



UFRR

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

FERNANDA ZAMBONIN

**ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO POR PACIENTES COM
HANSENÍASE EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE BOA VISTA, RORAIMA**

Boa Vista, RR
2019

FERNANDA ZAMBONIN

**ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO POR PACIENTES COM
HANSENÍASE EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE BOA VISTA, RORAIMA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde, na área de concentração: Modelos de Atenção e Vigilância em Saúde e linha de pesquisa: Vigilância Epidemiológica e Indicadores de Agravos à Saúde na Fronteira Pan-Amazônica.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Jackeline da Costa Maciel.

Coorientadora: Prof^a Dr^a. Bianca Jorge Sequeira.

Boa Vista, RR
2019

FERNANDA ZAMBONIN

**ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO POR PACIENTES COM
HANSENÍASE EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE BOA VISTA-RR**

Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde da
Universidade Federal de Roraima – UFRR. Área de
concentração: Modelos de Atenção e Vigilância em
Saúde. Linha de pesquisa: Vigilância
Epidemiológica e Indicadores de Agravos à Saúde
na Fronteira Pan-Amazônica. Defendida em
___/___/_____ e avaliado pela seguinte Banca
Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Jackeline da Costa Maciel
Orientadora/PROCISA – UFRR

Prof.^a Dr.^a Fabiana Granja
Universidade Federal de Roraima/PROCISA

Prof. Dr. Ananias Noronha Filho
Instituto Federal de Roraima

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, Roseli e Lori, e aos pacientes com hanseníase que sofrem com o estigma e as repercussões físicas e psicológicas da doença.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, por sua divina intercessão, que nessa trajetória me guiou nos momentos de alegrias e tristezas, dando-me força e saúde para prosseguir nesse caminho.

Aos meus pais, Roseli e Lori, e meu irmão, Guilherme, por todo apoio necessário. Agradeço pelo amor, carinho, incentivo e por me ensinar a enfrentar os desafios da vida com coragem e determinação. Serei eternamente grata pela educação que me foi proporcionada e por sempre acreditarem em meu potencial. Amo vocês!

Ao Robson, meu namorado, pelo amor, carinho e incentivo. Obrigada por acreditar nesse sonho e dividir comigo os momentos de incertezas e alegrias que permearam a minha trajetória.

À **Professora Jackeline**, minha orientadora e minha amiga, um doce de pessoa. Obrigada por todo estímulo, dedicação e compromisso com minha formação desde a graduação. Agradeço também por me incentivar na busca contínua do conhecimento, por compartilhar comigo os seus ensinamentos, pela orientação, pela paciência e pela amizade. Obrigada de coração!

À **Professora Bianca**, minha coorientadora, que também me acompanha desde a graduação. Obrigada por cada orientação, pelas retiradas de dúvida, pelas palavras de apoio nessa caminhada e por acreditar no meu potencial.

À **Professora Manuella**, uma inspiração de profissional para mim. Muito obrigada pelas horas dedicadas para me auxiliar e sanar minhas dúvidas!

Aos colegas de turma do Mestrado, em especial as minhas amigas Karen, Priscilla, Conceição, Cassandra, Laurice, Daniela e Daniele. Obrigada por tudo de bom que vivemos nessa caminhada. Essa conquista é nossa!

À **todos os professores do Mestrado do PROCISA**, os quais contribuíram e agregaram na minha formação profissional e pessoal.

À **toda equipe do Centro de Referência**, em especial ao Elias. Uma pessoa do bem, disposta a ajudar a todos e que não mede esforços para isso. Você foi quem me incentivou a pesquisar sobre o tema e tenho muita gratidão por todo auxílio que me forneceu durante toda a pesquisa. Conte sempre comigo.

Enfim, a todos que de alguma forma contribuíram para a realização desse sonho, os meus sinceros agradecimentos!

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.

Madre Teresa de Calcuta

RESUMO

A adesão ao tratamento é uma das estratégias para prevenir as complicações decorrentes da hanseníase, além de permitir o rompimento da cadeia de transmissão e levar a cura, proporcionando, com isso, a reabilitação tanto física como social do paciente. Objetivou-se avaliar o grau de adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com diagnóstico de hanseníase atendidos em um centro de referência de Boa Vista-RR. Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, de natureza observacional, do tipo descritiva e analítica, com corte transversal. Os dados foram coletados em um centro de referência, localizado em Boa Vista-RR e ocorreu em duas etapas: i) entrevista com os pacientes para levantamento das variáveis sociodemográficas e aplicação do Teste de Morisky-Green (1986) para avaliar a adesão ao tratamento; ii) análise de dados secundários disponíveis nos prontuários e nas fichas de notificação compulsória para traçar um perfil clínico da hanseníase. Os dados foram tabulados no programa *Microsoft Excel 2010* e analisados nos softwares “*Statistical Package for the Social Sciences*” (SPSS) versão 23 e “R” versão 3.6.0. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Roraima (CEP/UFRR) sob o parecer nº 2.991.601. A amostra contou com 60 pacientes e houve a predominância do sexo masculino (73,3%), jovens e adultos na faixa etária produtiva (18 a 59 anos), raça/cor parda (83,3%), com baixa escolaridade (51,7%), renda familiar de até dois salários mínimos (93,3%) e residentes em Boa Vista-RR (75%). Quanto às características clínicas, a maioria dos casos foi multibacilar (95%), forma clínica dimorfa (56,7%), com média de $40,83 \pm 36,91$ lesões cutâneas, baciloscopia positiva (38,3%), modo de entrada através de casos novos (65%), modo de detecção através de encaminhamentos (83,3%), seguindo esquema PQT/MB/12 doses (98,3%), sem manifestar grau de incapacidade física no diagnóstico (48,3%) e na última avaliação (36,7%). No que diz respeito ao grau de adesão ao tratamento, evidenciou-se que 53,3% dos usuários foram classificados como menor grau de adesão e que os principais fatores contribuintes foram: descuido quanto ao horário da medicação (61,7%) e deixar de tomar quando sente algum mal estar (43,3%). Após análise de regressão logística múltipla, apenas as variáveis escolaridade ($p = 0,011$) e número de lesões cutâneas ($p = 0,043$) apresentaram associação com o grau de adesão ao tratamento medicamentoso. Os resultados obtidos mostram que embora o número de pessoas afetadas pela hanseníase seja relativamente pequeno, quando comparada a outras doenças, deveria ser dada maior atenção aos pacientes diagnosticados, uma vez que ela causa sequelas graves e incapacitantes. Dessa forma, com base nos dados obtidos, pode-se conhecer as principais características dos pacientes que realizam tratamento para hanseníase no centro de referência em Boa Vista-RR, suas condições clínicas, bem como as dificuldades observadas para não adesão ao tratamento medicamentoso. Os achados visam contribuir para a melhoria do serviço de saúde e colaborar para o aumento das taxas de cura da doença, prevenindo, dessa forma, o aparecimento de casos novos, sequelas incapacitantes e resistências medicamentosas.

Palavras-chaves: Cooperação e Adesão ao Tratamento. Doenças Negligenciadas. Doenças Transmissíveis. Hanseníase.

ABSTRACT

Adherence to treatment is one of the strategies to prevent leprosy complications, in addition to allowing the transmission chain to rupture and lead to healing, thus providing both physical and social rehabilitation of the patient. The objective of this study was to evaluate the degree of adherence to drug treatment in patients diagnosed with leprosy treated at a referral center in Boa Vista-RR. It is a research of quantitative approach, of observational nature, of the descriptive and analytical type, with cross section. Data were collected at a referral center located in Boa Vista-RR and occurred in two stages: i) interview with patients to survey sociodemographic variables and apply the Morisky-Green Test (1986) to assess treatment adherence ; ii) analysis of secondary data available in medical records and compulsory reporting forms to outline a clinical profile of leprosy. Data were tabulated using the Microsoft Excel 2010 program and analyzed using the software “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS) version 23 and “R” version 3.6.0. The research was approved by the Research Ethics Committee involving Human Beings of the Federal University of Roraima (CEP / UFRR) under opinion No. 2,991,601. The sample consisted of 60 patients and there was a predominance of males (73.3%), young and adults in the productive age group (18 to 59 years), race / brown color (83.3%), with low education (51 , 7%), family income of up to two minimum wages (93.3%) and residents in Boa Vista-RR (75%). Regarding clinical characteristics, most cases were multibacillary (95%), clinical form dimorphic (56.7%), with a mean of 40.83 ± 36.91 cutaneous lesions, positive smear microscopy (38.3%), entry through new cases (65%), detection mode through referrals (83.3%), following MDT / MB / 12 doses schedule (98.3%), without manifesting degree of physical disability at diagnosis (48.3 %) and the last evaluation (36.7%). Regarding the degree of adherence to treatment, it was evident that 53.3% of users were classified as lower adherence and that the main contributing factors were: carelessness regarding the time of medication (61.7%) and leaving to take when you feel unwell (43.3%). After multiple logistic regression analysis, only the variables education ($p = 0.011$) and number of skin lesions ($p = 0.043$) were associated with the degree of adherence to drug treatment. The results show that although the number of people affected by leprosy is relatively small compared to other diseases, more attention should be paid to diagnosed patients, as it causes severe and disabling sequelae. Thus, based on the data obtained, one can know the main characteristics of patients undergoing treatment for leprosy at the referral center in Boa Vista-RR, their clinical conditions, as well as the difficulties observed for non-adherence to drug treatment. The findings aim to contribute to the improvement of the health service and contribute to the increase of cure rates of the disease, thus preventing the emergence of new cases, disabling sequelae and drug resistance.

Keywords: Cooperation and Adherence to Treatment. Neglected Diseases. Communicable Diseases. Leprosy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Formas Clínicas da Hanseníase.	21
Figura 2 - Categorização do Grau de Incapacidade Física na Hanseníase.	25
Figura 3 - Distribuição Geográfica dos casos novos de hanseníase no ano de 2015.	26
Figura 4 - Número de casos detectados de hanseníase por região entre 2006 e 2015.....	27
Figura 5 - Distribuição espacial da Taxa de Detecção de Casos Novos para cada 100 mil habitantes nos Municípios do Estado de Roraima, 2017.....	30
Figura 6 - Esquemas terapêuticos preconizados para os casos Paucibacilares e Multibacilares em adultos e crianças acometidos pela Hanseníase.....	32
Figura 7 - Dimensões da Adesão ao Tratamento Medicamentoso segundo a OMS.	34
Figura 8 - Fluxograma representativo da amostra segundo critérios de inclusão e exclusão a partir da população.	37
Figura 9 - Fluxograma representativo do processo de coleta de dados.....	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Indicadores de Monitoramento do progresso da eliminação de Hanseníase no Estado de Roraima, para cada 100 mil habitantes, no ano de 2017.	29
Tabela 2 - Características sociodemográficas dos pacientes com hanseníase acompanhados em um centro de referência. Boa Vista-RR, 2019 (n=60).	44
Tabela 3 - Distribuição dos casos de hanseníase acompanhados no centro de referência conforme município e zona de residência. Boa Vista – Roraima, 2019 (n=60).....	45
Tabela 4 - Distribuição por zoneamento de residência dos pacientes com hanseníase residentes no município de Boa Vista – Roraima. Boa Vista – Roraima, 2019 (n=45).	46
Tabela 5 - Características clínicas dos pacientes com hanseníase acompanhados em um centro de referência. Boa Vista – Roraima, 2019 (n=60).	48
Tabela 6 - Relação entre as formas clínicas da hanseníase com as variáveis sexo, renda e grau de escolaridade. Boa Vista - Roraima, 2019 (n=60).	49
Tabela 7 - Grau de Incapacidade Física (GIF) no diagnóstico e na última avaliação em pacientes com hanseníase atendidos em um centro de referência. Boa Vista – Roraima, 2019 (n=60).	50
Tabela 8 - Comparação entre a média de Grau de Incapacidade Física (GIF) no diagnóstico e na última avaliação. Boa Vista – Roraima, 2019.	51
Tabela 9 - Distribuição absoluta e relativa do Teste de Morisky-Green (1986) aplicados aos pacientes com hanseníase atendidos em um centro de referência. Boa Vista – Roraima, 2019 (n=60).	51
Tabela 10 - Adesão ao tratamento medicamentoso segundo variáveis categóricas sociodemográficas e clínicas dos pacientes com hanseníase. Boa Vista-RR, 2019 (n = 60). ..	52
Tabela 11 - Razão de chances (OR) ajustada das variáveis que permaneceram no modelo logístico múltiplo. Boa Vista-RR, 2019 (n = 60).	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CECM	Clínica Especializada Coronel Mota
D	Dimorfa
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DP	Desvio Padrão
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
DSS	Determinantes Sociais em Saúde
GIF	Grau de Incapacidade Física
I	Indeterminada
M	Média
MB	Multibacilar
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PB	Paucibacilar
PQT	Poliquimioterapia
RR	Roraima
SESAU	Secretaria Estadual de Saúde de Roraima
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCUD	Termo de Compromisso de Utilização de Dados
TT	Tuberculoide
VV	Virchowiana
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVO	17
2.1 OBJETIVO GERAL.....	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1 HANSENÍASE.....	18
3.1.1 Aspectos Históricos relacionados à Hanseníase	18
3.1.2 Etiopatogenia da Hanseníase	19
3.1.3 Classificação Clínica da Hanseníase	20
3.1.4 Diagnóstico da Hanseníase	23
3.1.5 Incapacidades Físicas geradas pela Hanseníase	24
3.2 EPIDEMIOLOGIA DA HANSENÍASE	26
3.3 POLIQUIMIOTERAPIA E ADESÃO AO TRATAMENTO NA HANSENÍASE.....	30
3.3.1 Evolução do Tratamento na Hanseníase	30
3.3.2 Adesão ao Tratamento da Hanseníase	33
4 METODOLOGIA	36
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	36
4.2 LOCAL DO ESTUDO	36
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	37
4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	38
4.4.1 Primeira Etapa	39
4.4.2 Segunda Etapa	40
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	40

4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	42
5 RESULTADOS	43
6 DISCUSSÃO.....	57
CONCLUSÃO.....	73
REFERÊNCIAS	77
APÊNDICES	91
ANEXOS	99

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é considerada uma das mais antigas doenças que atinge a sociedade (SAVASSI, 2010) e, apesar das inúmeras ações e investimentos para o seu controle, esta enfermidade ainda persiste como um problema de saúde pública no mundo, com cerca de 250 mil casos novos registrados anualmente (RODRIGUES; LOCKWOOD, 2011).

Seu desenvolvimento está associado a questões socioeconômicas, como renda familiar insuficiente, desnutrição, baixa escolaridade, condições de saúde precárias, dentre outros fatores (NUNES; OLIVEIRA; CUNHA, 2011), sendo incluída pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) no grupo das doenças negligenciadas e relacionadas com a pobreza (BRASIL, 2013).

A hanseníase é uma doença que traz consigo um estigma social, devido a sua representação histórica e religiosa, levando a preconceitos e dificuldades de inclusão social. Ademais, conforme verificado, é considerada uma enfermidade diretamente ligada à situação de pobreza, más condições sanitárias, de habitação e a falta de acessibilidade aos sistemas de saúde. Todas essas problemáticas dificultam as principais estratégias utilizadas para a diminuição da carga da doença no ambiente: o diagnóstico precoce e o tratamento adequado.

Com relação aos dados epidemiológicos, o continente americano registra aproximadamente 17% de todos os casos de hanseníase, sendo o Brasil responsável por 93% do total (WHO, 2012) e este é classificado em segundo lugar mundial em número absoluto de casos (BRASIL, 2013). A doença é endêmica em todo o território nacional e possui distribuição irregular, apresentando as maiores taxas de prevalência nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (BRASIL, 2013).

Conforme dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), o Brasil apresentou, no ano de 2017, uma taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase de 11,13 por 100 mil habitantes, considerada alta. Porém, esta situação se agrava ainda mais ao analisarmos a região Norte (26,03 casos novos para cada 100 mil habitantes – muito alto), o estado de Roraima (28,20 casos novos para cada 100 mil habitantes – muito alto) e o município de Boa Vista (21,99 casos novos para cada 100 mil habitantes – muito alto) (DATASUS, 2018).

Além do mais, a capital de Roraima é a que concentra o maior número de atendimentos de hanseníase (57,4% dos casos no ano de 2017), visto ser a única cidade a possuir um centro de referência para atenção secundária no estado. Os dados também evidenciam problemáticos indicadores do monitoramento para eliminação da hanseníase no

estado, os quais apresentam precárias taxas de cura (68,8%) e avaliação de contatos (62,2%), além de alta proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico (25%) (DATASUS, 2018).

O tratamento da hanseníase é assegurado através da Poliquimioterapia (PQT), este realizado em regime ambulatorial e oferecido gratuitamente nas unidades de saúde. (BRASIL, 2016a; BRASIL, 2017b). Essa estratégia foi instituída em 1982 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com a finalidade de reduzir e/ou eliminar a doença, diminuir a duração do tratamento e auxiliar na abordagem de resistências relacionadas à medicação, recaídas e incapacidades (CRUZ, 2016; KAR; GUPTA, 2015). A partir da introdução da PQT houve uma redução significativa na incidência mundial da doença, passando de 5,4 milhões para cem mil casos registrados atualmente (WHO, 2016a).

Os esquemas terapêuticos utilizados são orientados pela classificação operacional, sendo necessárias seis cartelas para os casos paucibacilares e doze para os multibacilares. Também podem ser implementados esquemas alternativos em caso de intolerância ou contraindicação de algum fármaco contido na PQT. A terapêutica ocorre através de doses autoadministradas no domicílio e retorno a unidade de saúde a cada 28 dias para acompanhamento pelos profissionais de saúde, administração da dose supervisionada e retirada de uma nova cartela da medicação (BRASIL, 2016a).

A Estratégia Global para Hanseníase instituída pela OMS para 2016-2020 tem como objetivo reduzir ainda mais a carga global e local da doença, tendo como um dos pilares justamente o início imediato da terapêutica e a adesão ao tratamento. A adesão ao tratamento é fundamental para o rompimento da cadeia de transmissão, diminuição das resistências medicamentosas (BRASIL, 2017b) e para o sucesso nas taxas de conclusão, as quais variam entre 55% e 100% (OMS, 2016a).

Assim sendo, tanto o diagnóstico tardio quanto a não adesão ao tratamento contribuem diretamente para o aparecimento de sequelas incapacitantes decorrentes da hanseníase que interferem nas atividades de vida diária, além de manter a cadeia de transmissão dos casos bacilíferos detectados e o risco de resistência à poliquimioterapia.

Tendo em vista as precárias taxas de cura no estado de Roraima e a importância da adesão ao tratamento para a diminuição da carga da doença, este trabalho permitiu conhecer o perfil clínico dos usuários com hanseníase atendidos em um centro de referência de Roraima, bem como o grau de adesão à farmacoterapia. A hipótese apontada por esta pesquisa é que a adesão à farmacoterapia nos pacientes com hanseníase é influenciada por fatores sociodemográficos e clínicos.

Com base nos achados deste estudo, espera-se contribuir diretamente para a criação de estratégias com foco na melhoria das taxas de cura, controlar a cadeia de transmissão dessa doença infectocontagiosa, minimizar o risco de resistência à poliquimioterapia e diminuir o aparecimento de sequelas incapacitantes que interferem nas atividades de vida diária, contribuindo, assim, para melhoria da qualidade de vida dos portadores de hanseníase e para redução da carga da doença local e mundial.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o grau de adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com diagnóstico de hanseníase atendidos em um centro de referência de Boa Vista-RR.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes com hanseníase;
- Verificar o grau de incapacidade física dos portadores de hanseníase;
- Correlacionar os fatores sociodemográficos, clínicos e grau de incapacidade física com a adesão à farmacoterapia;
- Propor estratégias que auxiliem na adesão ao tratamento medicamentoso.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 HANSENÍASE

3.1.1 Aspectos Históricos relacionados à Hanseníase

A hanseníase é uma das doenças mais antigas conhecidas pelo homem e, apesar dos avanços tecnológicos e da medicina, ainda continua a ser um desafio para a saúde pública de diversos países, principalmente naqueles em desenvolvimento (RAO; SUNEETHA, 2018). Os termos utilizados para descrever essa enfermidade variam conforme o contexto histórico, sendo utilizadas as denominações: Lepra, Mal de Hansen e, atualmente, Hanseníase.

A hanseníase foi descrita em vários documentos e literaturas das civilizações da antiguidade (WHO, 2018) e acredita-se que tenha se originado na Ásia ou África (EIDT, 2004). Conhecida no Egito há quatro mil e trezentos anos antes de Cristo, conforme um papiro da época de Ramsés II, além de ser descrita há mais ou menos três mil anos na Índia, China e Japão (BRASIL, 1960).

Conforme relatos, os primeiros casos de hanseníase ocorridos na Europa poderiam ter sido originados pelas tropas de Alexandre, o Grande, aproximadamente, a 300 anos a.C. (EIDT, 2004). Nas Américas, foi trazida pelos colonizadores, entre os séculos XVI e XVII, visto que não havia evidências da doença nas tribos indígenas (OPROMOLLA, 2000).

A nomenclatura “lepra” deriva do latim *lepros*, que significa ato de sujar ou poluir (SANTOS, FARIA; MENEZES, 2008). Na Bíblia, a hanseníase foi citada por volta de 200 a.C. (AMERICAN LEPROSY MISSIONS, 1998). Porém, vários estudiosos do tema afirmam que a caracterização da lepra moderna e a relatada na Bíblia é problemática e confusa (CUNHA 2005; EDIT, 2004; OPROMOLLA, 2000).

Esse fato é esclarecido por Cunha (2005), o qual demonstrou que termo hebraico *tsara'ath* foi traduzido para o grego como lepra. Todavia essa terminologia na Bíblia é inespecífica, sendo utilizado para descrever diversas condições associadas à impureza espiritual e moral no indivíduo, nas vestimentas e até nas paredes. À vista disso, as lesões dermatológicas produzidas pela lepra eram, então, atribuídas a castigos divinos e não há um aspecto biológico.

Outra perspectiva relacionada à confusão é atribuída ao diagnóstico realizado por médicos medievais, os quais não conseguiam distinguir a hanseníase de outras doenças

dermatológicas, sendo categorizadas como lepra falsa – queimaduras, lúpus, câncer de pele, escarlatina, entre outras – e a lepra verdadeira (SAVASSI, 2010).

Somente em 1874 a etiologia da hanseníase foi esclarecida pelo médico norueguês Gerhard Armauer Hansen. Esse pesquisador identificou o *Bacillus leprae* em lesões cutâneas e teve o nome da doença modificado para hanseníase em sua homenagem (BOECHAT; PINHEIRO, 2012; FARIA; SANTOS, 2015). Apesar dessa descoberta, o estigma relacionado à doença continua no imaginário popular devido a sua construção histórica, visto que os enfermos eram isolados como forma de eliminação da lepra e para a proteção da sociedade (CUNHA, 2005).

3.1.2 Etiopatogenia da Hanseníase

A Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza a hanseníase como uma doença crônica, infectocontagiosa e de evolução lenta, afetando, principalmente, o tegumento, a parte periférica do sistema nervoso, a mucosa do trato respiratório superior, os olhos, mãos e pés, entre outras estruturas anatômicas (WHO, 2018). Tem como agente etiológico o *Mycobacterium leprae*, um bacilo álcool-ácido resistente, fracamente gram-positivo (BRASIL, 2017b), pertencente à ordem *Actinomycetales* e à família *Mycobacteriaceae*. Estima-se que seu tamanho seja de aproximadamente 1 a 8 µm de comprimento e 0,3 µm de diâmetro, sob a forma de bacilo reto ou levemente encurvado, com extremidades arredondadas (REES; YONG, 1994).

O bacilo se multiplica de maneira lenta, levando entre 11 e 16 dias, e a temperatura ambiental mais favorável para sua proliferação é cerca de 30°C. Ao ser comparado a outras micobactérias da sua família, é o microrganismo que apresenta o tempo mais lento de reprodução e, a partir desses aspectos, explica-se o elevado tempo de incubação e cronicidade atribuída à enfermidade (AZULAY, 2017; LYON; GROSSI, 2013).

Conforme descrito por Lyon e Grossi (2013), a micobactéria sobrevive por até 36 horas no meio ambiente ou até por nove dias em temperaturas em torno de 36,7°C com umidade média de 77,6%. No corpo humano, tem preferência por áreas em que a temperatura esteja menor que 37°C, como a pele, mucosa nasal e nervos periféricos (ALVES; FERREIRA; NERY, 2014). Seu tempo médio de incubação é considerado longo, variando entre dois e sete anos e tem o homem como único reservatório da infecção (BRASIL, 2017a).

