

DEPRESSÃO, ANSIEDADE, ESTRESSE E A NÃO ADEÇÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE HANSENÍASE

DEPRESSION, ANXIETY, STRESS AND NON-ADHERENCE TO LEPROSY MULTIDRUG TREATMENT

Ana Paula Abrita^{†1}, Rivaldo da Cunha^{1,2}, Günter Hans Filho^{1,3}, & Albert de Souza^{1,4}

¹Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Faculdade de Medicina, Campo Grande, MS, Brasil.

²Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

³Departamento de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

⁴Instituto de Biociências, Laboratório de Biofisiofarmacologia, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

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 de 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. 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%) e um alto índice de não aderidos (47,1%). Com base nos testes de comparação e associação, os participantes classificados como não aderentes ao tratamento 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 gravidade de sintomas quanto à depressão, ansiedade e estresse no grupo considerado como não aderido ao tratamento pelo TMG, reforçando a necessidade de atendimento interdisciplinar nesse contexto.

Palavras-Chave: Hanseníase, Adesão ao tratamento, Depressão, Ansiedade, Estresse psicológico

Abstract: This study aims to identify predictors of adherence to multidrug treatment in patients diagnosed with leprosy treated at the University Hospital Maria Aparecida Pedrossian - EBSEH and Hospital São Julião, in Campo Grande - MS. This is a cross-sectional, descriptive and correlational study. The sample consisted of 68 participants diagnosed with leprosy and undergoing multidrug treatment. For data collection, the following instruments were used: Structured Interview, Depression Anxiety and Stress Scale - Short Form (DASS-21), Morisky-Green Test (MGT) and secondary data from medical records. 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

[†]Autor de Correspondência: Ana Paula Brita (paula.tencatt@ufms.br)

Submetido: 12 de maio de 2021

Aceite: 19 de junho de 2023

degree of adherence to multidrug treatment, there was a predominance of multibacillary cases (92.6%) and a high rate of non-adherents (47.1%). Based on the comparison and association tests, participants classified as non-adherent to treatment by the MGT had a significantly higher average score in all domains assessed by DASS-21 when compared to 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 MGT, reinforcing the need for interdisciplinary care in this context.

Keywords: Leprosy, Treatment adherence, Depression, Anxiety, Psychological stress

A hanseníase ou mal de Hansen – MH – é uma doença infecciosa, granulomatosa e de evolução crônica (Talhari et al., 2015), cujo agente etiológico é o *Mycobacterium leprae* (Orsini et al., 2008). Acredita-se que a doença 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 (Ministério da Saúde, 2017).

Segundo as diretrizes da Organização Mundial de Saúde – OMS (2017), 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).

Com a recomendação do tratamento poliquimioterápico (PQT) pela OMS na década de 80 e a criação de medidas de eliminação da hanseníase houve a queda significativa de sua prevalência no âmbito mundial (WHO, 2016a). Infelizmente, o Brasil faz 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; WHO, 2016b). Em 2016, juntamente com a Índia e Indonésia, reportou mais de dez mil novos casos, o que adverte para a concentração da doença em um número limitado de países (WHO, 2017).

Segundo dados fornecidos pelo boletim epidemiológico da OMS (WHO, 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 o Norte, Nordeste e Centro Oeste (Ministério da Saúde, 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 (Ministério da Saúde, 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 (Souza et al., 2018; WHO, 2017).

Quanto ao tratamento, estudos vêm sendo realizados para levantar os possíveis preditores de adesão (Heukelbach et al., 2011; Raju et al., 2015), mas normalmente se limitam a aspectos sociodemográficos dos participantes. No entanto, a OMS (WHO, 2016a) tem enfatizado a necessidade de se conhecer os aspectos sociais e humanos que envolvem a hanseníase, doença alvo

de discriminação e preconceito, 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, contribuiu-se para a compressão mais abrangente sobre a doença e seu tratamento, favorecendo a elaboração de intervenções mais eficientes.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo transversal, de cunho descritivo e correlacional.

Participantes

A amostra foi composta de 68 participantes com diagnóstico de hanseníase e em fase de tratamento poliquimioterápico, 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 e/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. 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.

