 Aplicou-se a mim de alguma forma ou em algumas vezes</p> <p>2 Aplicou-se a mim de forma considerável ou em boa parte do tempo</p> <p>3 Aplicou-se muito a mim ou na maior parte do tempo</p> |                                                                                                                                                                                   |       |       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Eu tive dificuldade para me acalmar                                                                                                                                               | 0     | 1 2 3 |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Eu percebi que estava com a boca seca                                                                                                                                             | 0     | 1 2 3 |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Eu não conseguia ter sentimentos positivos                                                                                                                                        | 0     | 1 2 3 |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Eu tive dificuldade para respirar (por exemplo, tive respiração muito rápida ou falta de ar sem ter feito esforço físico)                                                         | 0     | 1 2 3 |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Eu achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas                                                                                                                              | 0     | 1 2 3 |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Eu tive reações exageradas às situações                                                                                                                                           | 0     | 1 2 3 |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Eu tive tremores (por exemplo, nas mãos)                                                                                                                                          | 0     | 1 2 3 |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Eu senti que estava bastante nervoso(a)                                                                                                                                           | 0     | 1 2 3 |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Eu fiquei preocupado(a) com situações em que poderia entrar em pânico e fazer papel de bobó(a)                                                                                    | 0     | 1 2 3 |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Eu senti que não tinha expectativas positivas a respeito de nada                                                                                                                  | 0     | 1 2 3 |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Eu notei que estava ficando agitado(a)                                                                                                                                            | 0     | 1 2 3 |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Eu achei difícil relaxar                                                                                                                                                          | 0     | 1 2 3 |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Eu me senti abatido(a) e triste                                                                                                                                                   | 0     | 1 2 3 |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Eu não tive paciência com nada que interrompesse o que eu estava fazendo                                                                                                          | 0     | 1 2 3 |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Eu senti que estava prestes a entrar em pânico                                                                                                                                    | 0     | 1 2 3 |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Eu não consegui me empolgar com qualquer coisa                                                                                                                                    | 0     | 1 2 3 |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Eu senti que não tinha valor como pessoa                                                                                                                                          | 0     | 1 2 3 |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Eu senti que eu estava muito irritado(a)                                                                                                                                          | 0     | 1 2 3 |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Eu percebi as batidas do meu coração na ausência de esforço físico (por exemplo, a sensação de aumento dos batimentos cardíacos ou de que o coração estava batendo fora do ritmo) | 0     | 1 2 3 |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Eu me senti assustado(a) sem qualquer razão                                                                                                                                       | 0     | 1 2 3 |
| 21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Eu senti que a vida não tinha sentido                                                                                                                                             | 0     | 1 2 3 |

**ANEXO 2** – Versão adaptada para o português do Teste de *Morisky-Green*, versão modificada por Sewicht (2003)

| ITENS                                                                                                                   | PONTUAÇÃO |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------|
| 1. Alguma vez você se esqueceu de tomar seus medicamentos?                                                              | Sim (0)   | Não (1) |
| 2. Alguma vez você foi descuidado com os horários de tomar os medicamentos?                                             | Sim (0)   | Não (1) |
| 3. Alguma vez você deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por se sentir melhor?                             | Sim (0)   | Não (1) |
| 4. Alguma vez você deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por iniciativa própria, após ter se sentido pior? | Sim (0)   | Não (1) |