É um parasita intracelular obrigatório, apresentando tropismo pelos nervos periféricos, mais precisamente, nas células de Schwann (BRASIL, 2017b), influenciando no

aparecimento de deformidades e incapacidades físicas associadas à hanseníase, principais responsáveis pela gravidade da doença (ALVES; FERREIRA; NERY, 2014).

O bacilo tem como propriedades principais a alta infectividade e a baixa patogenicidade (BRASIL, 2017a). Essas particularidades não estão relacionadas intrinsecamente às características do patógeno, mas também se correlacionam com as especificidades do hospedeiro e a intensidade da endemia no meio ambiente (FRANCO, 2014). Quanto às características do hospedeiro, a predisposição está vinculada às condições da função imunológica, como idade, condição nutricional, estado de saúde, comorbidades e condições genéticas (SCHREUDER; NOTO; RICHARDUS, 2016).

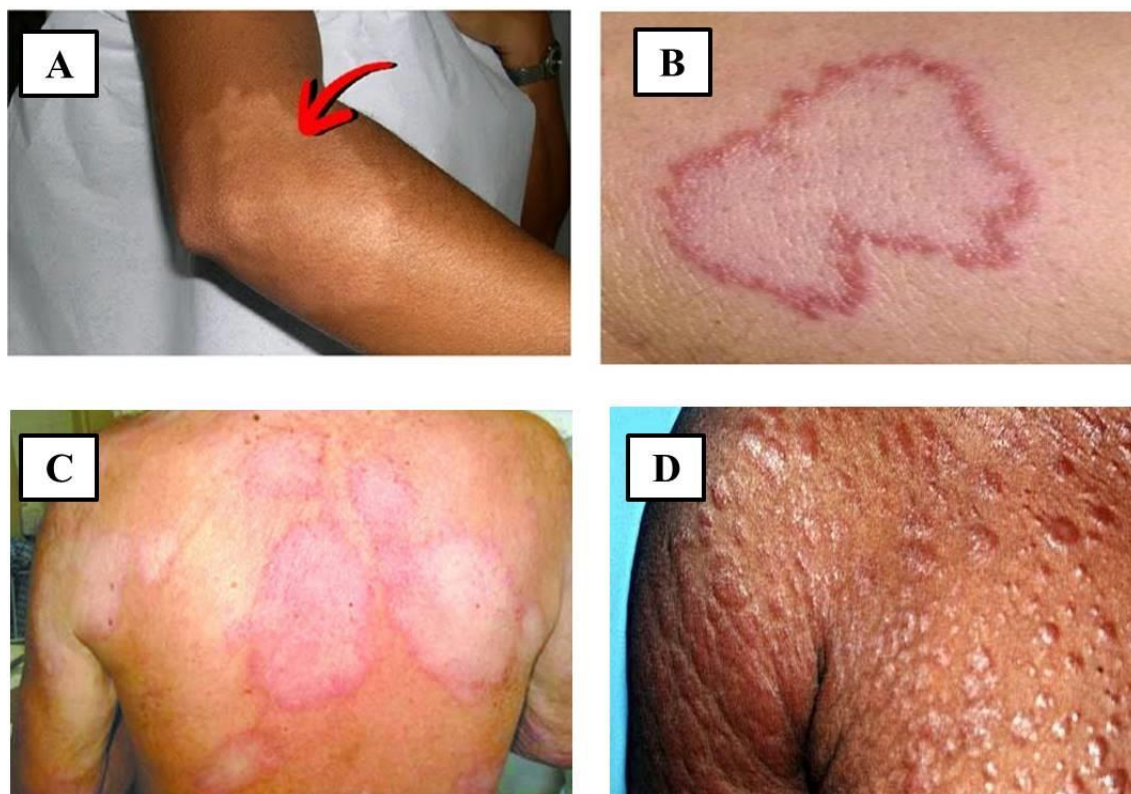
Ademais, são inúmeros os fatores que tornam o indivíduo vulnerável ao aparecimento da hanseníase, estando majoritariamente ligados aos Determinantes Sociais em Saúde (DSS), como a falta de saneamento básico e infraestrutura dos municípios, aglomerações habitacionais, condições socioeconômicas, educacionais e de trabalho precárias da população (AGUIAR et al., 2014; BASEGGIO, 2016; LOPES; RANGEL, 2014; MONTEIRO et al., 2015). O contato íntimo e prolongado é visto como um dos principais fatores de risco para o adoecimento, apresentando uma probabilidade de 14 vezes maior entre contatos intradomiciliares de casos multibacilares e cerca de duas vezes entre contatos de casos paucibacilares (SMITH; AERTS, 2014).

A persistência da hanseníase como endemia está vinculada a eficiência do sistema de saúde, como a falta de adesão dos contatos intradomiciliares às ações de controle, ineficiência dos serviços de saúde na busca ativa de contatos e comunicantes, precariedade dos serviços operacionais e sistemas de informações gerando subnotificações, além do despreparo dos profissionais de saúde para realizar o diagnóstico correto e a educação em saúde necessária para o controle da hanseníase (AGUIAR et al., 2014; SOUSA; SILVA; XAVIER, 2017).

3.1.3 Classificação Clínica da Hanseníase

O Brasil utiliza a classificação de hanseníase descrita no VI Congresso Internacional de Leprologia, realizado em Madri – Espanha, no ano de 1953, a qual foi subdividida em quatro formas (ANDRADE, 2013). Atualmente, compreende cinco formas, sendo quatro relacionadas a manifestações cutâneas e a quinta somente apresentando comprometimento neural (MORENO, 2017). As formas cutâneas são descritas como indeterminada (I), tuberculoide (TT), dimorfa (D) e virchowiana (VV) (Figura 1).

Figura 1 - Formas Clínicas da Hanseníase.



Fonte: UNA-SUS, 2019 <<https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/45292>>

L: A) Indeterminada; B) Tuberculoide; C) Dimorfa; D) Virchowiana.

A indeterminada é a forma inicial da doença, caracterizada pelo aparecimento de lesão hipocrômica de pele, geralmente única, sem alteração de relevo, com bordas mal definidas e que apresenta anidrose (BRASIL, 2017b). Quanto à sensibilidade nervosa, apresenta áreas com aspecto normal outras com distúrbio de sensibilidade, podendo apresentar alopecia (BRASIL, 2017a).

A segunda forma, denominada tuberculoide, manifesta-se em pessoas com alta resistência ao bacilo. As lesões também se apresentam em pequena quantidade, porém em forma de placa com bordas proeminentes, bem delimitadas e com epicentro hipocrômico. O acometimento nervoso ocorre de maneira simétrica nos troncos nervosos e leva a perda total da sensibilidade térmica, tátil e dolorosa, bem como anidrose e/ou alopecia (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2017b).

A configuração dimorfa, também denominada *boderline*, é a forma mais comum da doença, compreendendo cerca de 70% dos casos (BRASIL, 2017b). É considerada intermediária à tuberculoide e virchowiana, com características que podem se aproximar mais de uma ou da outra, já que apresenta uma variedade de manifestações dermatológicas (BRASIL, 2017a). Mostra-se, na maior parte dos casos, através de manchas cutâneas

hiperemiadas ou esbranquiçadas que apresentam bordas elevadas e mal delimitadas. Todavia, podem exibir lesões múltiplas bem definidas semelhantes à lesão tuberculoide (BRASIL, 2017b). O acometimento nervoso é mais abrangente podendo ocorrer de maneira assimétrica, ocasionando neurites agudas (BRASIL, 2017a).

A forma mais grave e mais contagiosa é denominada virchowiana, visto que a imunidade celular do hospedeiro é inexistente e favorece a reprodução da micobactéria. Quanto aos sinais, o paciente não apresenta manchas aparentes e o tegumento apresenta-se avermelhado, ressecado, extensamente infiltrado e com a presença de hasenomas, que são nódulos escuros, endurecidos e assintomáticos (BRASIL, 2017b).

Com o aumento da gravidade da classificação virchowiana, aparecem complicações, como madarose superciliar e ciliar, acometimento da laringe e de órgãos internos, dentre eles fígado, baço, suprarrenais e testículos. Em relação ao comprometimento nervoso, estes afetam maior número de troncos nervosos de maneira simétrica e levam a anestesia, principalmente de extremidades dos membros superiores e inferiores, deixando o enfermo predisposto a feridas, traumatismos, deformidades e sequelas (BRASIL, 2017a).

As formas indeterminada e tuberculoide são denominadas paucibacilares, ou seja, os pacientes acometidos têm menor quantidade de bacilos no organismo e não são considerados transmissores. Já as formas diformas e virchowiana apresentam maior carga de bacilos devido à ineficiência do seu sistema imunológico e são nomeados como multibacilares, sendo considerados os transmissores em potencial da hanseníase (ALVES; FERREIRA; NERY, 2014).

Quanto à forma de transmissão, esta ocorre através do contato próximo e prolongado de uma pessoa infectada com um indivíduo susceptível imunologicamente. O meio de transmissão da micobactéria é a partir das vias aéreas superiores, principalmente por secreções da mucosa nasal e da orofaringe (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2017b).

Estudo realizado por Wijeratne e Ostbye (2017) aponta a precariedade no conhecimento dos profissionais de saúde, uma vez que muitos ainda acreditam que a hanseníase é altamente contagiosa, incurável e que é transmitida através do toque, devido a sua manifestação ser cutânea. Tendo em vista que o profissional é o principal responsável pela educação do paciente e da família, bem como a desestigmatização da enfermidade, é de fundamental importância que se realizem capacitações e educação continuada aos profissionais de saúde que atendem esse público (WIJERATNE; OSTBYE, 2017).

3.1.4 Diagnóstico da Hanseníase

O diagnóstico da hanseníase se dá, sobretudo, pela análise conjunta da situação clínica e epidemiológica do paciente, na qual se realiza uma avaliação minuciosa tanto da história como das condições de vida, somados ao exame dermatoneurológico com foco no reconhecimento de lesões ou áreas cutâneas que apresentem sensibilidade diminuída e/ou comprometimento nervoso periférico (BRASIL, 2017a).

Conforme versam Alves, Ferreira e Nery (2014), cerca de 95% das pessoas acometidas pela hanseníase apresentam alterações que podem ser detectadas por profissionais bem capacitados e que são raras as enfermidades que se elucidam de forma tão exitosa quando realizadas anamnese de qualidade e exame físico de maneira detalhada, sem a necessidade rotineira de exames complementares.

Para isso, é indispensável que o profissional de saúde seja capacitado para analisar de maneira global o paciente, considerando as lesões características da hanseníase, a diminuição da sensibilidade cutânea, o déficit motor e a avaliação epidemiológica com base nos contatos prévios, de maneira a fornecer bases que sustentem o diagnóstico (BASSANEZE; GONÇALVES; PADOVANI, 2014).

A partir do diagnóstico, utiliza-se a Classificação Operacional com base no número total de lesões cutâneas identificadas no paciente, visando subsidiar a instituição do tratamento medicamentoso. Categoriza-se, então, o paciente como: i) paucibacilar, quando apresenta até cinco lesões cutâneas; ii) e multibacilar, nos casos acima de cinco lesões cutâneas (BRASIL, 2017a).

O recebimento do diagnóstico pelos pacientes é, muitas vezes, permeado por preocupação, desconfiança e resistência no tocante à aceitação, tornando a hanseníase uma doença de manejo complexo tanto com relação aos aspectos clínicos quanto na subjetividade e estigma social vinculado à enfermidade, afetando a relação do indivíduo com a família, o trabalho e o lazer (PELIZZARI et al., 2016).

Tanto o diagnóstico precoce quanto o tratamento oportuno são estratégias importantes para a redução de danos causados pela hanseníase ao indivíduo e à sua família, além de controlar o ciclo de transmissão dessa doença infectocontagiosa (SOUZA et al., 2018). Porém, há alguns fatores que permeiam e dificultam o diagnóstico precoce, como o despreparo dos profissionais de saúde em todos os níveis de complexidade levando o paciente a longas peregrinações nos serviços de saúde (AQUINO et al, 2015; PELIZZARI et al, 2016) e o difícil diagnóstico diferencial com outras dermatoses, podendo acarretar em

reconhecimento tardio da doença e tendo o potencial de agravar o quadro e tornar o enfermo predisposto ao desenvolvimento de incapacidades físicas (MARTINS; IRIART, 2014).

3.1.5 Incapacidades Físicas geradas pela Hanseníase

Termos como deficiência, deformidade e incapacidade são utilizados frequentemente quando se aborda a hanseníase. A deficiência refere-se a modificações fisiopatológicas advindas de danos ao tecido nervoso, o que gera perdas na sensibilidade, na força motriz e a suas consequências. Já as deformidades relacionam-se com alterações ocorridas na estrutura anatômica, como atrofias musculares, perdas ósseas e deformidades esqueléticas (mãos ou pés em garra). Enquanto isso, a palavra incapacidade é um termo mais global que abrange tanto modificações anatômicas como fisiológicas, de forma que impendem ou dificultam o indivíduo a ter uma atividade ou convívio social típico (BRANDSMA et al., 1992; BRANDSMA, 1994).

O *Mycobacterium leprae* invade os nervos periféricos, causando múltiplas neuropatias, que podem resultar em disfunções autonômica, sensorial e motora. Histopatologicamente, esse fenômeno é explicado devido a disfunções que ocorrem na bainha de mielina e nos axônios, os quais sofrem substituição do tecido nervoso por tecido conjuntivo e fibrose, comprometendo o funcionamento dos nervos periféricos ou troncos nervosos (SANTOS et al., 2017a).

Outro fator que contribui para o aparecimento de neuropatia refere-se ao processo imunoinflamatório desencadeado pela presença do bacilo. Apesar das células de Schuwan não serem especializadas em fagocitar, estas apresentam capacidade de produzir e secretar uma variedade de citocinas que intensificam o processo inflamatório (CAMPOS, 2016; MONTEIRO et al., 2013).

Conjectura-se que, no mundo, há por volta de dois milhões de indivíduos com incapacidades físicas decorrentes da hanseníase, os quais se encontram majoritariamente na faixa etária economicamente ativa. Além do mais, estima-se que no diagnóstico da enfermidade cerca de 20% dos pacientes já apresentem algum grau de incapacidade física e 15% irão desenvolver ao decorrer do processo patológico (SANTANA, 2017).

Os nervos mais acometidos pelas neuropatias localizam-se na face (facial, trigêmeo e auricular), nos membros superiores (ulnar, mediano e radial) e nos membros inferiores (fibular e tibial) (BRASIL, 2017b). Em relação às alterações autonômicas ocorridas na neuropatia, estas afetam diretamente a secreção de substâncias, tornando a pele ressecada e

com tendência a fissuras. Esse processo leva a estímulos álgicos intensos, a anestesia ou paralisia de nervos, edema, déficit motor e sensitivo (BARBOSA et al., 2016).

A partir dessa diminuição de estímulos nos receptores nervosos de dor, visão e sensibilidade, há uma predisposição do paciente à ocorrência de acidentes, desenvolvimento de lesões, queimaduras e, inclusive, amputações, ocasionando sérios danos psicológicos, sociais e prejudiciais a qualidade de vida (RIBEIRO; LANA, 2015).

Como forma de detectar precocemente as complicações, a OMS fixou uma ficha de avaliação neurológica simplificada para investigar o comprometimento físico em olhos, mãos e pés e este instrumento é recomendado pelo Ministério da Saúde. A avaliação é feita através do exame físico do paciente, utilizando a inspeção física, técnicas de palpação e percussão de troncos nervosos periféricos e análise do funcionamento dos nervos, mediante os testes de força muscular e mapeamento sensitivo (BRASIL, 2017b).

Recomenda-se que a aplicação do instrumento seja realizada, no mínimo, no momento do diagnóstico e na alta por cura. Ao final da avaliação, classifica-se o Grau de Incapacidade Física (GIF) apresentado pelo paciente (BRASIL, 2017a). Este pode ser categorizado em três níveis, conforme descrito na Figura 2.

Figura 2 - Categorização do Grau de Incapacidade Física na Hanseníase.

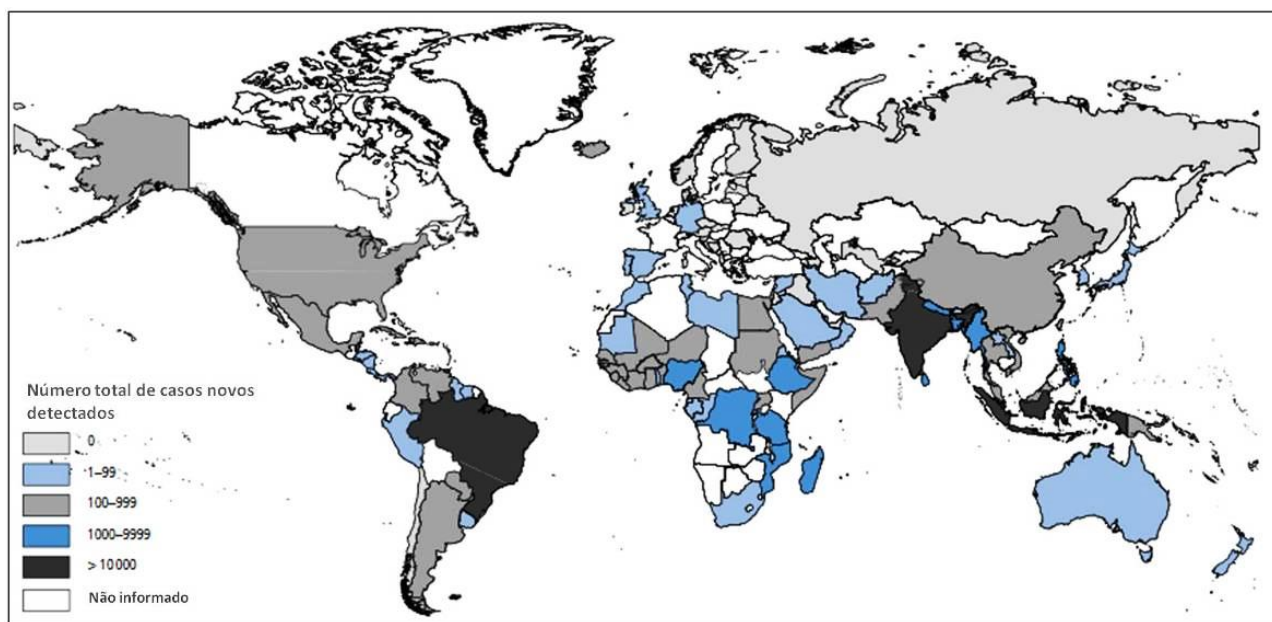
Grau	Características
0	<p>Olhos – Força muscular das pálpebras e sensibilidade da córnea preservadas e conta dedos a 6 metros ou acuidade visual $\geq 0,1$ ou 6:60</p> <p>Mãos – força muscular das mãos preservada e sensibilidade palmar: sente monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta da caneta esferográfica</p> <p>Pés – força muscular dos pés preservada e sensibilidade plantar: sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da caneta esferográfica</p>
1	<p>Olhos – diminuição da força muscular das pálpebras sem deficiências visíveis e/ou diminuição ou perda da sensibilidade da córnea: resposta demorada ou ausente ao toque do fio dental ou diminuição/ausência do piscar</p> <p>Mãos – diminuição da força muscular das mãos sem deficiências visíveis e/ou alteração da sensibilidade palmar: não sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta da caneta esferográfica</p> <p>Pés – diminuição da força muscular dos pés sem deficiências visíveis e/ou alteração de sensibilidade plantar: não sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta da caneta esferográfica</p>
2	<p>Olhos – deficiência(s) visível(eis) causadas pela hanseníase, como: lagoftalmo; ectrópio; entrópio; triquíase; opacidade corneana central; iridociclite; e/ou não conta dedos a 6 metros ou acuidade visual $< 0,1$ ou 6:60, excluídas outras causas</p> <p>Mãos – deficiência(s) visível(eis) causadas pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, mão caída, contratatura, feridas tróficas e/ou traumáticas</p> <p>Pés - deficiência(s) visível(eis) causadas pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, mão caída, contratatura, feridas tróficas e/ou traumáticas</p>

Fonte: Brasil (2017a).

3.2 EPIDEMIOLOGIA DA HANSENÍASE

Conforme relatos de 138 países, a prevalência de hanseníase no ano de 2015 foi de 176.176 casos, apresentando um coeficiente de 0,2 casos para cada 10.000 habitantes (MANSORI et al., 2017). As estatísticas globais indicam que 95% dos casos novos estão vinculados a apenas 14 países e somente 5% estão relacionados ao restante do mundo. A Índia aparece em primeiro lugar quanto ao número de casos novos com 60%, seguidos do Brasil (13%) e Indonésia (8%) e apenas trinta países relataram que não apresentar nenhum caso novo (Figura 3) (WHO, 2016a).

Figura 3 - Distribuição Geográfica dos casos novos de hanseníase no ano de 2015.



Fonte: Adaptado de WHO (2016a).

A análise sobre a detecção de novos casos entre os anos de 2006 e 2015 por região da OMS (Figura 4) demonstrou um decréscimo quanto ao número total de casos de hanseníase diagnosticados no mundo nesse período. Todavia, apesar desses avanços e dos esforços para erradicação da doença, as taxas ainda se mostram elevadas e apresentam disparidades regionais, prevalecendo no sudoeste asiático e no americano (WHO, 2016a).

Quanto à prevalência e a incidência detectados por região durante ano de 2014, as Américas apresentaram o maior número de episódios registrados totalizando 29.967 casos, com taxa de 0,33 para cada 100 mil habitantes e também o maior número de casos novos de

hanseníase (33.789 casos), com taxa de detecção de casos novos de 3,75 para cada 100 mil habitantes (WHO, 2016b).

No continente americano, o país que mais contribui com a carga da doença é o Brasil, sendo responsável por 90% dos casos registrados (ARAÚJO et al., 2017), tornando-o um dos países mais endêmicos do continente quando se trata da hanseníase (BRASIL, 2016a). No período compreendido entre 2012 e 2016 foram diagnosticados no Brasil 151.764 casos novos da doença, apresentando uma taxa média de detecção de 14,97 casos novos para cada 100 mil habitantes, classificada como alta (BRASIL, 2018a).

Figura 4 - Número de casos detectados de hanseníase por região entre 2006 e 2015.

Região da OMS	Número de casos detectados									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
África	34.480	34.468	29.814	28.935	25.345	20.213	20.599	20.911	18.597	20.004
América	47.612	42.135	41.891	40.474	37.740	36.832	36.178	33.084	33.789	28.806
Mediterrâneo Oriental	3.261	4.091	3.938	4.029	4.080	4.357	4.235	1.680	2.342	2.167
Sudeste da Ásia	174.118	171.576	167.505	166.115	156.254	160.132	166.445	155.385	154.834	156.118
Pacífico Ocidental	6.190	5.863	5.859	5.243	5.055	5.092	5.400	4.596	4.337	3.645
Europa										18
Total	265.661	258.133	249.007	244.796	228.474	226.626	232.857	215.656	213.899	210.758

Fonte: Adaptado de WHO (2016a).

Tendo em vista que as incapacidades físicas na hanseníase são marcadores importantes do diagnóstico tardio, chama-se atenção para a taxa de detecção de casos novos em pacientes com grau 2 de incapacidade física, o qual apresentou média de 10,53 casos para cada 1 milhão de habitantes do Brasil no período de 2012 a 2016 (BRASIL, 2018a). Inclusive um dos pilares da Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020 é detectar os casos antes do aparecimento de incapacidades físicas visíveis, reduzindo principalmente o grau 2 de incapacidade através do diagnóstico precoce e eficiente (WHO, 2016b).

Outro ponto que depreende atenção são as disparidades regionais encontradas no Brasil, demonstrando que as regiões Centro-Oeste (37,27/100mil hab.) e Norte (34,26/100 mil hab.) revelaram as maiores taxas médias de detecção geral no período de 2012 a 2016, enquanto as regiões Sul (3,75 por 100 mil habitantes) e Sudeste (5,31 por 100 mil habitantes) exibiram as menores taxas de detecção (BRASIL, 2018a).

Essa conjectura é atribuída pela grande extensão territorial do Brasil e pela heterogeneidade socioeconômica das regiões brasileiras, fazendo com que as áreas mais

pobres e consideradas socialmente atrasadas sejam as mais endêmicas. O cenário brasileiro se mostra complexo já que as diferenças regionais são marcantes, com precariedade no acesso aos serviços de saúde, renda, condições de moradias, saneamento, educação em algumas regiões, enquanto outras exibem padrões que podem ser equiparados a países desenvolvidos (MONTEIRO et al., 2017a; RIBEIRO; SILVA; OLIVEIRA, 2018).