Material

Entrevista Estruturada. Definida para identificar as características sociodemográficas dos participantes quanto a: idade, sexo, 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.

Depression Anxiety and Stress Scale - Short Form – DASS-21. Escala constituída por 21 questões em escala *likert* de quatro pontos, que visa mapear sintomas de depressão, ansiedade e estresse experienciados pelo participante na semana anterior a aplicação do instrumento (Lovibond & Lovibond, 1995; Vignola & Tucci, 2014). Os escores são interpretados como normal, leve, moderado, grave e extremamente grave. Quanto maior o escore obtido, maior o grau de gravidade.

Teste de Morisky-Green (versão modificada). Questionário dividido em quatro questões que visa avaliar o grau de adesão ao tratamento medicamentoso (Bem et al., 2012; Cornélio et al., 2009). Foi utilizada a versão modificada do questionário original (Morisky et al., 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 et al., 1986).

Os dados de prontuários foram utilizados para obter mais informações acerca do participante.

Procedimento

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. Todas estas informações foram detalhadas no Termo de Consentimento livre e esclarecido, 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.

A comparação entre pacientes aderentes e aqueles não aderentes ao tratamento pelo teste de 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 quadros. A análise estatística foi realizada por meio do programa estatístico SPSS, versão 23.0, considerando um nível de significância de 5%.

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Plataforma Brasil [CAAE: 96162918.1.0000.0021], bem como dos respectivos hospitais envolvidos.

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 6 (4,4%) o Ensino Superior. 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 8 (11,8%) informaram residir sozinha e não haver disponibilidade da medicação PQT nos locais de retirada. Além disso, 38 (55,9%) afirmam 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 na entrevista estruturada, 31 (45,6%) obtiveram nota máxima, enquanto apenas 11 (16,2%) pontuaram abaixo de sete pontos.

Segundo os dados obtidos pelo teste de *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 o Quadro 1, as variáveis sexo, escolaridade e estado civil não tiveram efeitos significativos no grau de aderência ao tratamento medicamentoso, segundo levantado pelo TMG (valor de p variando entre 0,169 a 0,878).

Quadro 1. 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		p -value*
	Não aderente % (n)	Aderente % (n)	
Sexo			
Feminino	59,1 (13)	40,9 (9)	0,169
Masculino	41,3 (19)	58,7 (27)	
Escolaridade			
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)	
Estado Civil			
Com companheiro(a)	43,2 (19)	56,8 (25)	0,386
Sem companheiro(a)	54,2 (13)	45,8 (11)	

Nota. *Valor de p no teste do qui-quadrado.

Outras variáveis que não obtiveram efeitos significativos no grau de aderência ao tratamento medicamentoso foram a presença de comorbidades ($p=0,702$), a ingestão de mais medicamentos além da PQT ($p=0,357$), autopercepção de saúde ($p=0,328$), surto reacional ($p=0,316$), dor neural ($p=0,796$), necessidade de ajuda para lembrar-se de se medicar ($p=0,840$), dificuldades nas atividades do dia a dia ($p=0,475$) e escore de conhecimentos sobre MH ($p=0,490$).

Já no Quadro 2, 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).

Quadro 2. 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		p-value*
	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

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

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. No Quadro 3 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.

Quadro 3. Distribuição dos participantes de acordo com as classificações obtidas pelo DASS-21

DASS -21	% (n)
Depressão	
Normal	45,6 (31)
Leve ou moderado	30,9 (21)
Severo ou extremamente severo	23,5 (16)
Ansiedade	
Normal	29,4 (20)
Leve ou moderado	23,5 (16)
Severo ou extremamente severo	47,1 (32)
Estresse	
Normal	45,6 (31)
Leve ou moderado	27,9 (19)
Severo ou extremamente severo	26,5 (18)

Já o Quadro 4 apresenta o resultado da análise da comparação e 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 pacientes 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 pacientes não aderentes. Esse dado aponta para a maior gravidade de sintomas quanto à depressão, ansiedade e estresse no grupo considerado não aderido.