Ademais, grande parte dos municípios com alto risco para desenvolvimento e manutenção dos casos de hanseníase está localizada em estados que formam a Amazônia brasileira, considerada uma região altamente endêmica (MONTEIRO et al., 2015). Uma das unidades da federação que compõem a Amazônia é o estado de Roraima, o qual ocupa uma área de 225.116 km², equivalente a 5,84% da Região Norte e 2,64% do território nacional. Apresenta latitude 1°35' 11" S a 5°16' 19" N, estando 80% do território no hemisfério Norte e seu clima é equatorial (IBGE, 2005).

O clima regional tem influência na variação das taxas de incidência da hanseníase, mostrando percentuais mais elevados da doença nos meses de março (9,34%), maio (7,95%) e agosto (13,50%), considerados meses com maior índice de pluviosidade no estado de Roraima. O contrário ocorre nos meses de outubro (8,40%), novembro (6,99%) e dezembro (30,79%), os quais apresentam menores taxas de incidência da hanseníase e são considerados meses de estiagem (ROCHA, 2015).

Com relação aos casos de hanseníase no estado de Roraima, fez-se uma análise dos dados referentes ao ano de 2017, conforme mostra a Tabela 1. Pode-se constatar uma situação alarmante, visto que todos os indicadores preconizados pelo Ministério da Saúde para avaliar o progresso da eliminação da hanseníase mostraram-se discrepantes do recomendado. Verificaram-se altas taxas de detecção da doença (28,20 para cada 100 mil habitantes), inclusive na população menor de quinze anos de idade (13,81 para cada 100 mil habitantes), além da alta porcentagem de detecção de casos com grau 2 de incapacidade física (25% do total de casos novos), somados à precariedade nas taxas de cura (68,8%) e exame de contatos (62,2%), contribuindo para a disseminação e a continuidade da doença no ambiente. Todos esses dados analisados demonstram que o estado está indo na contramão para a eliminação dessa doença infectocontagiosa.

Tabela 1 - Indicadores de Monitoramento do progresso da eliminação de Hanseníase no Estado de Roraima, para cada 100 mil habitantes, no ano de 2017.

Variável	Indicador	Parâmetro conforme MS*
Taxa Detecção Casos Novos	28,20	Muito alto
Taxa de Detecção Anual de Casos Novos em <15 anos	13,81	Hiperendêmico
Taxa de casos novos de hanseníase com Grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico	1,94	-
Proporção de casos de hanseníase com Grau 2 de incapacidade física e os casos novos	25%	Alto
Proporção de cura de hanseníase	68,8%	Precário
Proporção de contatos examinados	62,2%	Precário

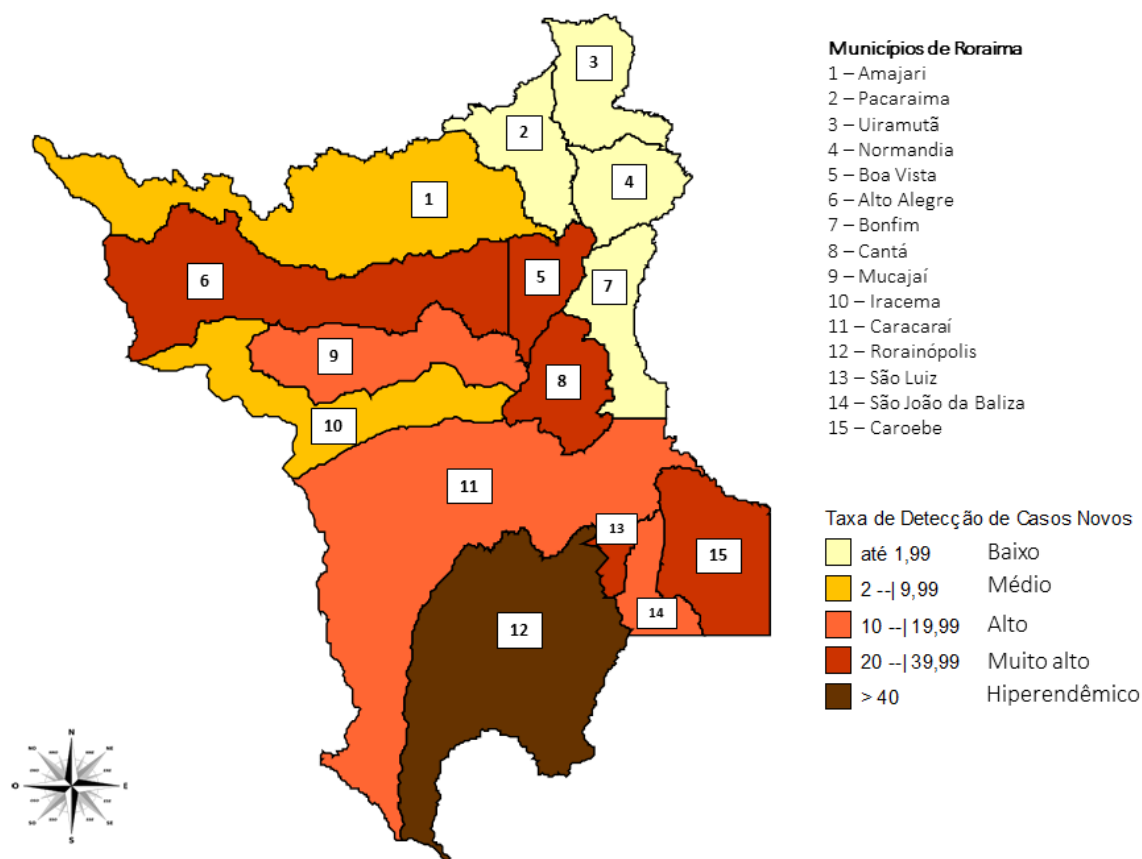
Fonte: Elaborado pela própria autora através de dados do SINAN/MS/SVS/CGHDE (2018).

* Parâmetros baseados em Brasil, 2016a.

Tendo em vista a distribuição espacial dos casos novos de hanseníase em Roraima em 2017 (Figura 5), verifica-se que 40% dos municípios estão classificados com o parâmetro muito alto, seguido de 20% categorizados como alto e apenas um hiperendêmico. As maiores concentrações foram na região sul e noroeste do estado e os municípios que apresentaram as maiores taxas de detecção foram Rorainópolis (148,86 para cada 100 mil habitantes - hiperendêmico) e Cantá (29,63 para cada 100 mil habitantes – muito alto). A cidade de Boa Vista também foi classificada com o parâmetro muito alto, apresentando uma taxa de detecção de casos novos de 21,99 para cada 100 mil habitantes e somente quatro cidades apresentaram a classificação baixa. Porém, é necessário levar em consideração que os dados são provenientes de fontes secundárias e que a alimentação do sistema é crucial para que os dados sejam fidedignos à realidade.

Diante desta análise, é possível verificar a magnitude e a transcendência da hanseníase no estado de Roraima, visto que há ampla distribuição de casos da doença, afetando praticamente 75% dos municípios, somados aos precários indicadores do monitoramento para eliminação da hanseníase apresentados pelo estado. São inúmeros os fatores que podem estar relacionados às elevadas taxas de hanseníase, como baixo nível de escolaridade da população, precariedade no saneamento básico das cidades, desorganização no processo de urbanização, densidade populacional elevada nos municípios, aglomerados residenciais e desigualdade na distribuição de renda (FREITAS; DUARTE; GARCIA, 2014).

Figura 5 - Distribuição espacial da Taxa de Detecção de Casos Novos para cada 100 mil habitantes nos Municípios do Estado de Roraima, 2017.



Fonte: Elaboração da própria autora a partir de dados do SINAN/MS/SVS/CGHDE (2018).

3.3 POLIQUIMIOTERAPIA E ADESÃO AO TRATAMENTO NA HANSENÍASE

3.3.1 Evolução do Tratamento na Hanseníase

A primeira forma de tratamento instituída para a hanseníase foi durante os séculos XVIII e XIX mediante a criação de leprosários, os quais isolavam os doentes da sociedade. Com isso, havia uma redução gradativa e lenta no número de casos devido à interrupção da transmissão para as pessoas saudáveis. Na Antiguidade pensava-se que a hanseníase era incurável e, diante disso, aplicavam-se somente cuidados paliativos para minimizar os sintomas físicos. Empregavam-se banho com ervas ou lama, unguentos, pomadas, cataplasmas e, até mesmo, resíduos menstruais sobre as lesões dermatológicas (CUNHA, 2002).

Também foi largamente utilizada como terapêutica a injeção intradérmica de óleo de chaulmoogra ou hydnocarpus (derivado de sementes de uma árvore herbácea) e seus ésteres com propriedade antileprótica (FAGET, 1947). Porém, esse fitoterápico apresentava inúmeras desvantagens, como a grandiosidade de efeitos colaterais, longo tempo de tratamento e não havia comprovação científica da sua cura (ARAÚJO, 2003).

O primeiro grupo de drogas sintéticas efetivas no tratamento da hanseníase foram as sulfonas (CALIXTO, 2009) e, além disso, possibilitaram que a terapêutica fosse instituída em regime ambulatorial, contrariando a prática de isolamento estabelecida ao longo da história (CUNHA, 2005). Apesar dos avanços, seu uso em grande escala e de forma contínua acarretou no aparecimento de casos de resistência medicamentosa na década de 1960 (BRASIL, 2003).

Os progressos da ciência e a busca por um tratamento efetivo para a cura da hanseníase levou a descobertas de medicamentos para o combate dessa doença, como a dapsona na década de 1940, a clofazimina na década de 1960 e a rifampicina nos anos de 1970 (OLIVEIRA, et al., 2016).

Em 1982, a Organização Mundial da Saúde (OMS), com vistas a reduzir ou eliminar a doença, diminuir a duração do tratamento e auxiliar na abordagem de resistências relacionadas à medicação, recaídas e incapacidades, instituiu o tratamento da hanseníase a partir da poliquimioterapia (PQT) (CRUZ, 2016; KAR; GUPTA, 2015).

Entendeu-se que os organismos resistentes a um a droga seriam susceptíveis a outras medicações empregadas na PQT por apresentarem mecanismos de ações distintos e seu uso combinado leva a uma probabilidade de resistência considerada insignificante (WHO, 2018).

A partir da introdução da PQT em meados da década de 1980 houve uma redução significativa na prevalência mundial da doença, sendo reduzida de 5,4 milhões de casos para cem mil registrados atualmente (WHO, 2016b).

Os esquemas terapêuticos são divididos para os casos paucibacilares e multibacilares (Figura 6). Para os casos paucibacilares, a PQT compõe-se de dois medicamentos, a rifampicina e a dapsona, tendo como critério para a alta a administração de seis cartelas em até nove meses de intervenção. Para os adultos, tem-se a seguinte recomendação: i) Rifampicina: dose mensal de 600 mg com administração supervisionada; ii) Dapsona: dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada. Já para crianças, há uma modificação na dosagem dos fármacos: i) Rifampicina: dose mensal de 450 mg com administração supervisionada; ii) e Dapsona: dose mensal de 50 mg supervisionada e dose diária de 50 mg autoadministrada (BRASIL, 2017a.).

Em se tratando dos casos multibacilares há a adição do medicamento clofazimina, além do acréscimo no número de cartelas a serem instituídas, sendo preconizada para a alta a administração de 12 cartelas em até 18 meses. A recomendação para adultos é: i) Rifampicina: dose mensal de 600 mg através da administração supervisionada; ii) Dapsona: dose mensal de 100 mg supervisionada e dose autoadministrada diária de 100 mg; iii) e clofazimina: dose diária de 50 mg autoadministrada e dose supervisionada mensal de 300 mg. Já para crianças recomenda-se: i) Rifampicina: dose mensal de 450 mg com administração supervisionada; ii) Dapsona: dose mensal de 50 mg supervisionada e dose diária de 50 mg autoadministrada; iii) Clofazimina: dose mensal de 150 mg com administração supervisionada e uma dose de 50 mg autoadministrada em dias alternados (BRASIL, 2017a).

Figura 6 - Esquemas terapêuticos preconizados para os casos Paucibacilares e Multibacilares em adultos e crianças acometidos pela Hanseníase.

Esquema terapêutico para casos PAUCIBACILARES: 6 cartelas	
Adulto	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada.
Criança	Rifampicina (RFM): dose mensal de 450 mg (1 cápsulas de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 50 mg supervisionada e dose diária de 50 mg autoadministrada
Esquema terapêutico para casos MULTIBACILARES: 12 cartelas	
Adulto	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada.
	Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300 mg (3 cápsulas de 100 mg) com administração supervisionada e 1 dose diária de 50 mg autoadministrada.
Criança	Rifampicina (RFM): dose mensal de 450 mg (1 cápsulas de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 50 mg supervisionada e dose diária de 50 mg autoadministrada
	Clofazimina (CFZ): dose mensal de 150 mg (3 cápsulas de 50 mg) com administração supervisionada e uma dose de 50 mg autoadministrada em dias alternados.

Fonte: Brasil (2017a).

Quanto ao mecanismo de ação, a dapsona é uma droga bacteriostática que inibe a enzima di-hidrofolato sintetase, as quais são enzimas que inibem a síntese de folato do *Micobacterium Leprae*. Já a rifampicina é o único elemento bactericida da poliquimioterapia, agindo de forma seletiva na RNA polimerase dependente de DNA e, conseqüentemente, bloqueando a síntese de RNA na bactéria. Ademais, esse medicamento atravessa a membrana celular, destruindo bacilos intracelulares e possui grande eficácia nos organismos resistentes à dapsona (KAR; GUPTA, 2015).

Por fim, a clofazimina compõe-se de um corante cristalino vermelho solúvel em gordura apresentando função bacteriostática e antiinflamatória, porém seu mecanismo de ação bioquímico ainda não foi totalmente elucidado. Acredita-se que a droga bloqueie a função de modelo de DNA, contribuindo para a síntese de enzimas lisossômicas e ampliando a capacidade fagocitária de macrófagos (KAR; GUPTA, 2015).

3.3.2 Adesão ao Tratamento da Hanseníase

Por muito tempo, utilizou-se a terminologia “*compliance*”, originária do latim *complire* que, no português, iguala-se ao verbo cumprir (DIEMEN, 2011). Diante disso, *compliance* associa-se com a obediência do paciente à prescrição médica, sugerindo um seguimento passivo às ordens dos profissionais de saúde (ZANINI; PAULO, 1997; OSTERBERG; BLASCHKE, 2005; GUSMÃO, MION JR., 2006) e é alicerçado em um cuidado paternalista não condizente com o regime terapêutico atual, o qual pauta-se no usuário como sujeito ativo do seu tratamento (ARONSON, 2007).

Diante desses aspectos supracitados, o termo “*adherence*” vem ganhando mais aplicação na prática clínica (DIEMEN, 2011). Com relação à etimologia da palavra adesão, esta deriva do latim “*adhaesione*” e se refere ao ato ou efeito de aderir, assentimento, cooperação, concordância, apoio, aderência, aprovação (FERREIRA, 2014).

Em conformidade com o Projeto Adesão da OMS, a conceituação do termo adesão a tratamentos crônicos diz respeito ao grau de comportamento representado pela ingestão do medicamento propriamente dito, cumprimento da dieta recomendada, modificações no estilo de vida e assentir com as recomendações feitas pelos profissionais de saúde, ou seja, não se restringe apenas ao fato de seguir a prescrição da medicação (WHO, 2003).

Já Leite e Vasconcellos (2003) definiram o termo adesão como o seguimento da prescrição em pelo menos 80% do total, voltado desde a administração em horários, doses e duração da terapêutica de maneira correta. Todavia, Correr e Otuki (2013) consideram que um paciente adere ao tratamento medicamento instituído quando faz uso de 80 a 110% da quantidade de prescrita.

A OMS atribui a adesão ao tratamento a um processo multidimensional e elenca cinco aspectos que interferem diretamente na adesão à terapêutica (Figura 7): fatores relacionados ao paciente, ao tratamento, socioeconômicos, relacionados aos sistemas de saúde e a doença (WHO, 2003).

Figura 7 - Dimensões da Adesão ao Tratamento Medicamentoso segundo a OMS.



Fonte: Gusmão e Mion Jr (2006).

Cramer (1991) especificou vários fatores que podem interferir na adesão ao tratamento, sendo estes relacionados: i) ao paciente, como: sexo, idade, etnia, estado civil, grau de escolaridade e questões socioeconômicas; ii) à doença, como: enfermidades crônicas, ausência de sintomatologia e complicações tardias; iii) às crenças de saúde, hábitos de vida e culturais, como a percepção do paciente quanto à seriedade do problema, desconhecimento da enfermidade, experiência com a doença no contexto familiar e autoestima; iv)) ao tratamento instituído e este se relaciona com a qualidade de vida, englobando custo, efeitos colaterais e esquemas terapêuticos complexos; v)) à instituição, levando em consideração as política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera *versus* tempo de atendimento; vi) e, por último, ao relacionamento com a equipe de saúde.

Girotto et al. (2013) também elencam inúmeros aspectos relacionados a adesão à terapêutica, tais como as dificuldades financeiras, ao grande número de medicamentos prescritos, ao complexo esquema terapêutico, a presença de efeitos adversos, a problemas de acesso ao sistema de saúde, ao desajuste na relação médico-usuário, enfermidades assintomáticas e a característica crônica da doença.

Conforme a OMS, a não adesão a terapias de longo prazo em países desenvolvidos está por volta de 50%, sendo ainda maiores e alarmantes em países em desenvolvimento

(MENDES, 2011). A baixa adesão, por sua vez, tem relação com a dificuldade para iniciar o tratamento, suspensão da medicação antes do prazo prescrito, omissões intencionais ou esquecimentos, não comparecimento às consultas ou retornos agendados, não modificação de hábitos necessários à sua recuperação (LIBERATO et al., 2014).

A OMS (2003) ainda classifica os pacientes não aderentes em dois grupos: os involuntários, os quais não apresentam boa adesão por falta de informação ou dificuldades na interpretação das instruções ofertadas pela equipe de saúde, esquecimento ou falta de organização nos horários da medicação prescrita, e os voluntários, sendo classificados como aqueles que optam conscientemente por não autoadministrar a medicação prescrita, seja parcialmente ou totalmente.

A falta de adesão ao tratamento implica em consequências tanto para o sistema de saúde como para o paciente, como eventos adversos, falha terapêutica, desperdício de recursos, aumento nos custos do cuidado à saúde, elevação nas taxas de hospitalizações, consultas de emergências e tratamento de complicações (AMBAW et al., 2012; BRASIL, 2016b; LIMA et al., 2016).

Uma revisão integrativa abordou os principais fatores relacionados a não adesão ao tratamento, especificamente na hanseníase, e inferiu que estão associados tanto a fatores intrínsecos como extrínsecos ao portador. Em se tratando dos fatores intrínsecos, estão a condição socioeconômica, religião ou crença na cura não medicamentosa, conhecimento acerca da doença e apoio familiar. Já quanto às causas extrínsecas têm-se as relações entre paciente e equipe de saúde, a classificação da doença, o regime terapêutico prolongado, efeitos adversos e reações hansênicas, bem como o estigma social (LIRA; SILVA; GONÇALVES, 2017).

Notadamente na hanseníase, a adesão ao tratamento é de extrema importância por se tratar de uma doença infectocontagiosa e crônica, permitindo o rompimento da cadeia de transmissão da doença, prevenindo o aparecimento de incapacidades físicas, proporcionando a cura e, com isso, leva à reabilitação tanto física como social do portador (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2009; SOUSA et al., 2013).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, de natureza observacional, do tipo descritiva e analítica, com corte transversal, utilizando procedimentos técnicos de pesquisa documental em dados secundários e pesquisa de campo.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um centro de referência localizado no município de Boa Vista-RR. Esta unidade presta atendimentos ambulatoriais especializados e é a mais antiga instituição de saúde no estado de Roraima, tendo sido, por muito tempo, referência para diversos atendimentos de saúde. Sua gestão é de responsabilidade do governo estadual com administração direta, subordinada à Secretaria Estadual de Saúde – SESAU, atendendo exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde.

É referência no nível secundário para os 15 municípios do estado, bem como para os países fronteiriços República Bolivariana da Venezuela e República Cooperativista da Guiana e para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas Yanomami e Ye’Kuana (DSEI-Y) e Leste de Roraima (DSEI-L). São ofertadas 36 especialidades médicas, como ortopedia, cardiologia, endocrinologia, neurologia, dermatologia, psiquiatria, entre outras.

O Programa de Hanseníase no centro de referência atende pacientes referenciados das Unidades Básicas de Saúde de Boa Vista e dos outros municípios do estado, os quais apresentam alguma complicação advinda da doença ou do tratamento medicamentoso. O acompanhamento a essa clientela é realizado por uma equipe multiprofissional, composta por dois médicos especialistas em hansenologia; um médico ortopedista que avalia a necessidade do procedimento cirúrgico para reabilitação; um fisioterapeuta que atua na prevenção e controle das incapacidades causadas pela enfermidade; e um enfermeiro e um técnico em enfermagem que atuam na orientação e entrega de medicamentos, bem como a administração da dose supervisionada, marcação de consulta para acompanhamento mensal e esclarecimento de eventuais dúvidas.

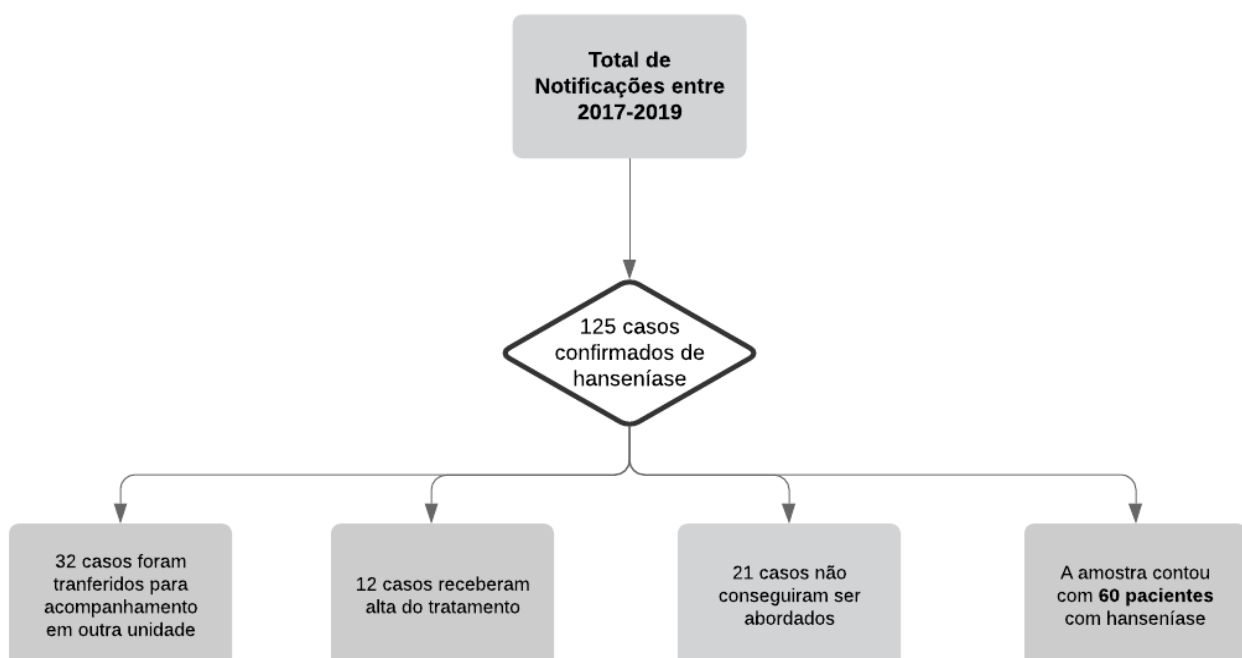
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Conforme dados disponibilizados pela unidade, o Programa de Hanseníase presta acompanhamento a cerca de 60 pacientes. Dessa forma, a população deste estudo consistiu em todos os pacientes que estavam realizando tratamento e sendo acompanhados no centro de referência durante o período de outubro de 2018 a abril de 2019, totalizando sete meses de pesquisa e contou com amostragem probabilística aleatória simples.

Utilizou-se como critérios de inclusão: pacientes notificados e com diagnóstico confirmado de hanseníase, independente do local de notificação; e que estavam realizando tratamento e sendo acompanhados no centro de referência entre outubro de 2018 a abril de 2019. Foram excluídos casos suspeitos, casos confirmados acompanhados em outras unidades ou fora do período de estudo; pacientes indígenas e estrangeiros; e aqueles que não compareceram a nenhuma consulta durante o período da pesquisa.