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 pacientes classificados como tendo sintomas “Severo ou extremamente severo” 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 pacientes 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 pacientes 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% - $n=2$).

Quadro 4. Análise da comparação e associação das médias dos participantes aderentes e aqueles não aderentes ao tratamento de PQT no teste TMG, em relação às classificações obtidas pelo DASS-21

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

Nota. *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, $p<0,05$).

DISCUSSÃO

O presente estudo objetivou investigar os possíveis preditores da adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com hanseníase. 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 Henry et al. (2016), 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 (Souza et al., 2018).

A esse respeito, a WHO (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 por 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 essa temática, especialmente porque alguns autores, a exemplo de Nobre et al. (2017) e Kumar et al. (2015), 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 et al., 2014). Esse dado sugere 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 et al., 2015; WHO, 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 ± 3 salários mínimos. O maior número de casos de MH em indivíduos em fase economicamente produtiva e de baixa escolaridade, fatores também relatados por Souza et al. (2018) e De Andrade et al. (2019), 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 Kumar et al., (2015). Contrariamente a isso, Cerqueira et al. (2020) identificaram associação significativa entre sexo e adesão ao tratamento da hanseníase, estando os homens menos propensos a interromper o tratamento.

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. 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.

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, apresentaram uma menor adesão ao tratamento medicamentoso.

A associação entre sintomas psicopatológicos e a não adesão ao tratamento tem sido sustentada por diversos estudos. Camargo et al., (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 (Thomas et al., 2003). Nesse sentido, indivíduos afetados pelas doenças crônicas, como a hanseníase, podem ser considerados público de risco a 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, como prejuízos a sociedade e 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 (Ben et al., 2012; Van Den Boogaard et al., 2011), 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 (Lam & Fresco, 2015).

Sabendo-se desta limitação, foi realizada uma pergunta referente à autoavaliação sobre a adesão ao tratamento, presente na entrevista estruturada. 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.

Sendo assim, os resultados encontrados nesta pesquisa reforçam os achados de que quadros psicopatológicos podem comprometer a manutenção e conclusão da terapia medicamentosa, elemento central do tratamento da hanseníase. Nesse sentido, enfatiza a necessidade do atendimento interdisciplinar para o tratamento da enfermidade, que, apesar de sustentado pela literatura, muitas vezes não faz parte da realidade de atendimento nas unidades de saúde brasileiras.

ORCID

Ana Paula Abrita  <https://orcid.org/0000-0003-2600-6358>

Rivaldo da Cunha  <https://orcid.org/0000-0002-6622-7043>

Günter Hans Filho  <https://orcid.org/0000-0001-9324-3703>

Albert de Souza  <https://orcid.org/0000-0003-0017-672X>

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Ana Paula Abrita: Concetualização, Metodologia, Análise formal, Investigação, Administração do projeto, Redação do rascunho original.

Rivaldo da Cunha: Investigação, Redação do rascunho original, Supervisão.

Günter Hans Filho: Redação – Revisão e edição.

Albert de Souza: Concetualização, Metodologia, Investigação, Redação – Revisão e edição.

REFERÊNCIAS

Andrade, B. L. A., & Rocha, D. G. (2015). Doenças negligenciadas e bioética: diálogo de um velho problema com uma nova área do conhecimento. *Revista Bioética*, 23(1), 105-113. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015231051>