A Figura 8 demonstra o fluxograma de seleção da amostra conforme os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. O número total de notificações para caso confirmado de hanseníase entre os anos de 2017 e 2019 resultaram um total de 125 casos. Iniciou-se a contagem de casos desde o ano de 2017 tendo em vista que alguns casos ainda realizavam tratamento no período da coleta (outubro de 2018 a abril de 2019).

Figura 8 - Fluxograma representativo da amostra segundo critérios de inclusão e exclusão a partir da população.



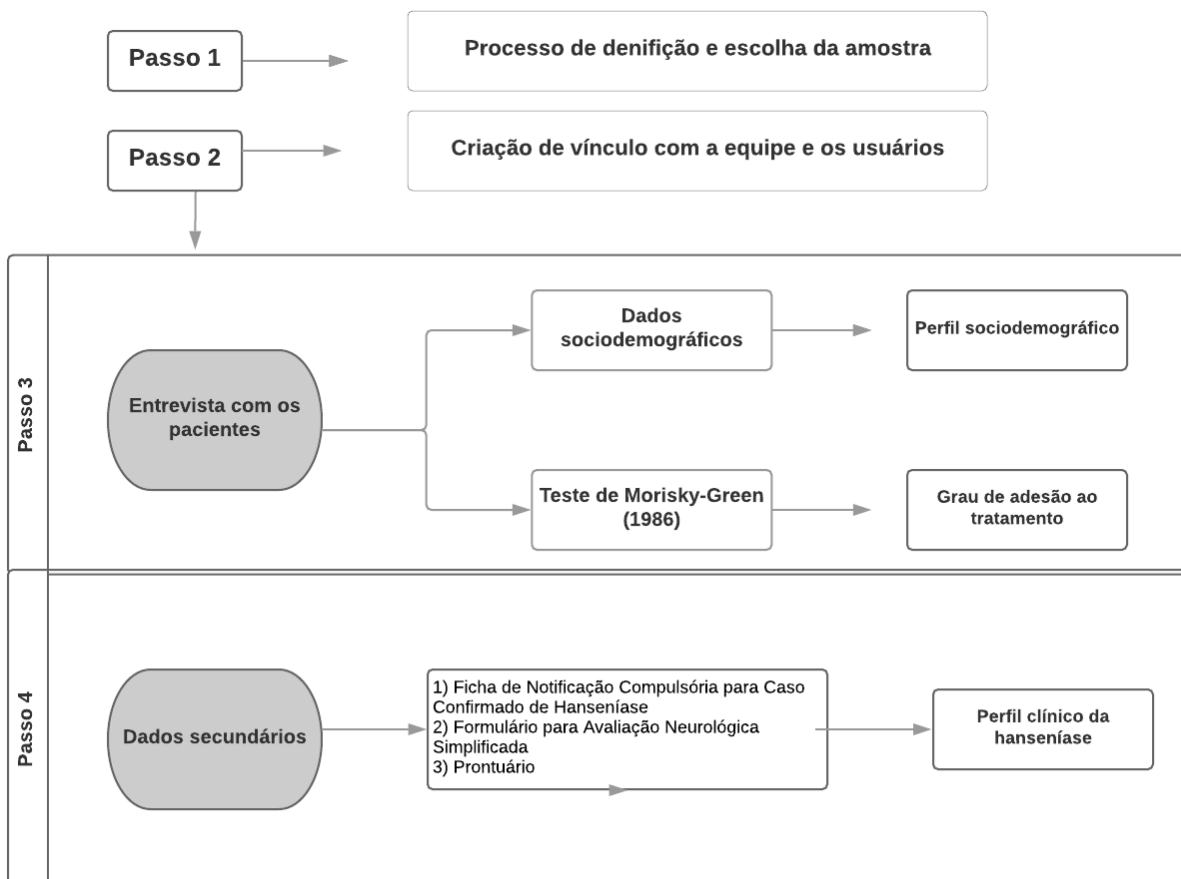
Fonte: Elaborado pela própria autora, 2019.

Desse total de indivíduos notificados, trinta e dois casos foram transferidos para acompanhamento em outras unidades de saúde, doze casos receberam alta do tratamento durante a coleta de dados e vinte e um casos não conseguiram ser abordados por falta dos pacientes às consultas agendadas. Ao final, a amostra contou com sessenta pacientes em tratamento contínuo no centro de referência.

4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento fechado elaborado especificamente para esse fim, voltado para levantamento de dados socioeconômicos e clínico-epidemiológicos, bem como a adesão do paciente à farmacoterapia. Os dados foram coletados através de duas etapas (Figura 9): na primeira foi feita uma entrevista com os pacientes acompanhados no centro de referência do estudo e na segunda etapa foi realizada uma análise de dados secundários disponíveis nos prontuários e nas fichas de notificação compulsória.

Figura 9 - Fluxograma representativo do processo de coleta de dados.



Fonte: Elaboração da própria autora a partir dos dados da pesquisa, Boa Vista – Roraima, 2019.

4.4.1 Primeira Etapa

A primeira etapa da coleta de dados foi realizada por meio de entrevista com os pacientes a fim de levantar dados socioeconômicos e verificar o grau de adesão à farmacoterapia. Para isso, foi feito um contato prévio da pesquisadora com os funcionários e usuários do serviço de maneira a criar vínculo, explicar os objetivos da pesquisa, bem como seus benefícios e riscos.

Posteriormente, foi aplicado um formulário previamente elaborado (Apêndice A), o qual contemplou os dados sociodemográficos e o teste padronizado de Morisky-Green (1986). As variáveis coletadas nesta etapa foram: sexo, data de nascimento ou idade, ocupação, raça/cor/etnia, grau de escolaridade, renda familiar, município, bairro e zona de residência.

Nesta fase, abordaram-se os pacientes durante os dias de consultas. A unidade dispõe de agendamento e, como forma de facilitar a coleta, foi requerido mapa de agendamento para a pesquisadora, com vistas a abordar todo o público acompanhado na instituição.

Para avaliar a adesão ao tratamento medicamento, foi escolhido o método indireto com aplicação de um questionário estruturado e validado, conhecido como Teste de Morisky-Green (1986). Este instrumento é um dos mais utilizados na literatura para mensurar a adesão (SOUSA et al., 2014; TRAUTHMAN et al., 2014) e é recomendado pelo Ministério da Saúde para avaliar a adesão ao tratamento em doenças crônicas (BRASIL, 2016).

O Teste de Morisky-Green (1986) é composto por quatro perguntas que dizem respeito a atitudes do paciente relacionadas ao uso do medicamento, levando em consideração que uso inadequado de medicamentos está relacionado a fatores intencionais, como interrupção do medicamento quando se sentir melhor ou pior, e não intencionais, como a falta de cuidado e esquecimento das doses (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986). Cada resposta SIM corresponde a pontuação 0 (zero) e cada NÃO corresponde a 1 (um), sendo que as respostas afirmativas se relacionam a atitudes não aderentes.

A escolha do teste supracitado foi fundamentada na sua fácil aplicação, devido ao número pequeno de questionamentos, além de suas perguntas serem atemporais, de fácil medida e compreensão, ter validação na língua portuguesa e ser o instrumento mais utilizado para mensurar a adesão, permitindo, assim, a comparação com outros estudos (SOUSA et al., 2014; ROCHA et al., 2015).

4.4.2 Segunda Etapa

A segunda etapa voltou-se para o levantamento de dados secundários com a finalidade de caracterizar as especificidades clínicas da hanseníase. Para isso, foram utilizados dados disponibilizados na Ficha de Notificação Compulsória para Caso Confirmado de Hanseníase, o Formulário para Avaliação Neurológica Simplificada preconizado pelo Ministério da Saúde e demais anotações no prontuário que forem de relevância para o estudo.

As variáveis que foram coletadas nesta fase referem-se ao: número de lesões cutâneas, forma clínica, classificação operacional, número de nervos afetados, modo de entrada, modo de detecção, esquema terapêutico, grau de incapacidade no diagnóstico e no último teste realizado na unidade e o tratamento instituído.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram tabulados em planilha eletrônica no programa Microsoft Excel® 2010 e foram classificadas como variáveis qualitativas e quantitativas. A partir disso, receberam tratamento estatístico por meio do programa “*Statistical Package for the Social Sciences*” (SPSS) versão 23, através da análise descritiva utilizando medidas de tendência central para as variáveis quantitativas e distribuição de frequência (simples e relativa) para variáveis qualitativas.

Quanto ao teste de adesão à farmacoterapia, utilizou-se o seguinte critério: “maior adesão” os que obtiveram 3 (três) ou 4 (quatro) pontos no teste e “menor adesão” os que obtiveram de 0 (zero) a 2 (dois) pontos.

Utilizou-se como variável dependente “*Grau de adesão ao tratamento medicamentoso*” e como variáveis independentes descritas no Quadro 1.

Quadro 1 - Descrição das variáveis independentes para os casos de hanseníase.

Variável	Descrição	Tipo	Unidades/categorias
Sociodemográficas			
Sexo	Sexo	Nominal	Masculino; Feminino
Idade	Idade	Ordinal	>18 anos; 18 a 59 anos; ≥ 60 anos
Raça	Raça	Nominal	Branca; Afrodescendente; Parda; Amarela; Não autodeclarada

Quadro 2 – Continua.

Variável	Descrição	Tipo	Unidades/categorias
Escolaridade	Escolaridade em anos de estudo	Ordinal	0 a 7 anos de estudo; ≥ 8 anos de estudo
Renda	Renda baseada no nº de salários mínimos	Ordinal	Até 2 salários mínimos; Acima de 2 salários mínimos
Zona de Residência	Zona de residência	Nominal	Urbana; Rural
Clínicas			
Classificação Operacional	Classificação operacional baseada no nº de lesões	Ordinal	Paucibacilar; Multibacilar
Forma Clínica	Forma clínica de Madrid	Nominal	Indeterminada; Tuberculoide; Dimorfa ; Virchoviana; Não Classificada
Nº de Lesões Cutâneas	Nº total de lesões cutâneas	Contínua	Valor absoluto (0 a 100)
Baciloscopia	Resultado do exame baciloscópico	Nominal	Positivo; Negativo; Não realizado
Modo de Entrada	Forma de ingresso em que o usuário inicia o tratamento	Nominal	Caso Novo; Recidiva; Transferência; Outros ingressos
Modo de Detecção	Mecanismo do diagnóstico do caso novo	Nominal	Encaminhamento; Demanda Espontânea; Exame de Coletividade; Exame de Contatos; Outros modos; Ignorado
Esquema Terapêutico	Tipo de Poliquimioterapia (PQT) instituída	Ordinal	PQT/PB/6 doses; PQT/MB/12 doses
Grau de incapacidade física (GIF) no Diagnóstico	Presença de incapacidade física no diagnóstico	Ordinal	Grau 0, Grau 1; Grau 2; Não realizado
Grau de incapacidade física (GIF) na Última Avaliação	Presença de incapacidade física última avaliação	Ordinal	Grau 0, Grau 1; Grau 2; Não realizado

Fonte: Elaboração da própria autora a partir dos dados da pesquisa, Boa Vista – Roraima, 2019.

Para verificar se houve diferença significativa entre o GIF no diagnóstico e o GIF na última avaliação utilizou-se o Teste t Student para amostras pareadas, considerando significante $p < 0,05$.

Para as correlações estatísticas, utilizou-se o software “R” versão 3.6.0. Para investigar a associação entre a adesão ao tratamento medicamentoso e as variáveis independentes, realizou-se, a priori, regressões logísticas simples, a partir das quais foram selecionadas as variáveis que apresentaram p-valor inferior a 20% para serem incluídas na regressão logística múltipla. A partir da inclusão destas variáveis no modelo múltiplo, considerou-se um nível de significância estatística de 5%.

Adotou-se o método *Backward* manual, no qual se excluiu, por etapas, as variáveis com p-valor maior que 5%, iniciando pelas variáveis com p-valor mais elevado até o ajuste final do modelo.

Permaneceu no modelo final apenas as variáveis com p-valor menor que 5%. Avaliou-se o efeito das variáveis independentes incluídas no modelo final sobre a adesão ao tratamento, calculando as Odds Ratio (OR) e considerando seus Intervalos de Confiança (IC) de 95%. Ao final, foi feito o teste de Hosmer e Lemeshow para avaliar a qualidade do ajuste do modelo escolhido.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Roraima (CEP/UFRR), conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12, sob o número de parecer 2.991.601 e o CAAE 96460818.5.0000.5302. Foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participantes da pesquisa ou responsáveis, como forma de esclarecer a proposta de estudo, os objetivos, riscos, benefícios, sigilo e confidencialidade das informações. Também foi aplicado o Termo de Assentimento, elaborado em linguagem acessível para os menores ou para os legalmente incapazes. Utilizou-se, ainda, o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) de maneira a resguardar a confidencialidade dos dados coletados nos prontuários, a privacidade de seus conteúdos e somente empregar os dados para os objetivos propostos.

5 RESULTADOS

A amostra deste estudo foi constituída por 60 pacientes que faziam acompanhamento contínuo no centro de referência durante os meses de outubro de 2018 a abril de 2019.

A Tabela 2 diz respeito às características sociodemográficas desses pacientes. Verificou-se que a maioria dos pacientes acompanhados no período do estudo eram do sexo masculino (73,3%), seguido do sexo feminino (26,7%).

Com relação à idade, verificou-se uma maior frequência de adultos na faixa etária produtiva (18 a 59 anos), representando 80% do total. Porém, também houve a detecção de hanseníase em menores de 18 anos, representando 10% do total e em idosos também com 10%. Ainda com relação à idade, observou-se a idade mínima de 7 anos e máxima de 78 anos, com média $38,78 \pm 16,043$ e mediana de 37 anos (Tabela 2).

Em se tratando da raça/cor, observou-se que a maioria dos pacientes se autodeclarou pardo (83,3%), seguido por branco (10%), afrodescendente (5%) e amarelo (1,7%) (Tabela 2). É importante ressaltar que no presente estudo não foram incluídos pacientes indígenas.

Quanto ao grau de escolaridade, este foi categorizado através dos anos de estudo, sendo considerados analfabetos e ensino fundamental incompletos na primeira categoria e os demais na segunda categoria (Tabela 2). Observou-se que mais da metade dos pacientes possui menos de 7 anos de estudos (51,7%), a outra parcela (48,3%) possui oito anos ou mais de estudo (Tabela 2).

Ao estratificarmos o grau de escolaridade, verificamos que 16,7% são analfabetos e 35% possuem o ensino fundamental incompleto. Ao somarmos essas duas variáveis, temos um total de 51,7% da amostra classificada com baixo nível de escolaridade. Ademais, somente 5% dos pacientes possui ensino superior completo.

Com relação à ocupação, observou-se uma variedade de profissões e optou-se por utilizar a Classificação Brasileira de Ocupações (BRASIL, 2010) para categorização. As principais classes de ocupação foram: trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca (18,3%); trabalhadores de nível elementar de competência (não-qualificados) (16,7%); trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio (15%), do lar (15%); e operador de máquinas (11,7%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Características sociodemográficas dos pacientes com hanseníase acompanhados em um centro de referência. Boa Vista-RR, 2019 (n=60).

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	44	73,3
Feminino	16	26,7
Faixa etária		
> 18 anos	6	10,0
18 a 59 anos	48	80,0
≥ 60 anos	6	10,0
Idade (M ± DP)	38,78 ± 16,043	
Raça/cor		
Parda	50	83,3
Branca	6	10,0
Afrodescendente	3	5,0
Amarela	1	1,7
Escolaridade (anos de estudo)		
0 a 7 anos de estudo	31	51,7
≥ 8 anos de estudo	29	48,3
Ocupação		
Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca*	11	18,3
Trabalhadores de nível elementar de competência*	10	16,7
Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio*	9	15,0
Do lar	9	15,0
Estudante	7	11,7
Operadores de máquinas*	5	8,3
Aposentado	5	8,3
Técnicos de nível médio*	2	3,3
Trabalhadores de serviços administrativos*	2	3,3
Renda familiar		
Até 2 salários mínimos	56	93,3
Acima de 2 salários mínimos	4	6,7

Fonte: Elaboração da própria autora a partir dos dados da pesquisa, Boa Vista – Roraima, 2019.

* Conforme a Classificação Brasileira de Ocupações (BRASIL, 2010).

Ao estratificar por ocupações, relatadas nas fichas de notificação compulsória, observou-se um predomínio das seguintes profissões: agricultor (16,7%), do lar (15,0%), estudante (11,7%), operador de máquinas (11,7%), aposentado (8,3%), serviços gerais (8,3%), autônomo (6,7%), entre outras (Tabela 2).

No que tange à renda familiar, a quase totalidade dos usuários relatou receber até dois salários mínimos (93,3%), sendo incluída também nessa categoria nenhuma renda. E apenas 6,7% dos entrevistados referiu auferir mais de dois salários mínimos (Tabela 2). É importante ressaltar que, no momento da pesquisa, o salário mínimo era de R\$ 998,00 pelo Decreto-lei nº 9.661 de 1 de janeiro de 2019 (BRASIL, 2019).

Os pacientes com hanseníase cujo tratamento contínuo é realizado no centro de referência residem em diversos municípios do estado, sendo descritos nas fichas de notificações oito dos quinze municípios existentes no estado, conforme explicitado na Tabela 3. Houve um predomínio de usuários residentes na cidade de Boa Vista (75%), seguido de Cantá (8,3%) e Rorainópolis (5%). Ressalta-se que o Centro de Referência se localiza na cidade de Boa Vista, capital do estado de Roraima. Em se tratando da zona de residência, verificou-se que 83,3% (n=50) dos usuários com hanseníase se autodeclararam residirem na zona urbana e 16,7% (n=10) na zona rural dos respectivos municípios.

Tabela 3 - Distribuição dos casos de hanseníase acompanhados no centro de referência conforme município e zona de residência. Boa Vista – Roraima, 2019 (n=60).

Variáveis	n	%
Município		
Boa Vista	45	75,0
Cantá	5	8,3
Rorainópolis	3	5,0
Bonfim	2	3,3
Mucajaí	2	3,3
Alto Alegre	1	1,7
Amajari	1	1,7
Caroebe	1	1,7
Zona de Residência		
Urbana	50	83,3
Rural	10	16,7

Fonte: Elaboração da própria autora a partir dos dados da pesquisa, Boa Vista – Roraima, 2019.

Efetou-se um recorte e uma análise minuciosa dos casos de hanseníase considerando apenas os usuários residentes no município de Boa Vista, tendo em vista a elevada frequência dos casos (75%; n=45) (Tabela 3), cuja finalidade foi conhecer a distribuição espacial e as áreas de concentração da enfermidade. Os bairros de residência que apresentaram maiores frequências foram: Senador Hélio Campos (15%), Conjunto Cidadão

(6,7%), Santa Luzia (5%) e Sílvio Leite (5%). Os demais apresentaram taxas menores que 5%.

Após a análise por bairro de residência de Boa Vista, estes foram categorizados conforme a Lei Municipal nº 244 de 06 de setembro de 1991, que dispõe sobre o Zoneamento da cidade (Tabela 4). A Zona Oeste apresentou a maior concentração de casos de hanseníase (65%), sendo considerado o setor com maior número de habitantes e abrangendo o maior quantitativo de bairros, a saber: Senador Hélio Campos, Conjunto Cidadão, Professor Aracelis, Pintolândia, Jardim Tropical, Doutor Airton Rocha, Alvorada, Caranã, Cambara, São Vicente, Sílvio Leite, Pérola, entre outros. A segunda zona com maior concentração de casos foi a Norte (5%), englobando os bairros Cauamé, Bairro dos Estados, Aparecida, São Francisco, Aeroporto e 31 de Março. As zonas com menor afluência de casos foram a Sul (3,3%) e a Leste (1,7%), as quais abrangem os bairros centrais e os bairros considerados nobres, como Paraviana e Caçari.

Tabela 4 - Distribuição por zoneamento de residência dos pacientes com hanseníase residentes no município de Boa Vista – Roraima. Boa Vista – Roraima, 2019 (n=45).

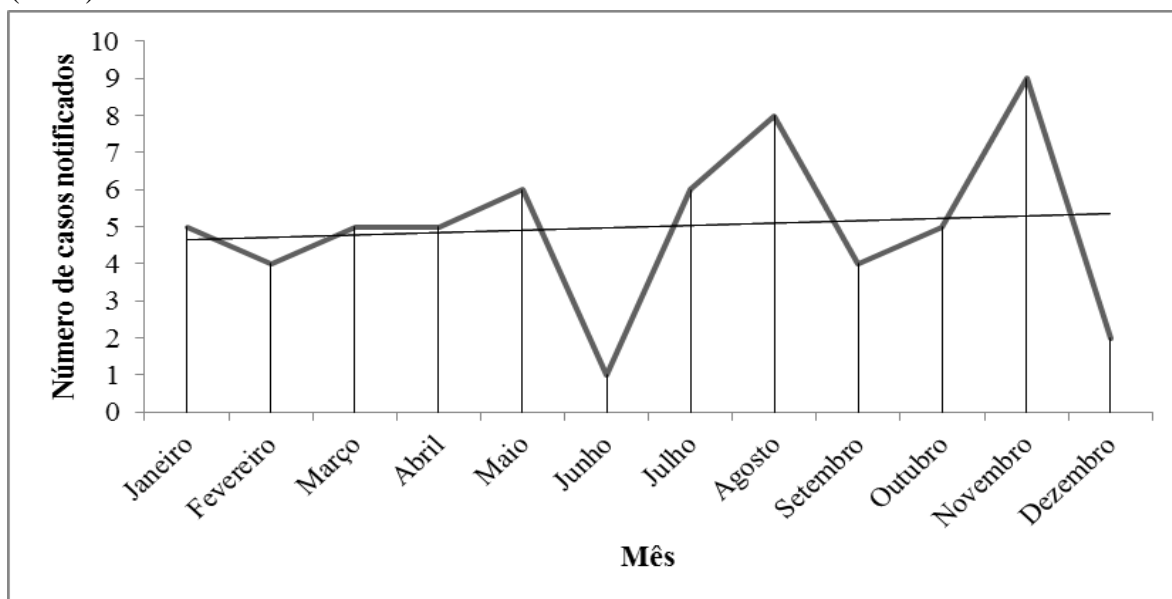
Zoneamento*	n	%
Zona Oeste	39	65,0
Zona Norte	3	5,0
Zona Sul	2	3,3
Zona Leste	1	1,7
Total	45	100,00

Fonte: Elaboração da própria autora a partir dos dados da pesquisa, Boa Vista – Roraima, 2019.

* Zoneamento conforme a Lei 244 de 06 de setembro de 1991.

No que tange ao mês de notificação dos casos de hanseníase (Gráfico 1), constatou-se que este seguiu um padrão linear ao longo do ano, havendo picos de notificação nos meses de novembro (9 casos), agosto (8 casos) e maio (6 casos). O mês com menor número de notificações foi o de junho (1 caso).

Gráfico 1 - Distribuição temporal das notificações dos casos confirmados de hanseníase (n=60).



Fonte: Elaboração da própria autora a partir dos dados da pesquisa, Boa Vista – Roraima, 2019.

A Tabela 5 diz respeito às características clínicas dos pacientes com hanseníase acompanhados no centro de referência de Boa Vista-RR. No que tange à classificação operacional dos casos de hanseníase, constatou-se que a quase totalidade dos casos foram categorizados como multibacilares (95%) e somente 5% como paucibacilares. Em relação à forma clínica, verificou-se uma maior frequência nas categorias dimorfa (56,7%) e virchowiana (35%), ambos classificados como formas multibacilares. Já os casos paucibacilares representaram apenas 5%, sendo classificados como forma tuberculoide e 3,3% dos casos não apresentaram nenhuma classificação.

Com relação ao número total de lesões apresentados pelo paciente, observou-se que 83,3% dos usuários possuíam acima de cinco lesões cutâneas. Ademais, o número mínimo de lesões foi de zero e o máximo de cem lesões por paciente. A média foi de 40,83 lesões cutâneas com desvio padrão de 36,91. Chama-se atenção para o elevado número de lesões dermatológicas apresentadas pelos pacientes, dos quais 23,3% apresentavam 100 lesões e 21,7% possuíam 50 lesões (Tabela 5).

O exame baciloscópico foi realizado em 66,7% dos casos, sendo positivo em 38,3% dos casos e negativo em 28,3% deles. O exame não foi efetuado em 33,3% dos casos. O modo de entrada predominante foram os casos novos (65%), seguido das recidivas (18,3%), das transferências (15%) e outros ingressos (1,7%). Já, em se tratando dos modos de detecção, prevaleceram os encaminhamentos (83,3%), demanda espontânea (11,7%) e exame de

contatos (5%). Considerando o esquema terapêutico inicial disposto nas fichas de notificações, para 98,3% dos casos foi indicada a PQT/MB/12 doses e apenas 1,7% receberam a PQT/PB/6 doses (Tabela 5).

Tabela 5 - Características clínicas dos pacientes com hanseníase acompanhados em um centro de referência. Boa Vista – Roraima, 2019 (n=60).

Variáveis	n	%
Classificação Operacional		
Paucibacilar	3	5,0
Multibacilar	57	95,0
Forma Clínica		
Dimorfa	34	56,7
Virchowiana	21	35,0
Tuberculoide	3	5,0
Não Classificada	2	3,3
Número de Lesões Cutâneas		
0 a 5 lesões	10	16,7
> 5 lesões	50	83,3
Nº de Lesões cutâneas (M ± DP)	40,83 ± 36,91	
Baciloscopia		
Positiva	23	38,3
Não realizada	20	33,3
Negativa	17	28,3
Modo de Entrada		
Caso Novo	39	65,0
Recidiva	11	18,3
Transferência	9	15,0
Outros ingressos	1	1,7
Modo de Detecção		
Encaminhamento	50	83,3
Demanda Espontânea	7	11,7
Exame de Contatos	3	5,0
Esquema Terapêutico		
PQT/PB/6 doses	1	1,7
PQT/MB/12 doses	59	98,3

Fonte: Elaboração da própria autora a partir dos dados da pesquisa, Boa Vista – Roraima, 2019.

A Tabela 6 aborda as formas clínicas da hanseníase com as variáveis sociodemográficas sexo, grau de escolaridade em anos de estudo e renda familiar. Com

relação ao sexo, pode-se verificar que o sexo masculino apresentou com maior frequência a forma dimorfa (40%) e virchowiana (28,3%). O sexo feminino acompanhou o mesmo quadro, com 16,7% dos casos na forma dimorfa e 6,7% na virchowiana. Porém, o cálculo de razão nos aponta que o sexo masculino apresenta 4,22 vezes mais chance de evidenciar a forma clínica com maior gravidade na hanseníase – a virchowiana –, quando comparado às mulheres.

No que tange ao grau de escolaridade, não houve diferenças substanciais quanto à forma clínica nos usuários com baixa escolaridade (zero a sete anos de estudo) e os indivíduos com, pelo menos, o ensino fundamental completo (maior ou igual a oito anos de estudo). As duas categorias apontaram ser acometidas, principalmente, pelas formas dimorfa e virchowiana (Tabela 6).

Já quando se trata da renda familiar, a forma predominante nos usuários que ganham até dois salários mínimos foi a dimorfa, seguida da virchowiana e nos indivíduos que obtêm acima de dois salários mínimos apenas desenvolveram a forma dimorfa (Tabela 6). Verificase, portanto, que os indivíduos de baixa renda apresentaram maior frequência da forma clínica virchowiana (35%), enquanto os pacientes que referiram ganhar acima de dois salários mínimos não desenvolveram essa condição.

Tabela 6 - Relação entre as formas clínicas da hanseníase com as variáveis sexo, renda e grau de escolaridade. Boa Vista - Roraima, 2019 (n=60).

Variáveis	Formas Clínicas				
	Tuberculoide (n=3)	Dimorfa (n=34)	Virchowiana (n=21)	Não Classificada (n=2)	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Sexo	Masculino	1 (1,7)	24 (40)	17 (28,3)	2 (3,3)
	Feminino	2 (3,3)	10 (16,7)	4 (6,7)	0 (0)
Escolaridade	0 a 7 anos de estudo	1 (1,7)	19 (31,7)	11 (18,3)	0 (0)
	≥ 8 anos de estudo	2 (3,3)	15 (25)	10 (16,7)	2 (3,3)
Renda	Até 2 salários mínimos	3 (5)	30 (50)	21 (35)	2 (3,3)
	Acima de 2 salários mínimos	0 (0)	4 (6,7)	0 (0)	0 (0)

Fonte: Elaboração da própria autora a partir dos dados da pesquisa, Boa Vista – Roraima, 2019.

Em relação ao grau de incapacidade física (GIF), este foi analisado no diagnóstico e na última avaliação que constava no prontuário (Tabela 7). No diagnóstico, evidenciou-se que 48,3% não apresentaram nenhuma incapacidade física, 26,7% exibiram Grau 1 e 10% Grau 2

de incapacidade física. Além disso, verificou-se que 15% dos usuários não realizaram essa avaliação ou não havia a informação disponível no prontuário.

Já quando se trata de uma segunda avaliação durante o tratamento, essa falta de informações torna-se ainda maior, com 36,7% das avaliações não realizadas. Das 63,3% avaliações efetuadas, 36,7% apontaram para Grau 0, 16,7% para Grau 1 e 10% para Grau 2 de incapacidade física. Quanto ao número de nervos afetados identificados no diagnóstico, verificou-se que este variou de zero a oito, com média de 3,22 e desvio padrão de 2,07 (Tabela 7).

Tabela 7 - Grau de Incapacidade Física (GIF) no diagnóstico e na última avaliação em pacientes com hanseníase atendidos em um centro de referência. Boa Vista – Roraima, 2019 (n=60).

Variáveis	n	%
GIF no Diagnóstico		
Grau 0	29	48,3
Grau 1	16	26,7
Grau 2	6	10,0
Não realizada	9	15,0
GIF na Última Avaliação		
Grau 0	22	36,7
Grau 1	10	16,7
Grau 2	6	10,0
Não realizada	22	36,7
Número de nervos afetados (M ± DP)	3,22 ± 2,07	

Fonte: Elaboração da própria autora a partir dos dados da pesquisa, Boa Vista – Roraima, 2019.

Para verificar se houve diferença significativa entre o grau de incapacidade física no diagnóstico e na última avaliação, utilizou-se o Teste t de Student para amostras pareadas, excluindo aqueles indivíduos que deixaram de realizar uma avaliação, seja no diagnóstico seja na última avaliação (Tabela 8). Pode-se observar uma mínima redução na média do GIF de 0,64 para 0,59, a qual não se mostrou significativa estatisticamente ($p > 0,05$).

Tabela 8 - Comparação entre a média de Grau de Incapacidade Física (GIF) no diagnóstico e na última avaliação. Boa Vista – Roraima, 2019.

Variável	Média	Teste t de Student**	p-valor
GIF no Diagnóstico*	0,64	0,703	0,487
GIF na última avaliação*	0,59		

Fonte: Elaboração da própria autora a partir dos dados da pesquisa, Boa Vista – Roraima, 2019.

* Foram excluídas do cálculo de média aqueles indivíduos que não foram obtidos acesso à avaliação da incapacidade física ou no diagnóstico ou na última avaliação. ** Foi aplicado o Teste t de Student para amostras pareadas.

A Tabela 9 apresenta o grau de adesão dos pacientes entrevistados, bem como as principais respostas para as perguntas norteadoras do Teste de Morisky-Green (1986). Neste estudo, foi observado que 53,3% dos usuários foram classificados como menor grau de adesão ao tratamento farmacoterapêutico e apenas 46,7% apresentaram maior grau de adesão ao tratamento. Os principais fatores contribuintes para estes resultados foram: descuido quanto ao horário da medicação (61,7%), deixar de tomar quando sente algum mal estar (43,3%) e esquecer-se de tomar a medicação (35%). A menor frequência foi exibida na variável “deixar de tomar a medicação quando se encontra bem” com 6,7%.

Tabela 9 - Distribuição absoluta e relativa do Teste de Morisky-Green (1986) aplicados aos pacientes com hanseníase atendidos em um centro de referência. Boa Vista – Roraima, 2019 (n=60).

Perguntas	Sim (%)	Não (%)
Descuidado quanto ao horário para tomar a medicação	31 (61,7)	23 (38,3)
Deixam de tomar a medicação se gera algum mal estar	26 (43,3)	34 (56,7)
Esquecem de tomar a medicação	21 (35)	39 (65)
Deixam de tomar a medicação quando se encontram bem	4 (6,7)	56 (93,3)
Classificação do Grau da Adesão	n	%
Menor adesão	32	53,3
Maior adesão	28	46,7

Fonte: Elaboração da própria autora a partir dos dados da pesquisa, Boa Vista – Roraima, 2019.

A Tabela 10 exhibe as proporções entre menor adesão e maior adesão conforme as variáveis sociodemográficas e clínicas, bem como as correlações da variável dependente (grau

de adesão ao tratamento medicamentoso) com as variáveis independentes, através da regressão logística simples.

Em se tratando das proporções quanto a adesão ao tratamento, verificou-se que pacientes jovens (<18 anos) e idosos (≥ 60 anos), com renda abaixo de dois salários e com GIF 1 e 2 na última avaliação revelaram menores taxas de adesão; porém, sem significância estatística. As demais variáveis apresentaram proporções similares quanto a menor e maior adesão (Tabela 11).

Já as regressões logísticas simples forneceram evidências de que as possíveis variáveis categóricas associadas à adesão ao tratamento (com p-valor inferior a 20%) foram “escolaridade” ($p = 0,023$) e “classificação de entrada” ($p = 0,103$) (Tabela 11).

Tabela 10 - Adesão ao tratamento medicamentoso segundo variáveis categóricas sociodemográficas e clínicas dos pacientes com hanseníase. Boa Vista-RR, 2019 (n = 60).

Características	Total n (%)	Adesão ao tratamento		p-valor
		Menor Adesão (n = 32) n (%)	Maior Adesão (n = 28) n (%)	
Faixa etária (anos)				
< 18 anos	6 (10,0)	4 (66,7)	2 (33,3)	
18 a 59 anos	48 (80,0)	24 (50,0)	24 (50,0)	0,448
≥ 60 anos	6 (10,0)	4 (66,7)	2 (33,3)	1,000
Sexo				
Feminino	16 (26,7)	9 (56,2)	7 (43,8)	
Masculino	44 (73,3)	23 (52,3)	21 (47,7)	0,785
Raça				
Branco	6 (10,0)	2 (33,3)	4 (66,7)	
Afrodescendente	3 (5,0)	1 (33,3)	2 (66,7)	1,000
Parda	50 (83,3)	28 (56,0)	22 (44,0)	0,305
Amarela	1 (1,7)	1 (100,0)	0 (0,0)	0,991
Escolaridade**				
0 a 7 anos de estudos	31 (51,7)	21 (67,7)	10 (33,3)	
≥ 8 anos de estudo	29 (48,3)	11 (37,9)	18 (62,1)	0,023
Ocupação				
Técnicos de nível médio	2 (3,3)	1 (50,0)	1 (50,0)	
Trabalhadores administrativos	2 (3,3)	1 (50,0)	1 (50,0)	1,000
Vendedores do comércio/lojas	9 (15,0)	4 (44,4)	5 (55,6)	0,887
Agropecuários, florestais, caça e pesca	11 (18,3)	5 (45,5)	6 (54,5)	0,906
Operadores de máquinas	5 (8,3)	3 (60,0)	3 (40,0)	0,810
Trabalhadores de nível elementar	10 (16,7)	6 (60,0)	4 (40,0)	0,794
Aposentado	5 (8,3)	3 (60,0)	3 (40,0)	0,810
Estudante	7 (11,7)	4 (57,1)	3 (42,9)	0,858
Do lar	9 (15,0)	5 (55,6)	4 (44,4)	0,887

Tabela 10 – Continua.

Características	Total n (%)	Adesão ao tratamento		p-valor
		Menor Adesão (n = 32) n (%)	Maior Adesão (n = 28) n (%)	
Renda				
Até 2 salários mínimos	56 (93,3)	32 (57,1)	24 (42,9)	0,993
Acima de 2 salários mínimos	4 (6,7)	0 (0,0)	4 (100,0)	
Zona				
Urbana	50 (83,3)	26 (52,0)	24 (48,0)	0,644
Rural	10 (16,7)	6 (60,0)	4 (40,0)	
Classificação Operacional				
Paucibacilar	3 (5,0)	2 (66,7)	1 (33,3)	0,639
Multibacilar	57 (95,0)	30 (52,6)	27 (47,4)	
Forma clínica				
Tuberculoide	3 (5,0)	2 (66,7)	1 (33,3)	0,586
Dimorfa	34 (56,7)	17 (50,0)	17 (50,0)	
Virchoviana	21 (35,0)	12 (57,1)	9 (42,8)	0,755
Não Classificada	2 (3,3)	1 (50,0)	1 (50,0)	0,711
Baciloscopia				
Positiva	23 (39,7)	12 (52,2)	11 (47,8)	0,430
Negativa	17 (29,3)	11 (64,7)	6 (35,3)	
Não realizada	18 (31,0)	7 (38,9)	11 (61,1)	0,399
Classificação de entrada*				
Caso novo	39 (65,0)	18 (46,2)	21 (53,8)	0,624
Recidiva	11 (18,3)	6 (54,5)	5 (45,5)	
Transferência	9 (15,0)	7 (77,8)	2 (22,2)	0,103
Outros ingressos	1 (1,7)	1 (100,0)	0 (0,0)	0,991
Método de detecção				
Encaminhamento	50 (83,3)	25 (50,0)	25 (50,0)	0,724
Demanda espontânea	7 (11,7)	4 (57,1)	3 (42,9)	
Exame de contatos	3 (5,0)	3 (100,0)	0 (0,0)	0,990
Esquema Terapêutico				
PQT/PB/6 doses	1 (1,7)	0 (0,0)	1 (100,0)	0,991
PQT/MB/12 doses	59 (98,3)	32 (54,2)	27 (45,8)	
GIF no diagnóstico				
Grau 0	20 (51,3)	10 (50,0)	10 (50,0)	0,829
Grau 1	13 (33,3)	6 (46,2)	7 (53,8)	
Grau 2	6 (15,4)	3 (50,0)	3 (50,0)	1,000
GIF na última avaliação				
Grau 0	22 (56,4)	9 (40,9)	13 (59,1)	0,460
Grau 1	11 (28,2)	6 (54,5)	5 (45,5)	
Grau 2	6 (15,4)	4 (66,7)	2 (33,3)	0,273

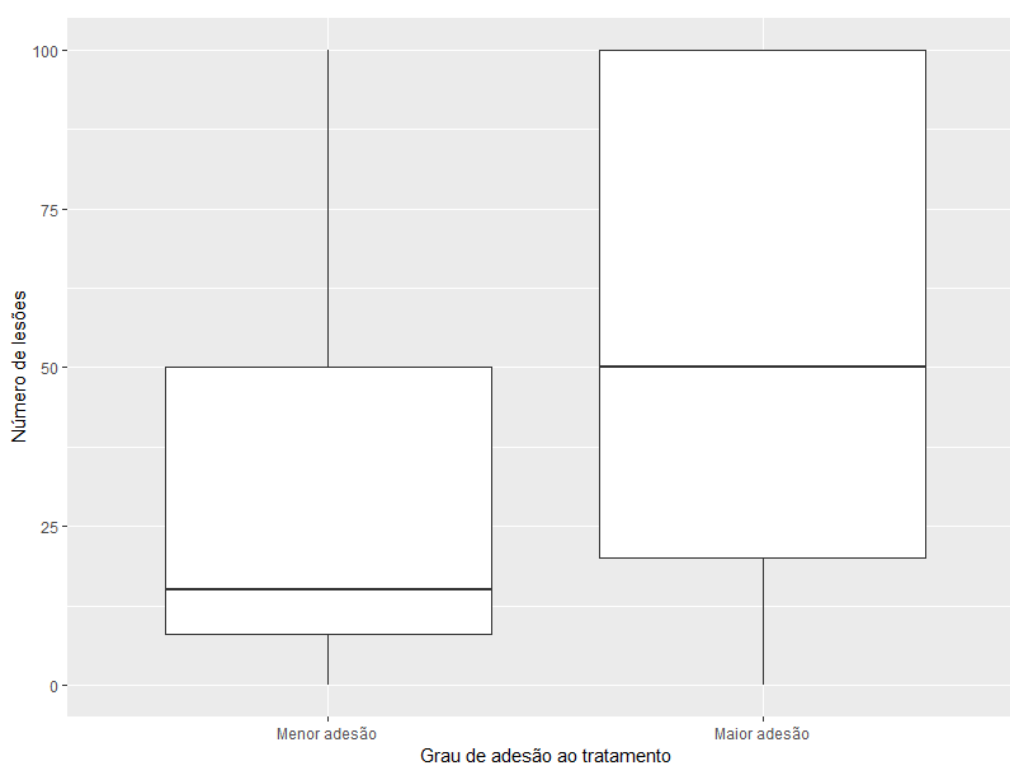
Fonte: Elaboração da própria autora a partir dos dados da pesquisa, Boa Vista – Roraima, 2019.

* p-valor < 20% a partir da regressão logística simples. ** p-valor < 5% a partir da regressão logística simples.

GIF = Grau de Incapacidade Física

Uma regressão logística simples também evidenciou possível associação entre a variável quantitativa discreta “número de lesões” e a adesão ao tratamento medicamentoso ($p = 0,103$). A partir da Figura 9 é possível observar que indivíduos com maior grau de adesão ao tratamento apresentavam mediana de 50 lesões (primeiro quartil igual a 20 lesões e terceiro quartil igual a 100 lesões), enquanto os indivíduos com menor grau de adesão ao tratamento apresentavam mediana de 15 lesões (primeiro quartil igual a 8 lesões e terceiro quartil igual a 50 lesões).

Figura 9 – Box-plot da distribuição do número de lesões segundo grau de adesão ao tratamento medicamentoso. Boa Vista-RR, 2019 (n = 60).



Fonte: Elaboração da própria autora a partir dos dados da pesquisa, Boa Vista – Roraima, 2019.

Após análise de regressão logística múltipla, apenas as variáveis “escolaridade” ($p = 0,011$) e “número de lesões” ($p = 0,043$) permaneceram no modelo final (Tabela 11). A partir das análises das OR ajustadas, observou-se que indivíduos com oito anos ou mais de estudo tiveram 4,52 vezes (IC de 1,48 – 15,52) a chance de ter maior adesão ao tratamento de indivíduos com 1 a 7 anos de estudo. Já o incremento de uma lesão aumentou 1,02 vezes (IC de 1,00 a 1,03) a chance de ter maior adesão ao tratamento.

Segundo o teste de Hosmer e Lemeshow o modelo logístico escolhido teve qualidade do ajuste (p-valor de 0,315).

Tabela 11 - Razão de chances (OR) ajustada das variáveis que permaneceram no modelo logístico múltiplo. Boa Vista-RR, 2019 (n = 60).

Características	Adesão ao tratamento	
	OR ajustada	IC 95%
Escolaridade*		
0 a 7 anos de estudos		
≥ a 8 anos de estudo	4,52	1,48 – 15,52
Número de Lesões*		
	1,02	1,00 – 1,03

Fonte: Elaboração da própria autora a partir dos dados da pesquisa, Boa Vista – Roraima, 2019.

* p-valor < 5% a partir da regressão logística múltipla. IC = Intervalo de Confiança

A presente pesquisa também teve como objetivo a elaboração de produtos técnicos que auxiliarão na assistência prestada pelos profissionais de saúde no centro de referência e na otimização da adesão à farmacoterapia pelos pacientes assistidos na unidade. Inicialmente, os resultados obtidos serão apresentados aos profissionais de saúde em uma reunião para exposição dialogada. Os dados também serão apresentados às Secretarias Municipal e Estadual de Saúde por meio de Relatório Técnico, apontando os principais achados da pesquisa.

Elaborou-se uma Ficha de Controle da Administração da Dose Supervisionada (Apêndice G) com objetivo de facilitar o controle do tratamento dos pacientes acompanhados no centro de referência, anotando a data de início da PQT e estimando a data prevista para o término do tratamento, conforme a classificação operacional. Além disso, o profissional irá anotar o mês de entrega da medicação e a administração da dose supervisionada. Essa ferramenta permitirá a visualização e a vigilância dos pacientes faltosos e a intervenção oportuna para evitar abanos e baixa adesão ao tratamento, visto que, atualmente, cada dose administrada é anotada separadamente no prontuário do paciente, o que dificulta esse monitoramento.

Também foi confeccionado um vídeo animado para demonstrar algumas estratégias que facilitam a diminuir a não adesão não intencional, relacionada a esquecimento e descuido com o horário da medicação, além de abordar os benefícios da adesão ao tratamento. Foram utilizadas informações em linguagem acessível e ilustrações. Para a criação da animação, empregou-se a plataforma *Renderforest*, gratuita para vídeos de até três minutos. Este recurso

audiovisual será disponibilizado para os profissionais de saúde e usuários através de mídias sociais e também estará no site do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PROCISA/UFRR).

6 DISCUSSÃO

Os resultados obtidos revelaram a predominância do sexo masculino em acompanhamento contínuo para hanseníase no centro de referência em Boa Vista-RR, correspondendo a 73,3% (n=44) do total de pacientes (Tabela 2). A prevalência no acometimento de hanseníase no sexo masculino também foi verificada em estudos realizados em diversos estados brasileiros, como no Pará (58,5%) (SILVA et al., 2018), no Mato Grosso (56,21%) (MARQUES et al., 2017), no Piauí (54,7%) (MONTEIRO et al., 2017b) e no Paraná (58%) (NEGRÃO et al., 2016). Percebe-se que, em Roraima, a predominância do sexo masculino foi ainda mais acentuada ao compararmos os resultados com os estudos supracitados.

A população masculina apresenta maiores exposições a comportamentos de risco, como o tabagismo, alcoolismo, não adoção de práticas de atividade física rotineiras, hábitos alimentares e práticas de lazer inadequados, além da baixa procura por serviços de promoção e prevenção à saúde, como a realização de exames de rotina, seguimento inadequado da terapêutica, entre outros (ARRUDA; MARCON, 2018).

Esses hábitos advêm de questões culturais e de gênero criadas, historicamente, através de estereótipos masculinos como fortes, invulneráveis, viris, somados às barreiras institucionais encontradas nos serviços de saúde, como a incompatibilidade de horários de atendimento, carência de programas voltados ao público masculino, equipes constituídas predominante por mulheres, entre outros fatores (SIQUEIRA et al., 2014; SCUSSEL; MACHADO, 2017). Todos esses elementos favorecem o aumento da morbidade pelo sexo masculino pela baixa procura por ações preventivas, predispondo ao aumento de complicações das enfermidades e maiores índices de mortalidade precoce, inclusive por causas evitáveis.

O Boletim Epidemiológico sobre Hanseníase revelou que a taxa de detecção por 100 mil habitantes em homens se sobressaiu em todas as faixas etárias quando comparada à população feminina. Supõe-se que este predomínio do sexo masculino seja devido à maior exposição ao bacilo da hanseníase, bem como pela menor precaução com a saúde, corroborando para o diagnóstico tardio e o desenvolvimento de incapacidades físicas (BRASIL, 2018a). Destaca-se que a análise dos dados por sexo é fundamental para direcionar o planejamento em saúde e a execução das ações para o enfrentamento da hanseníase.

Em se tratando da idade, houve predomínio da população entre 18 e 59 anos (80%) (Tabela 2), ou seja, adultos jovens e de meia idade, considerados economicamente ativos, fato

também verificado no estudo de Marques et al. (2017) e Costa et al. (2017). Salienta-se que a hanseníase é a principal etiologia infecciosa geradora de deficiência física (UCHÔA et al., 2017), levando, em média, 20% dos casos novos a certo grau de incapacidade física no diagnóstico e por volta de 15% ao decorrer do tratamento (RAMOS; SOUTO, 2010).

As incapacidades físicas e as deformidades ocasionadas pela hanseníase afetam diretamente a produção econômica, levando a prejuízos financeiros para o Estado e, principalmente, interferindo nas atividades laborais dos pacientes. Essa dificuldade de inserção e manutenção no setor econômico advindas de complicações da enfermidade acarreta em danos psicológicos e sociais, influenciando na qualidade de vida do paciente (AMARAL; LANA, 2008; MIRANZI; PEREIRA; NUNES, 2010).

Pesquisa feita por Nardi e colaboradores (2012) ressaltou que 62% dos pacientes referiram maiores incapacidades físicas após a alta terapêutica da hanseníase e que não possuíam as mesmas capacidades funcionais quando comparadas ao estado físico prévio à enfermidade, podendo esta contribuir para o desenvolvimento de deficiências físicas.

Já no estudo realizado por Araújo et al. (2016) sobre a qualidade de vida de pacientes com hanseníase, em João Pessoa-PB, verificou-se que o domínio físico foi o mais afetado, apresentando média abaixo de 50, considerada inadequada para qualidade de vida. Este domínio avaliou as limitações dos pacientes com relação ao tipo e quantidade de trabalho, além de analisar as barreiras nas atividades de vida diária dos pacientes.