- Ben, A. J., Neumann, C. R., & Mengue, S. S. (2012). Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Revista de Saúde Pública*, 46(2), 279-289. Epub February 14, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000013>
- Britton, W. J., & Lockwood, D. N. (2004). Leprosy. *Lancet* (London, England), 363(9416), 1209–1219. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)15952-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)15952-7)
- Camargo, L. A., Capitão, C. G., & Filipe, E. M. V. (2014). Saúde mental, suporte familiar e adesão ao tratamento: associações no contexto HIV/Aids. *Psico-USF*, 19(2), 221-232. <https://doi.org/10.1590/1413-82712014019002013>
- Cerqueira, S. R. P. S., Santos, L. S. D., Morelo, E. F., Santos Júnior, A. C. M. D., Sousa, C. A. F., Gonçalves, R. T., Hans Neto, G., Marques, D. D. S., Sampaio, R. N. R., Kurizky, P. S., & Gomes, C. M. (2020). The interference of polypharmacy and the importance of clinical pharmacy advice in the treatment of leprosy: a case-control study. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 53, e20200114. <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0114-2020>
- Cornélio, R. C. A. C., Pinto, A. L. T., Pace, F. H. L., Moraes, J. P., & Chebli, J. M. F. (2009). Não-adesão ao tratamento em pacientes com doença de Crohn: prevalência e fatores de risco. *Arquivos de Gastroenterologia*, 46(3), 183-189. <https://doi.org/10.1590/S0004-28032009000300008>
- Crespo, M. J. I., Gonçalves, A., & Padovani, C. R. (2014). Hanseníase: pauci e multibacilares estão sendo diferentes?. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 47(1), 43-50. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v47i1p43-50>
- de Andrade, K. V. F., Silva Nery, J., Moreira Pescarini, J., Ramond, A., de Souza Teles Santos, C. A., Ichihara, M. Y., Fernandes Penna, M. L., B Brickley, E., C Rodrigues, L., Smeeth, L., L Barreto, M., Martins Pereira, S., & Oliveira Penna, G. (2019). Geographic and socioeconomic factors associated with leprosy treatment default: An analysis from the 100 Million Brazilian Cohort. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 13(9), e0007714. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0007714>
- Fischer M. (2017). Leprosy - an overview of clinical features, diagnosis, and treatment. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft = Journal of the German Society of Dermatology: JDDG*, 15(8), 801–827. <https://doi.org/10.1111/ddg.13301>
- Henry, M., GalAn, N., Teasdale, K., Prado, R., Amar, H., Rays, M. S., Roberts, L., Siqueira, P., de Wildt, G., Virmond, M., & Das, P. K. (2016). Factors contributing to the delay in diagnosis and continued transmission of leprosy in Brazil - An explorative, quantitative, questionnaire based study. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 10(3), e0004542. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0004542>
- Heukelbach, J., André Chichava, O., de Oliveira, A. R., Häfner, K., Walther, F., de Alencar, C. H., Ramos, A. N., Jr, Ferreira, A. C., & Ariza, L. (2011). Interruption and defaulting of multidrug therapy against leprosy: population-based study in Brazil's Savannah Region. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 5(5), e1031. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0001031>
- Kumar, A., Girdhar, A., Chakma, J. K., & Girdhar, B. K. (2015). WHO multidrug therapy for leprosy: epidemiology of default in treatment in Agra district, Uttar Pradesh, India. *BioMed research international*, 2015, 705804. <https://doi.org/10.1155/2015/705804>
- Lam, W. Y., & Fresco, P. (2015). Medication Adherence Measures: An Overview. *BioMed research international*, 2015, 217047. <https://doi.org/10.1155/2015/217047>
- Lastória, J. C., & Abreu, M. A. M. M. (2012). Hanseníase: diagnóstico e tratamento. *Diagnóstico & Tratamento*, 17(4), 173-9.
- Lira, K. B., Leite, J. J. G., Maia, D. C. B. C., Freitas, R. M. F., & Feijão, A. R. (2012). Knowledge of the patients regarding leprosy and adherence to treatment. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 16(5), 472-475. <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2012.04.002>

- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). 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*, 33(3), 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)
- Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical care*, 24(1), 67–74. <https://doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007>
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. (2015). *Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas*. Brasília: Ministério da Saúde. 462 p.: il. ISBN 978-85-334-2329-9. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. (2017). *Guia prático sobre a hanseníase* [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 68 p.: il. – Editora MS – OS 2017/0019. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_hanseníase
- Ministério da Saúde (BR). (2018). *Banco de dados do Sistema de Informação de Agravos e Notificação – SINANET*. Brasília: Ministério.
- Naaz, F., Mohanty, P. S., Bansal, A. K., Kumar, D., & Gupta, U. D. (2017). Challenges beyond elimination in leprosy. *International journal of mycobacteriology*, 6(3), 222–228. https://doi.org/10.4103/ijmy.ijmy_70_17
- Nobre, M. L., Amorim, F. M., Souza, M. C. F., Neves-Manta, F. S., Esquenazi, D., & Moraes, M. O. (2017). Multibacillary leprosy and the elderly: a field for further research. *Leprosy Review*, 88, 510-519. <https://doi.org/10.47276/lr.88.4.510>
- Organização Mundial de Saúde. OMS. (2010). *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.
- Organização Mundial de Saúde. OMS. (2017). *Diretrizes para o diagnóstico, tratamento e prevenção da hanseníase*. Nova Deli: Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional do Sudeste Asiático. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Orsini, M., Freitas, M. R. de, Antonioli, R. de S., Mello, M. P. de, Reis, J. P. B., Reis, C. H. M., Silva, J. G., Carvalho, R. W., Nascimento, O. J. M., & Guimarães, R. R. (2008). Estudos clínicos, imunopatológicos e eletrofisiológicos dos nervos periféricos na hanseníase. *Revista Neurociências*, 16(3), 220–230. <https://doi.org/10.34024/rnc.2008.v16.8636>
- Pagès-Puigdemont, N., Mangues, M. A., Masip, M., Gabriele, G., Fernández-Maldonado, L., Blancafort, S., & Tuneu, L. (2016). Patients' perspective of medication adherence in chronic conditions: A qualitative study. *Advances in Therapy*, 33(10), 1740–1754. <https://doi.org/10.1007/s12325-016-0394-6>
- Pescarini, J. M., Strina, A., Nery, J. S., Skalinski, L. M., Andrade, K. V. F., Penna, M. L. F., Brickley, E. B., Rodrigues, L. C., Barreto, M. L., & Penna, G. O. (2018). Socioeconomic risk markers of leprosy in high-burden countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 12(7), e0006622. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0006622>
- Raju, M. S., John, A. S., & Kuipers, P. (2015). 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*, 86(1), 6–20. <https://doi.org/10.47276/lr.86.1.6>
- Souza, E. A. de, Ferreira, A. F., Boigny, R. N., Alencar, C. H., Heukelbach, J., Martins-Melo, F. R., ... Ramos Jr, A. N. (2018). Hanseníase e gênero no Brasil: tendências em área endêmica da

- região Nordeste, 2001–2014. *Revista de Saúde Pública*, 52, 20. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000335>
- Talhari, C., Talhari, S., & Penna, G. O. (2015). Clinical aspects of leprosy. *Clinics in dermatology*, 33(1), 26–37. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2014.07.002>
- Thomas, J., Jones, G., Scarinci, I., & Brantley, P. (2003). A descriptive and comparative study of the prevalence of depressive and anxiety disorders in low-income adults with type 2 diabetes and other chronic illnesses. *Diabetes care*, 26(8), 2311–2317. <https://doi.org/10.2337/diacare.26.8.2311>
- van den Boogaard, J., Lyimo, R. A., Boeree, M. J., Kibiki, G. S., & Aarnoutse, R. E. (2011). Electronic monitoring of treatment adherence and validation of alternative adherence measures in tuberculosis patients: a pilot study. *Bulletin of the World Health Organization*, 89(9), 632–639. <https://doi.org/10.2471/BLT.11.086462>
- Vignola, R. C., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of affective disorders*, 155, 104–109. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>
- WHO. World Health Organization. (2016a). Global Leprosy Strategy 2016-2020: accelerating towards a leprosy-free world-Operational manual.WHO SEARO/Department of Control of Neglected Tropical Diseases, New Delhi. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208824/14/9789290225096_en.pdf
- WHO. World Health Organization. (2016b). Weekly epidemiological record. 2 SEPTEMBER 2016, 91th YEAR. 91(35), 405–420. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249601/1/WER9135.pdf?ua=1>
- WHO. World Health Organization. (2017). Weekly epidemiological record. 1ST SEPTEMBER 2017, 92th YEAR. 92(35), 501–520. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258841/1/WER9235.pdf?ua=1>