Com relação às condições trabalhistas, foi verificado em estudo de Mello e colaboradores (2016) que 10% dos usuários em tratamento para hanseníase estavam desempregados e 22% recebiam benefícios temporários do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) devido ao acometimento por incapacidades físicas. Ressalta-se que o trabalho é um dos determinantes e condicionantes da saúde estabelecidos na Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990).

O poder incapacitante da hanseníase e o desenvolvimento de deficiências físicas, principalmente, na faixa etária economicamente produtiva, acarretam em danos sociais e psicológicos ao paciente, à família, à comunidade e também ao Estado. Através disso, ocorre um efeito cascata, já que o adoecimento interfere nas atividades de vida diária do paciente, no sustento e na dinâmica familiar, no estabelecimento de atuação devido ao déficit de funcionários, na diminuição de produção brasileira, bem como nos custos com o sistema previdenciário.

No que tange à raça/cor, observou-se que a maioria dos pacientes se autodeclarou pardo (83,3%) (Tabela 2). A predominância da raça/cor parda também foi observada nos

estudos realizados no Maranhão (GOIABEIRA et al., 2018) e na Bahia (COSTA et al., 2019). Esse achado pode estar vinculado à raça predominante na área de estudo, tendo em vista que a maioria da população roraimense se autorreferiu parda (274.441 habitantes), conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). Além disso, essa conjuntura pode ser atribuída à condição história do processo colonizador do território brasileiro, do fluxo migratório e da miscigenação de raças (CASTRO et al., 2016).

O nível de escolaridade mais frequente foi de analfabetos (16,7%) e de ensino fundamental incompleto (35%), entre os pacientes com 0 a 7 anos de estudo (Tabela 2), considerados como baixa escolaridade (dados não apresentados). Esta variável foi associada significativamente ($p < 0,05$) ao desenvolvimento da hanseníase, conforme estudo de Gonçalves et al. (2018). Além disso, inúmeros estudos apontaram a predominância da baixa escolaridade em pacientes com hanseníase (ARAÚJO et al., 2016; COSTA et al., 2019; MARQUES et al., 2017; MELLO et al., 2016; SANTOS; BERTELLI, 2017).

Ressalta-se, ademais, que, no estado de Roraima, a maior parte da população não apresenta instrução ou possui ensino fundamental incompleto (IBGE, 2010), condizente com os dados encontrados na pesquisa. Tendo em vista isso, é consenso na literatura que a baixa escolaridade influencia negativamente no entendimento sobre a enfermidade, nos cuidados necessários, no esclarecimento sobre o regime terapêutico e também na demora em buscar os serviços de saúde (BASSO; SILVA, 2017).

A classificação ocupacional que predominou foi a de trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca (18,3%) (Tabela 2) e a profissão mais referida foi a de agricultor (16,7%) (dados não apresentados), condizente com a literatura (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2003; BASSO; SILVA, 2017). As demais profissões mencionadas foram: do lar (15,0%), estudante (11,7%), operador de máquinas (11,7%), aposentado (8,3%), serviços gerais (8,3%), autônomo (6,7%) (dados não apresentados), entre outras. O estudo de Basso e Silva (2017) também citou as ocupações similares às encontradas: dona de casa (15,38%), aposentado (3,84%), serviços gerais (3,84%) e estudante (1,92%).

Observa-se, portanto, um predomínio de ocupações designadas como mecânicas ou braçais, além de trabalhadores de nível elementar de competência, considerados como mão de obra não qualificada, as quais são caracterizadas por baixa escolaridade e baixos rendimentos financeiros. Essas características afetam diretamente no modo de viver, levando a más condições de moradia e dificuldade no acesso aos serviços de saúde. Deve-se considerar que o estado de saúde geral, a renda, as condições de moradias e de saneamento, por exemplo, influenciam na infecção pelo agente etiológico *Mycobacterium leprae*, assim como no

desenvolvimento das diferentes formas clínicas da hanseníase, mostrando-se como fatores importantes, que precisam ser avaliados, no combate à doença.

No que tange à renda familiar, a maioria dos pacientes referiu receber até dois salários mínimos (93,3%) (Tabela 2), sendo incluída também nessa categoria nenhuma renda. Estudo realizado nos estados da Bahia, do Piauí e de Rondônia, no período de 2001 a 2014, retratou que a maior parte dos pacientes com hanseníase recebia renda inferior a um salário mínimo (49,3%), sendo este mais um fator de risco para o desenvolvimento dessa doença infectocontagiosa (BOIGNY et al., 2019).

A hanseníase é considerada uma doença tropical negligenciada, a qual acomete, principalmente, populações residentes em áreas pobres e com baixa ou média renda familiar. Somados a isso, ainda sofrem com a negligência nos estudos científicos e na procura por novas formas de prevenção e por terapêuticas substitutas (BRASIL, 2014).

Baseado nos dados supracitados, constata-se que o desenvolvimento da hanseníase na população estudada está vinculado aos determinantes sociais em saúde, em especial, aos baixos níveis de escolaridade, ocupação em níveis elementares e reduzida renda familiar. A literatura aponta que a manutenção da transmissão da hanseníase está relacionada aos determinantes sociais, mas não somente voltando à atenção também para a falha dos serviços de saúde, os quais ampliam a vulnerabilidade da população marginalizada (BOIGNY et al., 2019).

O município de residência com maior frequência foi Boa Vista (75%) (Tabela 3). Este dado pode ser explicado por esse município ser a capital do estado, possuindo 284.313 habitantes, a maior concentração populacional de Roraima (IBGE, 2010). Além disso, o local de realização da pesquisa se localiza em Boa Vista, podendo exibir a maior parte dos pacientes provenientes desta localidade.

Conforme o Plano Estadual de Saúde 2016-2019, o estado de Roraima está subdividido em duas regiões de saúde: i) Região Centro-norte (Monte Roraima), abrangendo os municípios de Boa Vista, Alto Alegre, Amajari, Bonfim, Cantá, Mucajaí, Normandia, Pacaraima e Uiramutã, com população total atendida de 430.881 habitantes; ii) Região Sul (Rio Branco), integrando os municípios de Caracaraí, Caroebe, Iracema, Rorainópolis, São João da Baliza e São Luiz do Anauá, totalizando 83.348 habitantes (SESAU-RR, 2016).

Verificou-se que o segundo município de residência com maior parcela de pacientes com hanseníase, atendidos no centro de referência, foi o Cantá (8,3%) (Tabela 4), sendo este limítrofe com o município de Boa Vista (VERAS, 2009) e integrante da Região Centro-norte de saúde. Todavia, o terceiro município de residência com maior concentração de pacientes

foi Rorainópolis (5%) (Tabela 4), localizado na região Sul do estado e integrante da Região Sul de saúde, apontando para fragilidades, nesta região, no que tange atendimento a pacientes com hanseníase considerados complexos.

Uma região em saúde é um recorte do território destinado ao atendimento a uma população definida e para a oferta de serviços sanitários, os quais devem proporcionar tratamento terapêutico adequado às necessidades da população adstrita (SANTOS, 2017). Porém, estudo de Silva et al. (2017) retrata a dificuldade de acesso aos serviços de média complexidade nos municípios de pequeno porte, tendo como possíveis causas o número de consultas especializadas abaixo da demanda, baixa quantidade de médicos e dificuldades para a fixação dos mesmos nos municípios interioranos, além da reduzida participação da União e do estado no financiamento dos serviços especializados.

Diante disso, os centros de referência surgem como uma forma de auxiliar os serviços de atenção básica no enfrentamento das complicações da hanseníase e do tratamento farmacoterapêutico, na prevenção das incapacidades físicas e também na reabilitação das deformidades ou deficiências físicas (NARDI et al., 2012).

Ressalta-se, ainda, que as maiores concentrações de casos de hanseníase do estado foram verificadas em Rorainópolis (148,86 para cada 100 mil habitantes – hiperendêmico) e no Cantá (29,63 para cada 100 mil habitantes – muito alto) (DATASUS, 2018), podendo estes municípios apresentarem pacientes com complicações não tratáveis na atenção básica de saúde, sendo, então, encaminhados ao centro de referência.

No que concerne à zona de residência, verificou-se que 83,3% (n=50) vivem na zona urbana (Tabela 3), condizente com a literatura (AMOROSO; CONTO; LIMA, 2017; COSTA et al., 2019; SANTOS et al., 2017). Pesquisa realizada por Gonçalves et al. (2018) apontou uma associação significativa entre o desenvolvimento de hanseníase e a zona de residência urbana ($p < 0,05$), podendo esta relacionar-se ao crescimento de aglomerados urbanos e más condições sociais, como baixa escolaridade, falta de saneamento básico, alimentação e moradia precárias, todos fatores predisponentes a transmissão e o desenvolvimento da hanseníase.

Quanto aos residentes na cidade de Boa Vista (n=45, Tabela 3), constatou-se que os bairros com maiores frequências foram Senador Hélio Campos (15%), Conjunto Cidadão (6,7%), Santa Luzia (5%) e Sílvio Leite (5%). Os resultados da presente investigação seguem, praticamente, o mesmo panorama identificado por Ismael (2014), apresentando destaque para os bairros Senador Hélio Campos (14,48%), Asa Branca (6,21%) e Sílvio Leite (5,52%).

Conforme a categorização por zoneamento da capital, a Zona Oeste foi sinalizada com a maior concentração de casos de hanseníase (65%) (Tabela 4). A Zona Oeste é a área com maior concentração habitacional da capital, comportando cerca de 80% da população total. É caracterizada por abrigar centros comerciais, setores industriais, os quais desempenham importante papel logístico na cidade. Todavia, apresenta como aspecto desfavorável o crescimento acelerado e desordenado, levando a precárias formas de urbanização e escassez de infraestrutura básica (SOLER, 2016).

A Zona Oeste também se caracteriza por apresentar o solo urbano com custo mais ínfimo e pelos altos índices de violência, criminalidade e de pobreza. Atualmente, a área também tem sofrido com grandes fluxos migratórios, os quais têm se estabelecidos de maneira desordenada, corroborando para a precarização das condições socioambientais e para a elevação dos índices de violência urbana (OLIVEIRA, 2017; SOLER, 2016).

No que tange ao mês de notificação dos casos de hanseníase, constatou-se que este seguiu um padrão linear ao longo do ano, havendo picos de notificação nos meses de novembro (9 casos), agosto (8 casos) e maio (6 casos) e o mês com menor número de casos notificados foi de junho (1 caso) (Gráfico 1). Estudo sobre a sazonalidade da hanseníase segundo regiões geográficas, climas e biomas do Brasil, verificou que a região norte obteve os maiores percentuais de incidência nos meses de agosto (16,50%), março (15,60%) e maio (9,80%) (ROCHA, 2015), tendência similar ao presente estudo. Além disso, a hanseníase é evidenciada com maior frequência nos países com clima tropical, como o Brasil, o que pode contribuir para a linearidade e a manutenção do diagnóstico ao longo do ano.

A classificação operacional constatou a predominância dos casos multibacilares, com 95% do total e somente 5% como paucibacilares (Tabela 5). Investigação realizada em um centro de referência do Pará também evidenciou altos índices de pacientes multibacilares (96,15%), corroborando com os achados da presente pesquisa. Ademais, a superioridade dos casos multibacilares encontrou-se concordante com os resultados de outros estudos (MARQUES et al., 2017; PALÚ; CETOLIN, 2015; SOUZA; LUNA; MAGALHÃES, 2019). Os casos multibacilares sem tratamento são considerados importantes fontes para transmissão da hanseníase e, com isso, contribuem para a manutenção do quadro endêmico (BRASIL, 2017a).

Seguindo esta mesma tendência, houve o predomínio das formas clínicas classificadas como multibacilares – a dimorfa com 56,7%, seguida da virchowiana com 35% (Tabela 5), observada também no estudo de Araújo et al. (2016) e Silva et al. (2019). Os casos paucibacilares identificados representaram apenas 5%, através da forma tuberculoide (Tabela

5). Essa baixa quantidade de casos paucibacilares pode ser explicada pelo fato do estudo ter sido realizado no centro de referência, destinado ao acompanhamento de casos com maior gravidade e complicações, ficando a cargo da atenção básica o acompanhamento das demais condições.

A OMS é enfática ao afirmar que o atendimento dos casos de hanseníase não necessita de equipamentos tecnológicos de ponta, mas que deve haver uma ampla cobertura nas unidades de saúde para que o diagnóstico seja feito de maneira precoce e a garantia do tratamento de maneira gratuita. Somente devem ser referenciados os casos com complicações, que necessitem de reabilitação ou outras intercorrências não tratáveis na atenção básica (OMS, 2010).

Além dos casos supracitados, 3,3% dos casos não apresentaram nenhuma classificação quanto à forma clínica (Tabela 5). Estudo de Araújo et al. (2016) identificou que 3,3% apresentavam a forma neural pura, podendo explicar o dado apontado pelo presente estudo. Todavia, salienta-se que a categoria “forma neural pura” não é utilizada na Ficha de Notificação Compulsória para Caso Confirmado de Hanseníase do Ministério da Saúde, baseando-se a mesma pela Classificação de Madri de 1953.

Com isso, não é possível confirmar, de fato, a categorização desta variável como forma puramente neural. Diante disso, constata-se a necessidade de uma possível atualização do formulário, abrangendo formas cuja classificação não se baseie apenas pelas manifestações cutâneas da doença, mas abrangendo também os acometimentos neurais.

Predominaram os usuários que manifestaram acima de cinco lesões cutâneas (83,3%), caracterizando como casos multibacilares. A média foi de 40,83 lesões cutâneas com desvio padrão de 36,91 (Tabela 5) e chama-se atenção para o elevado número de lesões dermatológicas apresentadas pelos pacientes, dos quais 23,3% apresentavam 100 lesões e 21,7% possuíam 50 lesões. Essas informações vão de encontro com pesquisa realizada no estado de Roraima, na qual as maiores frequências foram de pacientes com uma lesão (23,97%) e duas lesões (10,27%) (ISMAEL, 2014).

A contagem de lesões cutâneas com perda de sensibilidade definida é utilizada para o diagnóstico de hanseníase (BRASIL, 2017a) e este método também foi estabelecido para identificar as formas com maior gravidade, as quais devem seguir a terapêutica por período mais prolongado (CAVALCANTI et al., 2012).

Diante disso, o número elevado de lesões cutâneas, observado entre os pacientes atendidos no centro de referência de Boa Vista-RR (Tabela 5), pode sinalizar a gravidade clínica desses pacientes. Além da severidade, as lesões cutâneas afetam a qualidade de vida

do paciente e o seu convívio social (ARAÚJO et al., 2016), interferindo não somente no aspecto físico, mas também no psicológico e social.

O exame baciloscópico foi realizado em 66,7% dos casos, sendo positivo em 38,3% dos casos e negativo em 28,3% deles (Tabela 5). Estudo realizado na Bahia verificou a efetuação da baciloscopia em apenas 30,8% dos casos, inferior a presente investigação, sendo 17,8% negativas e 13% positivas (COSTA et al., 2019). Ressalta-se que o exame negativo não descarta o diagnóstico da hanseníase e que a positividade classifica o paciente como caso multibacilar, independente do número de lesões dermatológicas (BRASIL, 2017a).

Cavalcanti et al. (2012) compararam os métodos de classificação operacional por contagem de lesões cutâneas e pela baciloscopia para a definição de hanseníase multibacilar e paucibacilar, apontando que a categorização pelo número de lesões mostrou sensibilidade de 88,6%, especificidade 76,9% e precisão de 80% quando confrontada com a baciloscopia. Além disso, a pesquisa assinalou uma maior limitação na técnica de contagem das lesões para a forma clínica dimorfa. Nesses casos, a baciloscopia se torna um importante recurso para o diagnóstico da enfermidade devido à pluralidade de manifestações clínicas.

O modo de entrada predominante foi através dos casos novos (65%), seguido das recidivas (18,3%), das transferências (15%) e outros ingressos (1,7%) (Tabela 5). Ao compararmos com estudo realizado em Roraima, em 2014, as transferências se sobressaíram (41,18%), acompanhado dos casos novos (33,99%) e apenas 1,31% foram classificados como recidiva (ISMAEL, 2014), informação bem inferior à encontrada na atual averiguação.

A análise das recidivas é uma importante ferramenta para investigar a efetividade do programa de hanseníase e são considerados fatores predisponentes para a recidiva: a persistência do bacilo, presente, principalmente, nos casos com altos valores na baciloscopia, além da resistência farmacoterapêutica e falhas na classificação operacional (BONA et al., 2015).

Além dos altos casos de recidiva, observou-se que houve um predomínio de casos novos sendo diagnósticos na atenção secundária (Tabela 5), podendo apontar falhas na capacitação dos profissionais atuantes na atenção básica para identificar as alterações clínicas advindas da hanseníase. O mesmo panorama foi apontado por Ismael (2014) em que o diagnóstico da hanseníase foi efetivado, principalmente, no nível de atenção secundário (64,71%).

A peregrinação do paciente com hanseníase é um fato recorrente, podendo levar meses ou anos para o reconhecimento do diagnóstico, denotando a baixa qualificação dos profissionais de saúde para identificação dos sinais clínicos da enfermidade, bem como o

despreparo dos serviços de saúde para acolher a demanda espontânea. Com isso, a maioria dos diagnósticos é realizada na atenção especializada, sobrecarregando estes serviços e expondo deficiências na atenção básica de saúde (AQUINO et al., 2015)

Quanto aos modos de detecção da doença, prevaleceram os encaminhamentos (83,3%), demanda espontânea (11,7%) e exame de contatos (5%) (Tabela 5), sugerindo que a maioria dos indivíduos procuram, inicialmente, os serviços de atenção básica; porém, são encaminhados por algum motivo para atenção especializada. A atenção primária é a principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011) e também responsável pelo diagnóstico e acompanhamento da maioria dos casos de hanseníase (BRASIL, 2010b); porém, muitos profissionais de saúde não se sentem capacitados para atender integralmente essa enfermidade, preferindo encaminhar para os centros de referência (LANZA, 2014).

O esquema terapêutico mais prescrito foi a PQT/MB/12 doses (98,3%) e apenas 1,7% receberam a PQT/PB/6 doses (Tabela 5). A superioridade do esquema terapêutico multibacilar foi verificado em pesquisas em Fortaleza (MOURA et al., 2016), na Bahia (GOIABEIRA et al., 2018), em Santa Catarina (PALÚ; CETOLIN, 2015) e em Minas Gerais (SOUZA; LUNA; MAGALHÃES, 2019).

O esquema terapêutico de PQT em 12 meses é recomendado para os casos multibacilares, ou seja, aqueles pacientes que apresentam acima de cinco lesões cutâneas ou baciloscopia positiva (BRASIL, 2017b). Ao comparar os usuários classificados operacionalmente como multibacilares, estes totalizaram 95% dos pacientes, porém 98,3% receberam o esquema PQT/MB/12 doses, sugerindo falhas no preenchimento das fichas de notificação ou, então, uma categorização informal por parte dos profissionais de saúde do serviço, como considerar a forma neural pura como multibacilar.

Ao avaliar a forma clínica por sexo, pode-se apontar que o sexo masculino apresentou a dimorfa com 40%, seguida da virchowiana com 28,3% (Tabela 6) e que os homens exibiram 4,22 vezes mais chance de manifestar a forma virchowiana quando comparados ao público feminino. Uma análise feita no período 2012-2016 apontou a prevalência no sexo masculino das formas clínicas multibacilares virchowiana e dimorfa (62,7%) (BRASIL, 2018a), condizente aos achados na presente pesquisa.

O grau de escolaridade não apresentou diferenças substanciais quanto à forma clínica apresentada. Já em relação à renda familiar, a forma predominante nos usuários que ganham até dois salários mínimos foi a dimorfa (50%), seguida da virchowiana (35%) e que nos indivíduos com rendimento acima de dois salários mínimos apenas desenvolveram a forma

dimorfa (Tabela 6). Ressalta-se que a forma virchowiana é considerada de maior gravidade devido à ausência de imunidade celular ao *Mycobacterium leprae* pelo hospedeiro, havendo disseminação sanguínea e predispondo ao maior comprometimento de troncos nervosos (BRASIL, 2017a; LASTÓRIA; ABREU, 2012).

Das avaliações de incapacidades físicas realizadas, 36,7% dos pacientes exibiram algum grau de incapacidade física, sendo 26,7% Grau 1 e 10% Grau 2 de incapacidade física (Tabela 7). Estudo que analisou a associação de variáveis clínicas e o grau de incapacidade física, constatou que 71,8% dos usuários com hanseníase não apresentaram incapacidade física, 17,7% foram classificados como Grau 1 e 10,5% como Grau 2 (SILVA et al., 2019).

Destaca-se que 15% dos usuários não realizaram a avaliação da incapacidade física no diagnóstico ou não havia a informação disponível no prontuário do mesmo (Tabela 7), porém, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde, faz-se necessário que os pacientes sejam avaliados minimamente no diagnóstico e na alta por cura (BRASIL, 2017a). Todavia, não se trata de um fato isolado do local de estudo, sendo que a região nordeste também apresentou média inferior a 90% quanto à avaliação de incapacidade física no diagnóstico (LEANO et al., 2017).

O indicador “proporção de casos de hanseníase com GIF 2 no diagnóstico entre os casos novos detectados” deve ser abaixo de 5%. (BRASIL, 2016a). Neste estudo, a porcentagem de GIF 2 (10%) (Tabela 7) foi classificada como alta, conforme parâmetros do Ministério da Saúde, refletindo, portanto, a baixa efetividade das ações para o diagnóstico precoce da hanseníase

A avaliação neurológica também é recomendada em outras situações, como a cada três meses durante o tratamento e na presença de queixas neurais (BRASIL, 2017a). Porém, ao analisar a efetivação de outra avaliação da incapacidade física durante o tratamento terapêutico (GIF na última avaliação), percebeu-se que 36,7% dos pacientes não tinham sido reavaliados (Tabela 7). No estado do Mato Grosso, estudo também apontou para uma elevação de pacientes não reavaliados, de 29,75% no diagnóstico para 48,83% ao longo do tratamento (MARQUES et al., 2017).

Quanto à média do GIF, pode-se observar uma mínima redução na média do GIF de 0,64 para 0,59, a qual não se mostrou significativa estatisticamente ($p > 0,05$) (Tabela 8). Pesquisa que analisou a evolução do grau de incapacidade física entre os momentos do diagnóstico e da alta em Minas Gerais, também não encontrou significância estatística, observando uma tendência de linearidade do GIF entre os dois momentos aferidos (RIBEIRO; LANA, 2015).

A média de nervos afetados no diagnóstico foi de 3,22 (\pm 2,07) (Tabela 8), concordante com estudo de Silva et al. (2019), o qual evidenciou uma maior frequência de 1 a 3 nervos acometidos, com 46,6%. Já em pesquisa realizada na Paraíba constatou um número inferior de nervos afetados no diagnóstico, com média de 1,10 (\pm 1,45) e as alterações ocorreram, principalmente, nos nervos ulnar, tibial posterior e mediano (SANTANA et al., 2018).

A literatura apontou uma associação estatística ($p < 0,05$) para os pacientes com mais de três nervos acometidos, os quais apresentam chance 17 vezes maior para o desenvolvimento de incapacidades físicas (SILVA et al., 2019), demonstrando a gravidade dos dados encontrados na presente pesquisa. Diante dessa problemática, faz-se necessário o acompanhamento contínuo dos pacientes com hanseníase, através das avaliações das incapacidades físicas conforme as recomendações, seguimento da terapêutica, além da orientação para os cuidados físicos para prevenir sequelas permanentes.

No que tange à adesão ao tratamento farmacoterapêutico, constatou-se, neste estudo, que 53,3% dos usuários foram classificados como menor grau de adesão e somente 46,7% apresentaram maior grau de adesão (Tabela 9). Esse achado apresentou-se bem inferior ao encontrado por Franco (2014), no qual 94,1% dos pacientes com hanseníase foram considerados como boa adesão. A adesão terapêutica é considerada quando o paciente segue pelo menos 80% do tratamento, cumprindo horários, doses e tempo de tratamento recomendado pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2016b).

Além disso, o indicador “proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados” é considerado como precário quando a cura apresenta porcentagem abaixo de 75%, sendo este um marcador para avaliar a completude da terapêutica e, conseqüentemente, a qualidade dos serviços ofertados (BRASIL, 2016a).

Estudos que analisaram a adesão em enfermidades crônicas, verificaram igualmente o baixo seguimento da terapêutica em doenças como hipertensão com 79,6% (FERIATO et al., 2018), diabetes com 72,81% (BARRETO et al., 2017), portadores de HIV com 83,2% (ZUGE et al., 2017) e tuberculose com 47,2% (ORFÃO et al., 2015). Além do mais, uma pesquisa nacional avaliou os fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil e constatou que 30,8% dos pacientes apresentaram baixa adesão ou provável baixa adesão e que somente 2,6% foram classificados, de fato, como aderentes (TAVARES et al., 2016).

Esses números evidenciam condições alarmantes no seguimento do tratamento de doenças crônicas e, neste estudo, a hanseníase seguiu o mesmo panorama encontrado no

cenário nacional, apresentando adesão abaixo da média esperada. Ressalta-se, ainda, que a hanseníase é uma doença crônica; porém, curável e com tratamento oferecido gratuitamente nos serviços de atenção do SUS (BRASIL, 2017a).

Ademais, uma das ações para a redução da carga da doença, definida pelo Ministério da Saúde, é justamente o seguimento do tratamento até a cura (BRASIL, 2016a). Diante disso, a baixa adesão ao tratamento pode interferir negativamente para a conclusão e o sucesso da terapêutica, acarretando em danos para o paciente – como resistência medicamentosa, aparecimento de complicações – e contribuindo para a persistência da doença no ambiente.

Com relações ao Teste de Morisky-Green (1986), evidenciou-se que o principal fator contribuinte para a menor adesão foi o descuido quanto ao horário da medicação em 61,7% dos casos (Tabela 9). Estudo realizado por Luna et al. (2010), também encontrou grau considerável de descuido quanto ao uso da PQT, tendo em vista que a hanseníase impõe uma série de adaptações e modificações nas atividades diárias para se adequar ao tratamento e, diante disso, os profissionais de saúde tornam-se ferramentas facilitadoras nesse processo de ajustamento.

Destaca-se que o tratamento da PQT é realizado através da antibioticoterapia, sendo de fundamental importância o seguimento correto dos horários e dos intervalos entre as dosagens. Os erros de horário podem comprometer o sucesso da terapêutica por manter doses insuficientes do fármaco no sítio infeccioso, além do tempo insuficiente para desencadear uma resposta bactericida (MARQUES et al., 2008).

A segunda causa para a menor adesão ao tratamento na hanseníase foi a presença de mal-estar, relatada em 43,3% das entrevistas (Tabela 9). A terapia através da PQT é considerada segura; porém, observou-se clinicamente o desencadeamento de vários eventos adversos nos sistemas corporais, sendo os principais: i) cutâneos: ictiose/xerose (70,6%) e pigmentação da pele (65,5%); ii) neurossensoriais: tontura (53,8%), cefaleia (52,9%) e alteração do humor (52,1%); iii) gastrointestinais: náuseas (50,4%), diarreia (49,6%) e dor abdominal (48,7%); iv) e oculares: ressecamento (46,2%), ardor/prurido (37,8%) e redução da acuidade visual (34,5%) (FRANCO, 2014).

Apesar de serem considerados eventos adversos leves, o aparecimento destes episódios pode afetar a qualidade de vida do paciente por suscitar em mal-estar e desconforto físico, além de interferir no grau de adesão ao tratamento e na credibilidade depositada nos profissionais de saúde (SOUSA et al., 2018). Uma análise sobre o uso de antirretrovirais constatou que o aparecimento de reação adversa contribui 2,4 vezes mais para a não adesão ao

tratamento (SILVA et al., 2015), demonstrando a interferência dos eventos adversos no sucesso da terapêutica.

Também foi referido, em 35% das entrevistas (Tabela 9), o esquecimento da medicação, sendo o terceiro fator observado para a menor adesão. Já em pesquisa realizada com o público de hipertensos, constatou-se que o esquecimento foi o principal responsável pela baixa adesão à terapêutica, sendo referido por 62,4% dos pacientes (FERIATO et al., 2018).

A adesão ao tratamento é dificultada por questões como a utilização de numerosos fármacos, a falta de organização e o esquecimento do horário da administração da dose (VIEIRA et al., 2016). Acredita-se que o esquecimento do medicamento pode ser influenciado pela falta de adequação do tratamento à rotina diária, não compreensão do esquema terapêutico, elevada jornada de trabalho, a falta de crença no tratamento e por prejuízos na função cognitiva.

Corroborando com esta suposição, uma análise abordou a adesão ao tratamento na hanseníase no Maranhão, categorizando os fatores associados à baixa adesão como intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos ao paciente predominaram, os quais foram referidos em 56,7% das entrevistas, sendo estes: a inexistência de sintomatologia, crenças pessoais que apontavam para a não necessidade de seguir o tratamento, fé na cura religiosa, não se conformar com o diagnóstico e presença de comorbidades. Quanto aos fatores extrínsecos, estes foram: a indisponibilidade da medicação, ocupação laboral, presença de eventos adversos relacionados à PQT e distância do serviço de saúde (SOUSA et al., 2013).

Ademais, a baixa adesão ao tratamento pode estar associada a eventos intencionais e não intencionais. As ocorrências intencionais estão associadas ao grau de comprometimento do paciente, ou seja, quando o mesmo escolhe não seguir a terapêutica prescrita (HO; BRYSON; RUMSFELD, 2009). Estas se vinculam ao processo de adaptação do usuário a uma nova circunstância de vida, somados as suas experiências pregressas ao uso de fármacos, a sua concepção sobre os efeitos adversos e a credibilidade nos profissionais de saúde (REMONDI; ODA; CABRERA, 2014).

Todavia, há também a não adesão não intencional, definida como uma ação passiva em que o usuário é descuidado ou esquece-se da terapêutica (HO; BRYSON; RUMSFELD, 2009), estando relacionada à complexidade do tratamento, ao elevado número de fármacos utilizados, a presença de comorbidades, gravidade da doença e capacidade funcional comprometida (REMONDI; ODA; CABRERA, 2014).

Com isso, ao categorizar as variáveis do Teste de Morisky-Green (1986) em intencionais e não intencionais, constatou-se que, no presente estudo, a baixa adesão se relacionou a formas não intencionais, através do descuido quanto aos horários para o uso da medicação e o esquecimento das doses (Tabela 9).

Portanto, metodologias que auxiliem os pacientes a lembrar do horário e das doses diárias devem ser estimuladas pelos profissionais de saúde, de maneira a minimizar os dados referentes à baixa adesão, utilizando ferramentas como: lembretes diários, mensagens de texto, chamadas telefônicas e avisos audiovisuais (TRAN et al., 2014).

A menor frequência para baixa adesão foi exibida na variável “deixar de tomar a medicação quando se encontra bem” com 6,7% (Tabela 9). Conforme a OMS, a saúde é conceituada como um completo bem-estar físico, mental e social, não se restringindo apenas a ausência de doença (SEGRE; FERRAZ, 1997). E esta sensação plena de bem-estar também influencia no processo de adesão ao tratamento, tendo como fatores facilitares o entendimento sobre sua patologia e sobre a terapêutica, a criação de vínculo com a equipe de saúde, a integração com a equipe multidisciplinar, o recebimento de apoio social e reconhecimento da importância deste (AUDET et al., 2017).

Ademais, uma revisão integrativa da literatura constatou que quatorze artigos científicos expuseram uma associação significativa entre a adesão à terapêutica e a qualidade de vida, ou seja, quando o paciente demonstra atitude positiva frente ao tratamento e possui o conhecimento adequado, há um aumento nas taxas de adesão (LIBERATO et al., 2014).

Em se tratando das variáveis que exibiram menores taxas para adesão ao tratamento, observou-se uma superioridade nos extremos de idade (<18 anos e \geq 60 anos) (Tabela 10). Em tese, a adesão ao tratamento em crianças e adolescentes é um fenômeno ainda mais complexo e desafiador, sendo alguns dos fatores desfavoráveis: a necessidade de envolvimento do cuidador, a dificuldade de deglutir os medicamentos, o sabor desagradável, os horários rígidos para administração da medicação, que podem coincidir com o horário escolar, a presença de efeitos colaterais, os episódios de comportamento oposicionista da criança, como choro e fuga (BRAGA et al., 2016).

Já quando se trata dos idosos, as principais barreiras para adesão ao tratamento estão vinculadas à dificuldade no acesso ao medicamento por ter que adquirir por meios próprios, não ter plano de saúde, a presença de múltiplas enfermidades, o número elevado de medicamentos, o comprometimento cognitivo levando a esquecimentos sobre o uso do fármaco e o comprometimento funcional interferindo nas atividades diárias de vida

(TAVARES et al., 2013). Enquanto isso, a transferência de responsabilidade para o cuidador/família foi considerado um fator positivo para adesão (AIOLFI et al., 2015).

A renda abaixo de dois salários mínimos também foi verificada em maiores proporções nos pacientes com menor adesão (Tabela 10). A associação entre renda familiar baixa e a adesão ao tratamento também foi apontada em estudo com hipertensos, no qual usuários com baixa renda apresentaram 4,17 vezes mais chances de ter baixa adesão à terapêutica (GEWEHR et al., 2018).

É consenso que o primeiro fator de importância para a adesão ao tratamento é o pleno acesso aos medicamentos (MANSOUR; MONTEIRO; LUIZ, 2016), pois as maiores taxas de baixa adesão estão vinculadas a pacientes que necessitam pagar pelos seus fármacos, principalmente, em doenças crônicas (TAVARES et al., 2016).

Sabe-se, contudo, que essa primeira barreira para adesão não é enfrentada pelos portadores de hanseníase, tendo em vista que o tratamento é oferecido gratuitamente nas unidades de saúde (BRASIL, 2017a). Porém, há outras questões que podem estar relacionadas à baixa adesão ao tratamento na hanseníase, tais como a renda. Uma delas é a necessidade de comparecimento no serviço de acompanhamento para administração da dose supervisionada mensal, o que pode dificultar o acesso de usuários de baixa renda, principalmente aqueles advindos do interior do estado ou de bairros distantes do centro de referência.

Observou-se, ainda, maiores frequência de baixa adesão nos pacientes com GIF 1 e 2 na última avaliação (Tabela 10), ou seja, usuários que apresentam algum grau de deformidades e/ou incapacidades físicas decorrentes da enfermidade. Tanto diagnóstico precoce quanto o seguimento correto e regular da poliquimioterapia são tidas como estratégias basilares para a prevenção de incapacidades físicas e sequelas permanentes (BRASIL, 2008), as quais têm repercussões sobre os aspectos físicos, psicológicos e socioeconômicos (MELLO et al., 2016).

Os resultados da regressão logística indicaram que, entre as variáveis sociodemográficas e clínicas, a escolaridade, a classificação de entrada e o número de lesões são fatores associados a menor adesão. Indivíduos com oito anos ou mais de estudo tiveram 4,52 vezes (IC de 1,48 – 15,52) a chance de ter maior adesão ao tratamento quando comparada a indivíduos com 1 a 7 anos de estudo (Tabela 11). A baixa escolaridade e a menor adesão também foram constatadas em outros estudos (TAVARES et al., 2016; AQUINO et al., 2017; BARRETO et al., 2017; VASCONCELOS; SILVA; MIRANDA, 2017).

A baixa escolaridade interfere diretamente no entendimento quanto às informações e orientações sobre a hanseníase, seja sobre a terapêutica medicamentosa, a prevenção de complicações e de transmissão intradomiciliar, os cuidados envolvendo a patologia e o

ambiente, o acesso aos serviços de saúde, a baixa adesão ao tratamento pela PQT e também as incapacidades físicas (COSTA et al., 2019).

A variável “classificação de entrada” foi associada a menor adesão na regressão logística simples (Tabela 10), porém não permaneceu no modelo múltiplo (Tabela 11). Diante disso, os casos transferidos forneceram evidências para uma menor adesão ao tratamento. Uma das elucidações pode ser devido à gravidade clínica ou por complicações decorrentes da terapêutica, no qual houve necessidade de referenciar o paciente da unidade básica para o centro de referência por dificuldades no tratamento.

O número de lesões cutâneas também evidenciou associação com a adesão ao tratamento medicamentoso e constatou que a cada lesão há um aumento de 1,02 vezes (IC de 1,00 a 1,03) na chance de aderir melhor à terapêutica (Tabela 11). Esse fator pode ter relação com a percepção do portador de hanseníase quanto à sua autoimagem, devido às alterações estéticas decorrentes das lesões cutâneas e das demais deformidades associadas à hanseníase, fazendo com que os indivíduos se sintam desagradáveis fisicamente e interiorizando a carga vinculada aos estigmas históricos, como leprosos, lazarentos, aleijados (ERICEIRA et al., 2016). Posto isto, a adesão ao tratamento surge como uma forma de minorar estas alterações corporais e, conseqüentemente, a percepção do paciente quanto sua autoimagem.

Ademais, o número elevado de lesões cutâneas pode ser percebido como sinal de gravidade pelos portadores de hanseníase. O Modelo de Autorregulação de Leventhal explica que pacientes percebem conseqüências de maior gravidade vinculadas à sua patologia tendem a optar por alternativas que irão minimizar a chance da ocorrência do evento desfavorável (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005), a exemplo o seguimento da terapêutica recomendada.

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu categorizar o perfil sociodemográfico e clínico, bem com avaliar o grau de adesão ao tratamento farmacoterapêutico dos portadores de hanseníase atendidos em um Centro de Referência do estado de Roraima. Em se tratando das variáveis sociodemográficas, os pacientes avaliados demonstraram predominância do sexo masculino, pessoas em idade produtiva (18 a 59 anos), com raça/etnia parda, com baixo nível de escolaridade (0 a 7 anos), com ocupações laborais, principalmente, no nível elementar e renda familiar de até dois salários mínimos.

No que tange a caracterização clínica da hanseníase, as maiores frequências foram observadas nos casos multibacilares, na forma clínica dimorfa, apresentando elevado número lesões cutâneas ($40,83 \pm 36,91$), com baciloscopia positiva, modo de entrada no serviço através de casos novos, modo de detecção através do encaminhamento e seguindo o esquema terapêutico PQT/MB/12 meses. Ademais, houve um predomínio de pacientes que não apresentaram grau de incapacidade física no diagnóstico e na última avaliação e a média de nervos acometidos foi de $3,22 \pm 2,07$.

Ao classificar o grau de adesão ao tratamento farmacoterapêutico, evidenciou-se que 53,3% dos usuários foram categorizados como menor grau de adesão e os principais fatores contribuintes foram: descuido quanto ao horário da medicação (61,7%), deixar de tomar quando sente algum mal estar (43,3%), esquecer-se de tomar a medicação (35%) e deixar de tomar a medicação quando se encontra bem (6,7%), segundo o Teste de Morisky-Green (1986).

Ao associar a variável dependente “grau de adesão ao tratamento” com as variáveis independentes através da regressão logística simples, estas forneceram evidências para associação nas variáveis “escolaridade” ($p = 0,023$), “classificação de entrada” ($p = 0,103$) e “número de lesões” ($p = 0,103$).

Já na regressão logística múltipla, permaneceram apenas duas variáveis. A partir das análises das OR ajustadas, observou-se que indivíduos com oito anos ou mais de estudo tiveram 4,52 vezes (IC de 1,48 – 15,52) a chance de ter maior adesão ao tratamento de indivíduos com 1 a 7 anos de estudo. Já o incremento de uma lesão aumentou 1,02 vezes (IC de 1,00 a 1,03) a chance de ter maior adesão ao tratamento.

Logo, a hipótese de que hanseníase é influenciada por fatores sociodemográficos (escolaridade) e clínicos (classificação de entrada e número de lesões) foi confirmada na

presente pesquisa. Além disso, verificou-se que, ao aplicar o Teste de Morisky-Green (1986), prevaleceram às formas não intencionais (descuido e esquecimento da dose).

Com a presente análise, pode-se compreender os fatores facilitadores para adesão, sendo estes a maior escolaridade e apresentar maior número de lesões cutâneas. O nível de escolaridade relaciona-se diretamente com a compreensão do paciente sobre a enfermidade, sobre o tratamento terapêutico e também favorece o acesso nos serviços de saúde. Com isso, torna-se crucial que os profissionais de saúde tenham atenção redobrada no atendimento aos pacientes com baixa escolaridade, criando estratégias e ferramentas para avaliar o seu entendimento sobre o tratamento, como *feedback*; dar preferências por perguntas abertas (ex.: explique-me como deve ser feita a administração do medicamento; por quanto tempo é seu tratamento?) e não perguntas direcionadas (ex.: o senhor entendeu como funciona?), pois estas podem ser tendenciosas e mascarar as principais dúvidas dos usuários.

O número de lesões cutâneas também foi apontado como um facilitador para adesão ao tratamento, sendo que cada lesão aumentou 1,02 vezes a chance de aderir ao tratamento. Esta variável clínica pode estar sendo associada pelo paciente à gravidade da doença ou a danos à estética corporal, corroborando para que o usuário tenha a convicção de que ao aderir melhor ao tratamento irá minimizar as lesões dermatológicas. Porém, os profissionais devem orientar aqueles usuários que não apresentem ou que tenham baixo número de lesões que a adesão ao tratamento é crucial para combater a doença, bem como minimizar as complicações, não estando estas apenas vinculadas ao número de lesões cutâneas.

Os fatores dificultadores se vincularam a aspectos relacionados à adaptação ao tratamento, como o descuido nos horários para administração da medicação e o esquecimento da tomada da medicação. Desde o diagnóstico da enfermidade, os profissionais de saúde são os principais aliados do paciente para o esclarecimento de dúvidas sobre a enfermidade, orientações sobre o tratamento, rotina de acompanhamento e também desestigmatização da doença. Para isso, os profissionais de saúde devem ter atitude acolhedora e criar vínculo com o usuário, de maneira a gerar confiança e uma troca mútua, facilitando o processo de adesão ao tratamento.

Também se observou a influencia dos eventos adversos na adesão ao tratamento através da variável “deixar de tomar a medicação se gera algum mal estar”, devendo ser investigado quais os principais eventos adversos que acometem o público estudado, de maneira a intervir e minimizá-los.

É importante ressaltar que a adesão é um processo dinâmico, devendo sempre ser avaliada pelos profissionais, no sentido de compreender os principais obstáculos relacionados

à adesão, sejam estes intencionais ou não intencionais. Quando se trata de eventos não intencionais, o profissional tem o papel de auxiliar o cliente no desenvolvimento de métodos ou ferramentas específicas, como lembretes (ex.: materiais na porta da geladeira ou ao lado da cama, sistema de alarme para a hora do medicamento), armazenar o medicamento em local visível, elaboração de caixa de remédio dividida pelos dias da semana e horários, adaptação do horário da medicação para um momento mais cômodo ao paciente, entre outras estratégias. É importante que o usuário seja sujeito ativo nesse processo, de modo a integrá-lo e torná-lo principal responsável, sendo o profissional um facilitador da adesão ao tratamento.

A unidade de saúde também pode estabelecer grupos de adesão ao tratamento, atividades durante a espera para consulta e rodas de conversa, com foco na escuta dos pacientes e orientação sobre as dúvidas que mais interferem na adesão. Essas estratégias educativas exercem influência, principalmente, nas atitudes de não adesão intencional e são formas de expor ao paciente que outras pessoas também apresentam dificuldades e que enfrentam problemas similares, servindo como apoio e troca de experiências.

Para auxiliar na adesão ao tratamento, foram elaborados dois produtos técnicos. O primeiro se trata de vídeo animado ilustrativo, com linguagem acessível aos usuários, contendo algumas estratégias para minimizar a não adesão não intencional, voltadas ao esquecimento e descuido no uso da medicação e demonstrando os benefícios da adesão ao tratamento. Além disso, criou-se uma ferramenta de monitoramento da administração de doses supervisionadas para o controle do tratamento pelos profissionais de saúde, facilitando a visualização e a vigilância dos pacientes faltosos.

Pode-se demonstrar, portanto, que a adesão ao tratamento é um fenômeno complexo e multidimensional, influenciado pelas características do paciente, pelas características da doença, pela não adaptação do usuário ao tratamento, por convicções pessoais, pelo atendimento dos serviços de saúde, entre outros fatores. Todavia, é importante ressaltar que o seguimento contínuo e regular do tratamento com medicamentos na hanseníase é fundamental, tendo em vista que é uma doença crônica curável, com tratamento oferecido gratuitamente nos serviços de saúde.

Além disso, é uma enfermidade que provoca sequelas incapacitantes, extremamente penosas ao paciente, a família, a sociedade e ao Estado. Destarte, a adesão ao tratamento na hanseníase deve ser orientada e estimulada, demonstrando seus benefícios na prevenção das incapacidades físicas, na redução da carga da doença no ambiente, na minimização de resistências medicamentosas e na maior chance de cura no seguimento regular ao tratamento.

Este estudo reafirma a importância da avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso através do método direto, utilizando questionário validado de uso simples, que se mostrou adequado às características do público-alvo. Além disso, apresenta relevância, pois não havia sido realizada no estado uma investigação de portadores de hanseníase atendidos na referência nem avaliação da adesão ao tratamento.

O uso dessa ferramenta de avaliação do tratamento pode subsidiar a elaboração de ações direcionadas aos principais fatores dificultadores da adesão, contribuindo para a melhoria das taxas de cura, minimização do percentual de abandono ao tratamento e, conseqüentemente, diminuição da morbidade em longo prazo, tendo em vista que a poliquimioterapia é o único mecanismo estabelecido cientificamente para obter a cura.

Quanto às limitações do estudo, têm-se a pequena amostra e o curto espaço de tempo que os instrumentos foram aplicados, podendo ter influenciado para apenas três variáveis ter apresentado significância estatística. Sugere-se que seja feita a ampliação de prazos e amostra para que se tenha um resultado o mais fidedigno possível à realidade da unidade. Além disso, recomenda-se a conciliação com métodos qualitativos de estudos para compreender através dos discursos as principais dificuldades encontradas pelos usuários para adesão, tendo em vista que foi aplicado um questionário fechado.

Espera-se, por fim, que esse estudo tenha contribuído para compreender os aspectos clínico-epidemiológicos relacionados aos portadores de hanseníase atendidos no centro de referência, bem como os principais influenciadores do processo de adesão ao tratamento. Os resultados obtidos podem subsidiar estratégias com ênfase nos dificultadores do processo de adesão ao tratamento, contribuindo para a melhoria do serviço de saúde ofertado à população e colaborando sobremaneira para o aumento das taxas de cura da doença, prevenindo, dessa forma, o aparecimento de casos novos, sequelas incapacitantes e resistências medicamentosas.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, P. G.; ALMEIDA, D. A.; SILVA, S. D. C.; PASCHOINI, J. Fatores de manutenção da endemia hansênica e as ações da enfermagem no controle da hanseníase. **Revista de Iniciação Científica LIBERTAS**, v.4, n.1, p.119-132, 2014.
- AIOLFI, C. R.; ALVARENGA, M. R. M.; M., C. S.; RENOVATO, R. D. Adesão ao uso de medicamentos entre idosos hipertensos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.18, n.2, p.397-404, abr./jun., 2015.
- ALVES, E. D.; FERREIRA, T. L.; NERY, I. (Orgs.). **Hanseníase: avanços e desafios**. Brasília: NESPROM, 2014. 492 p.
- AMARAL, E. P.; LANA, F. C. F. Análise espacial da hanseníase na microrregião de Almenara, MG, Brasil. **Rev Bras Enferm.**, v.61, n.esp, p.701-7, nov., 2008.
- AMBAW, A. D.; ALEMIE, G. A.; W/YOHANNES, S. M.; MENGESHA, Z. B. Adherence to antihypertensive treatment and associated factors among patients on follow up at University of Gondar Hospital, Northwest Ethiopia. **BMC Public Health**, v.10, n.12, p.282, apr, 2012.
- AMERICAN LEPROSAY MISSIONS. **Informações para Pastores e Professores de Estudos Bíblicos**. Versão autorizada para o Português. Rio de Janeiro, 1998.
- AMOROSO, S. L. O.; CONTO, M. A.; LIMA, A. A. M. Perfil clínico e demográfico da hanseníase no município de Cacoal/RO no período entre 2007 a 2016. **Revista Eletrônica FACIMEDIT**, v.6, n.2, dez./jan., 2017.
- ANDRADE, P. J. S. **A gravidade dos episódios de reação reversa em pacientes coinfectados pelo vírus da imunodeficiência humana e pela *Mycobacterium leprae***. 2013. 98p. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical), Instituto Oswaldo, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.
- AQUINO, C. M. F.; ROCHA, E. P. A. A.; GUERRA, M. C. G.; CORIOLANO, M. W. L.; VASCONCELOS, E. M. R.; ALENCAR, E. N. Peregrinação (*Via Crucis*) até o diagnóstico da hanseníase. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.185-90, mar./abr., 2015.
- AQUINO, G. A.; CRUZ, D. T.; SILVÉRIO, M. S.; VIEIRA, M. T.; BASTOS, R. R.; LEITE, I. C. G. Fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico em idosos que utilizam medicamento anti-hipertensivo. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.116-127, 2017.
- ARAÚJO, C. H. S. História da lepra no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v.36 n.3, 2003.
- ARAÚJO, D. A. L; BRITO, K. K. G.; SANTANA, E. M. F.; SOARES, V. L.; SOARES, M. J. G. O. Caracterização da qualidade de vida de pessoas com hanseníase em tratamento ambulatorial. **Rev Fund Care Online**, v.8, n.4, p.5010-5016, out./dez., 2016.

ARAÚJO, R. M. S.; TAVARES, C. M.; SILVA, J. M. O.; ALVES, R. S.; SANTOS, W. B.; RODRIGUES, P. L. S. Análise do perfil epidemiológico da hanseníase. **Rev enferm UFPE on line**, v.11, n.9, p.3632-41, 2017.

ARAÚJO, R. R.; OLIVEIRA, M. H. A irregularidade dos portadores de hanseníase ao Serviço de Saúde. **Hansen Int.**, v.28, n.1, p.71-8, 2003.

ARONSON, J. K. Compliance, concordance, adherence. **British Journal of Clinical Pharmacology**, v. 63, n.4, p.383-384, 2007.

ARRUDA, G. O.; MARCON, S. S. Comportamentos de riscos à saúde de homens da região sul do Brasil. **Texto Contexto Enferm**, v.27, n.2, p.1-12, 2018.

AUDET, C. M.; SALATO, J.; VERMUND, S. H.; AMICO, K. R. Adapting an adherence support workers intervention: engaging traditional healers as adherence partners for persons enrolled in HIV care and treatment in rural Mozambique. **Implementation Science**, v.12, n.1, p.1-12, 2017.

AZULAY, R. D. **Dermatologia**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

BARBIERI, C. L. A; MARQUES H. H. S. Hanseníase em crianças e adolescentes: revisão bibliográfica e situação atual no Brasil. **Pediatria**, São Paulo, n.31,v.4, p281-90, 2009.

BARBOSA, F. P. S.; MELLO, I. F.; PIRES, J. C. B.; MARGARIDA, T. C.; SILVA JÚNIOR, J. L. R.; SANTANA, C. F. Incapacidades neurológicas provocadas pela hanseníase em uma unidade de saúde do município de Anápolis-GO, entre 2011 e 2013, **Rev. Educ. Saúde**, v.4, n.2, p.03-10, 2016.

BARRETO, T. M. A. C.; RODRIGUES, L. J. S.; MACIEL, J. C.; SAMPAIO, D. M.; BARRETO, F. Prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso por diabéticos no norte do Brasil. **SANARE**, Sobral, v.16, n.2, p.22-30, jul./dez., 2017.

BASEGGIO, R. C. **Determinantes sociais e a hanseníase na população feminina no estado do Paraná**. 2016. 80p. Dissertação (Mestrado em Biociências e Saúde), Universidade do Oeste de Santa Catarina, Joaçaba, 2016.

BASSANEZE, B.; GONÇALVES, A.; PADOVANI, C. R. Características do processo de diagnóstico de hanseníase no atendimento primário e secundário. **Diagn Tratamento**, v.19, n.2, p.61-7, 2014.

BASSO, M. E. M.; SILVA, R. L. F. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes acometidos pela hanseníase atendidos em uma unidade de referência. **Rev Soc Bras Clin Med.**, v.15, n.1, p.27-32, jan./mar., 2017.

BOECHAT, N.; PINHEIRO, L. C. S. A Hanseníase e a sua Quimioterapia. **Rev. Virtual Quim.**, v.4, n.3, p.247-256, 2012.

BOIGNY, R. N.; SOUZA, E. A.; ROMANHOLO, H. S. B.; ARAÚJO, O. D.; ARAÚJO, T. M. E.; CARNEIRO, M. A. G.; GRIJÓ, M. D. F. et al. Persistência da hanseníase em redes de convívio domiciliar: sobreposição de casos e vulnerabilidade em regiões endêmicas no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.35, n.2. p.1-14, 2019.

BONA, S. H.; VALE E SILVA, L. O. B.; COSTA, U. A.; HOLANDA, A. O. N.; CAMPELO, V. Recidivas de hanseníase em Centros de Referência de Teresina, Piauí, 2001-2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.24, n.4, p.731-738, out./dez., 2015.

BRAGA, D. A. O.; VASCONCELOS, L. L.; PESSOA, C. V.; PRADO, R. M. S.; BARROS, K. B. N. T. Adesão à terapia antirretroviral de crianças e adolescentes portadores do vírus HIV: benefícios de estratégias. **Boletim Informativo Geum**, v.7, n.1, p.47-53, jan./mar., 2016.

BRANDSMA, J. W. Terminology in leprosy rehabilitation and guidelines for nerve function assessment. **Tropical and Geographical Medicine**, Hague, v. 46, n. 2, p. 88--92, 1994.

BRANDSMA, J. W.; HEER, Y. F.; LAKERVELD-HEYL, K.; AVENSBERG, C. D. M. The international of Impairments, Disabilities, and Handicaps in leprosy control projects. **Leprosy Review**, London, v. 63, n. 4, p. 337-344, 1992.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico: Caracterização da situação epidemiológica da hanseníase e diferenças por sexo, Brasil, 2012-2016**. Secretaria de Vigilância Epidemiológica: Ministério da Saúde, v.49, n.4, 2018a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico: Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil – análise de indicadores selecionados na última década e desafios para eliminação**. Secretaria de Vigilância em Saúde, v.44, n.11, p.1-12, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 28 de junho de 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública : manual técnico-operacional [recurso eletrônico]**. Brasília : Ministério da Saúde, 2016a. 58 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia de procedimentos técnicos: baciloscopia em hanseníase [Internet]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde: volume único**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 705p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia prático sobre a hanseníase [recurso eletrônico]**. Brasília : Ministério da Saúde, 2017b. 68 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Informe nº7: Situação dos Casos de Sarampo nos Estados de Roraima e Amazonas – 2018. Brasília, Distrito Federal, 2018b. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/maio/16/Boletim-n7-Sarampo-CGDT.pdf>>

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Leprologia**. Serviço Nacional de Lepra: Rio de Janeiro, 1960.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de prevenção de incapacidades**. Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase; n.1. Brasília, Distrito Federal, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n. 594 de 29 de outubro de 2010**. Brasília. 2010b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0594_29_10_2010.html>. Acesso em 24 jun. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa de Controle de Hanseníase: SES/CIP/CVE/São Paulo, 2003**. Disponível em: <http://WWW.cve.saude.sp.gov.br/htm/Hans/Hans_camp_03.Hts> Acesso em 03/06/2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 384 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. 52 p.

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações: CBO – 2010**. 3a ed. Brasília: MTE, SPPE, 2010a. 828p.

BRASIL. **Decreto nº 9.661, de 1º de janeiro de 2019**. Regulamenta a Lei nº 13.152, de 29 de julho de 2015, que dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. Brasília, 1º de janeiro de 2019. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9661.htm> Acesso em: 14 jun. 2019.

BRASIL. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 16 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Registro ativo: número e percentual, Casos novos de hanseníase: número, coeficiente e percentual, faixa etária, classificação operacional, sexo, grau de incapacidade, contatos examinados, por estados e regiões, Brasil, 2015**. 2016c.

CALIXTO, S. C. S. **Alterações clínicas e metabólicas em portadores de hanseníase multibacilares**. 2009. 88p. Dissertação (Mestrado em Doenças Tropicais), Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, 2009.

CAMPOS, S. N. **A biópsia cutânea como ferramenta para o diagnóstico da hanseníase forma neural pura**. 2016. 95p. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

CASTRO, S. S.; 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. **An Bras Dermatol.**, v.91, n.1, p.28-33, jan./feb., 2016.

CAVALCANTI, A. A. L.; LUCENA-SILVA, N.; MONTARROYOS, U. R.; ALBUQUERQUE, P. M. C. C. Concordance between expected and observed bacilloscopy results of clinical forms of leprosy: A 6-year retrospective study in Recife, State of Pernambuco, Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.45, n.5, p.616-619, sep./oct., 2012.

CORRER, C. J.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. *Rev Pan-Amaz Saude*, v.2, n.3, p.41-49, 2011.

COSTA, A. K. A. N.; PFRIMER, I. A. H.; MENEZES, A. M. F.; NASCIMENTO, L. B.; CARMO FILHO, J. R. Aspectos clínicos e epidemiológicos da hanseníase. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.13, n.1, p.353-62, fev., 2019.

COSTA, L. A.; BORBA-PINHEIRO, C. J.; REIS, J. H.; REIS JÚNIOR, S. H. Análise epidemiológica da hanseníase na Microrregião de Tucuruí, Amazônia brasileira, com alto percentual de incapacidade física e de casos entre jovens. **Rev Pan-Amaz Saude**, v.8, n.3, p.9-17, 2017.

CRAMER, J. Identifying and improving compliance patterns. In: CRAMER, J.A.; SPILKER, B. **Patient compliance in medical practice and clinical trials**. New York: Raven Press, p.387-392, 1991.

CRUZ, A. Uma cura controversa: a promessa biomédica para a hanseníase em Portugal e no Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.26, n.1, p.25-44, 2016.

CUNHA, A. Z. S. Hanseníase: aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.2, p.235-242, 2002.

CUNHA, M. H. C. M.; SILVESTRE, M. P. S. A.; SILVA, A. R.; ROSÁRIO, D. D. S.; XAVIER, M. B. Risk factors in household contacts of leprosy patients using clinical, sociodemographic, and laboratorial variables. **Rev Pan-Amaz Saude**, v.8, n.2, p.23-30, 2017.

CUNHA, V. S. **O isolamento compulsório em questão: Políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941)**. 2005. 151p. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde), Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

DATASUS, Departamento Nacional de Informática do Sistema Único de Saúde. **Casos de Hanseníase (SINAN)**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=31032752>> Acesso em: 26 abril 2018.

DIEMEN, T. V. **Fatores determinantes da não-adesão ao tratamento farmacológico: a visão do usuário do Sistema Único de Saúde**. 2011. 111p. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2011. Disponível em: <http://geoftp.ibge.gov.br/documentos/recursos_naturais/manuais_tecnicos/usoterra_rr.pdf>. Acesso em 31 de jul. 2018. ;

DUARTE, M.T.C.; AYRES, J.A.; SIMONETTI, J.P. Consulta de enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de hanseníase em atenção primária. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.18, n.1, p.100-107, 2009.

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, maio-ago 2004.

ERICEIRA, V. V. L.; COSTA FILHO, M. R.; AQUINO, D. M. C.; PAIVA, M. F. L.; CORRÊA, R. G. C. F.; COSTA, L. D. L. N. Sintomas depressivos secundário ou reativo em adultos doentes com hanseníase. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.10, n.9, p.3251-8, set., 2016.

FARIA, L.; SANTOS, L. A. C. A hanseníase e sua história no Brasil: a história de um “flagelo nacional”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.1491-1495, out./dez. 2015.

FAGET, G. H. Chemotherapy of leprosy. **Int J Lepr.**, n.15 p.7-14, 1947.

FARIA, L.; SANTOS, L. A. C. Hanseniasis and its history in Brazil: the history of a “national scourge”. **Livros & Redes**, v.22, n.4, out./dez. 2015, p.1491-1495.

FERIATO, K. T.; GUSMÃO, J. L.; SILVA, A.; SANTOS, C. A.; PEREIRA, R. S. F.; AMENDOLA, F. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo em trabalhadores de um Hospital Geral. **Rev Bras Enferm.**, v.71, n.4, p.1985-92, 2018.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Curitiba - Paraná: Editora Positivo, 2014.

FRANCO, L. A. **Reações adversas à poliquimioterapia em hanseníase**. 2014. 127p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde), Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Sergipe, 2014.

FREITAS, L. R.; DUARTE, E. C.; GARCIA, L. P. Leprosy in Brazil and its association with characteristics of municipalities: ecological study, 2009-2011. **Trop Med Int Health**, v.19, n.10, p.1216-25, 2014.

GEWEHR, D. M.; BANDEIRA, V. A. C.; GELATTI, G. T.; COLET, C. F.; OLIVEIRA, K. R. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.42, n.116, p.179-190, jan./mar., 2018.

GIROTTI, E.; ANDRADE, S. M.; CABRERA, M. A. S.; MATSUO, T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n.6, p.1763-1772, 2013

GOIABEIRA, Y. N. L.; ROLIM, I. L. T. P.; AQUINO, D. M. C.; SOEIRO, V. M. S.; INÁCIO, A. S.; QUEIROZ, R. C. S. Perfil epidemiológico e clínico da hanseníase em capital hiperendêmica. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.12, n.6, p.1507-13, jun., 2018.

GONÇALVES, N. V.; ALCÂNTARA, R. C. C.; SOUSA JÚNIOR, A. S.; PEREIRA, A. L. R. R.; MIRANDA, C. S. C., OLIVEIRA, J. S. S.; MELO, A. C. B. V. et al. A hanseníase em um distrito administrativo de Belém, estado do Pará, Brasil: relações entre território, socioeconomia e política pública em saúde, 2007–2013. **Rev Pan-Amaz Saude**, v.9, n.2, p.21-30, 2018.

GUSMÃO, J. L.; MION JR., D. Adesão ao tratamento – conceitos. **Rev Bras Hipertens**, v.13, n.1, p.23-25, 2006.

HO, P. M.; BRYSON, C. L.; RUMSFELD, J. S. Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. **Circulation**, v.119, n.23, p. 3028-35, jun., 2009.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010: Roraima**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rr/pesquisa/23/22107> Acesso em: 17 de junho de 2019.

ISMAEL, A. P. P. B. **Estudo do modelo de atenção ao paciente com hanseníase na rede básica de saúde em Boa Vista/RR entre julho 2010 e junho 2012**. 2014. 192p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde), Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, Roraima, 2014.

KAR, H. K.; GUPTA, R. Treatment of leprosy. **Clinics in Dermatology**, v.33, n.1, 55–65, 2015.

LANZA, F. M. **Avaliação da atenção primária no controle da hanseníase: validação de instrumentos e análise do desempenho de municípios endêmicos do Estado de Minas Gerais**. 2014. 311p. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2014.

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

LEANO, H. A. M.; ARAÚJO, K. M. F. A.; RODRIGUES, R. N.; BUENO, I. C.; LANA, F. C. F. Indicadores relacionados a incapacidade física e diagnóstico de hanseníase. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.18, n.6, p. 832-839, nov./dez., 2017.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. da P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n. 3, p.775-782, 2003.

LIBERATO, S. M. D.; SOUZA, A. J. G.; GOMES, A. T. L.; MEDEIROS, L. P.; COSTA, I. K. F.; TORRES, G. V. Relação entre adesão ao tratamento e qualidade de vida: revisão integrativa da literatura. **Rev. Eletr. Enf.**, v.16, n.1, p.191-8, jan./mar., 2014.

LIMA, D. B. S.; MOREIRA, T. M. M.; BORGES, J. X. P.; RODRIGUES, M. T. P. Associação entre adesão ao tratamento e tipos de complicações cardiovasculares em pessoas com hipertensão arterial. **Texto Contexto Enferm.**, v.25, n.3, p.1-9, 2016.

LIRA, R. M. N.; SILVA, M. V. S.; GONÇALVES, G. B. Factors related to abandonment or interruption of leprosy treatment: an integrative literature review. **Rev Enferm UFPI**, v.6, n.4, p.53-8, oct./dec., 2017.

LOPES, V. A. S.; RANGEL, E. M. Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n.103, p.817-829, out./dez., 2014.

LUNA, I. T.; BESERRA, E. P.; ALVES, M. D. S.; PINHEIRO, P. N. C. Adesão ao tratamento da Hanseníase: dificuldades inerentes aos portadores. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.63, n.6, p.983-90, nov./dez., 2010.

LYON, S.; GROSSI, M. A. F. **Hanseníase**. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

MANSORI, K.; AYUBI, E.; NASEHI, M.; HANIS, S. M.; AMIRI, B.; KHAZAEI, S. Epidemiology of Leprosy in Iran from 2005 to 2015. **Tanaffos**, v.16, n.2, p.144-148, 2017.

MANSOUR, S. N.; MONTEIRO, C. N.; LUIZ, O. C. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos entre participantes do Programa Remédio em Casa. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v.25, n.3, p.647-654, jul./set., 2016.

MARQUES, M. S.; CABRAL, J. F.; TERÇAS, A. C. P.; SANTANA, D. P.; SILVA, J. H. Perfil clínico e epidemiológico da hanseníase no município de Tangará da Serra, Mato Grosso. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**, v.6, n.2, p.34-47, 2017.

MARQUES, T. C.; REIS, A. M. M.; SILVA, A. E. B. C.; GIMENES, F. R. E.; OPITZ, S. P.; TEIXEIRA, T. C. A.; LIMA, R. E. F.; CASSIANI, S. H. B. Erros de administração de antimicrobianos identificados em estudo multicêntrico brasileiro. **Revista Brasileira de Ciências**, v.44, n.2, abr./jun., 2008.

MARTINS, P. V.; IRIART, J. A. B. Itinerários terapêuticos de pacientes com diagnóstico de hanseníase em Salvador, Bahia. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.273-289, 2014.

MELLO, L. M. B.; ALVES, C. R. P.; QUEIROZ, T. A. D.; BAMBIRRA, N.; CARNEIRO, B. S.; SANTOS, V. V.; PINHEIRO, T. M. M.; ARAÚJO, M. G. Prevenção de incapacidades e reabilitação em hanseníase: perfil dos usuários de centro de referência em hospital universitário de Belo Horizonte. **Rev Med Minas Gerais**, v.26, supl.8, p.272-276, 2016.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

MIRANZI, S. S. C.; PEREIRA, L. H. M.; NUNES, A. A. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. **Rev Soc Bras Med Trop.**, v.43, n.1, p.62-7, jan./fev., 2010.

MONTEIRO, L. D.; ALENCAR, C. H. M.; BARBOSA, J. C.; BRAGA, K. P.; CASTRO, M. D.; HEUKELBACH, J. Incapacidades físicas em pessoas acometidas pela hanseníase no período pós-alta da poliquimioterapia em um município no Norte do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, **Rio de Janeiro**, v. 29, n. 5, p. 909-920, 2013.

MONTEIRO, L. D.; MARTINS-MELO, F. R.; BRITO, A. L.; ALENCAR, C. H.; HEUKELBACH, J. Padrões espaciais da hanseníase em um estado hiperendêmico no Norte do Brasil, 2001-2012. **Rev Saúde Pública**, v.49, n.84, p.1-8, 2015.

MONTEIRO, L. D.; MOTA, R. M. S.; MARTINS-MELO, F. R.; ALENCAR, C. H.; HEUKELBACH, J. Determinantes sociais da hanseníase em um estado hiperendêmico da região Norte do Brasil. **Rev Saude Publica**, v.51, n.70, p.1-11, 2017a.

MONTEIRO, M. J. S. D.; SANTOS, G. M.; BARRETO, M. T. S.; SILVA, R. V. S.; JESUS, R. L. R.; SILVA, H. J. N. Perfil epidemiológico de casos de hanseníase em um estado do nordeste brasileiro. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v.15, n.54, p.21-28, out./dez., 2017b.

MORENO, C. M. C. **Associação de anticorpos específicos contra o *Mycobacterium leprae* ao desenvolvimento de incapacidades em hanseníase**. 2017. 82p. Tese (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte, 2017.

MORISKY, D.E.; GREEN, L.W.; LEVINE, D.M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Med Care**, v.4, n.1, p.67-74, 1986.

MOURA, A. D. A.; ALBUQUERQUE, E. R. O.; CHAVES, E. S.; SOUZA, A. R.; LIMA, G. G.; CHAVES, C. S. Perfil dos portadores de hanseníase de um centro de referência de um estado brasileiro. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, v.24, n.6. p.1-6, 2016.

NARDI, S. M. T.; PASCHOAL, V. D. A.; CHIARAVALLOTI-NETO, F.; ZANETTA, D. M. T. Deficiências após a alta medicamentosa da hanseníase: prevalência e distribuição espacial. **Rev Saúde Pública**, v.46, n.6, p.969-77, 2012.

NEGRÃO, G. N.; VIEIRA, I. R.; KATAYAMA, E. M. Y.; BORECKI, M. T. Variáveis epidemiológicas intervenientes na ocorrência da hanseníase no município de Guarapuava, PR. **Geografia (Londrina)**, v.25. n.2. p.110 –129, jul./dez., 2016.

NUNES, J. M.; OLIVEIRA, E. N. V.; CUNHA, N. F. Hanseníase: conhecimentos e mudanças na vida das pessoas atingidas. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.16, v.1, p.1311-8, 2011.

OLIVEIRA, C. M. MACHADO, A. M. R. C.; ALVES, R. C. S. P.; MAR, Z. S.; FECURY, A. A.; DIAS, C. A. G. M.; OLIVEIRA, E.; DENDASCK, C. A evolução da assistência ao paciente com Hanseníase: dos leprosários à poliquimioterapia. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v.6, v.1, p.68-80, agos., 2016.

OLIVEIRA, J. V. Retratos da violência urbana e da criminalidade em Boa Vista – Roraima: a capital mais setentrional do Brasil. **Rev. Cadernos de Campo**, Araraquara, v.22, n.1, p.245-270, jan./jul., 2017.

OPROMOLLA, D. V. A. **Noções de hansenologia**. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reinaldo Quagliato; 2000.

ORFÃO, N. H.; ANDRADE, R. L. P.; BERARDO, A. A.; BRUNELLO, M. E. F.; SCATENA, L. M.; VILLA, T. C. S. Adesão terapêutica ao tratamento da tuberculose em um município do estado de São Paulo. **Cienc Cuid Saude**, v.14, n.4, p.1453-1461, out./dez., 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: período do plano: 2011-2015**. Brasília, Distrito Federal: Organização Pan-Americana de Saúde, 2010. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_global_aprimorada_reducao_hansenias_e.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2019.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Drug therapy: adherence to medication. **N Engl J Med**, v.353, n.5, p.487-97, 2005.

PALÚ, F. H.; CETOLIN, S. F. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com hanseníase no extremo oeste catarinense, 2004 a 2014. **Arq. Catarin Med.**, v.44, n.2, p.90-98, abr./jun., 2015.

PELLIZZARI, V. D. Z. V.; ARRUDA, G. O.; MARCON, S. S.; FERNANDES, C. A. M. Percepções de pessoas com hanseníase acerca da doença e tratamento. **Rev Rene**, v.17, n.4, p.466-74, jul./ago., 2016.

PREFEITURA DE BOA VISTA. **Lei nº 244, de 06 de setembro de 1991**. Dispõe sobre a promoção do desenvolvimento urbano, zoneamento, uso e ocupação do solo, sistema viário, parcelamento do solo e dá outras providências. Boa Vista, Roraima, 06 de setembro de 1991. Disponível em:

<<https://sogi8.sogi.com.br/Arquivo/Modulo113.MRID109/Registro60366/documento%201%20-%20lei%20n%C2%BA%20244.pdf>> Acesso em: 10 jun. 2019.

RAMOS, J. M.; SOUTO, F. J. Incapacidade pós-tratamento em pacientes hansenianos em Várzea Grande, Estado de Mato Grosso. **Rev Soc Bras Med Trop**, v.43, n.3, p.293-7, 2010.

RAO, P. N.; SUNEETHA, S. Current Situation of Leprosy in India and its Future Implications. **Indian Dermatol Online**, v.9, p.83-9, jan., 2018.

REES, R. F. W.; YONG, D. B. The microbiology of leprosy. In: Hastings, R.C. **Leprosy**. 2. ed. Edinbugh: Churchill Livingstone; 1994. p.49-83.

REMONDI, F. A.; ODA, S.; CABRERA, M. A. S. Não adesão à terapia medicamentosa: da teoria a prática clínica. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, v.35, n.2, p.177-185, 2014.

RIBEIRO, G. C.; LANA, F. C. F. Incapacidades físicas em hanseníase: caracterização, fatores relacionados e evolução. **Cogitare Enferm**, v.20, n.3, p.496-503, jul./set., 2015.

RIBEIRO, M. D, A.; SILVA, J. C. A.; OLIVEIRA, S. B. Estudo epidemiológico da hanseníase no Brasil: reflexão sobre as metas de eliminação. **Rev Panam Salud Publica**, v.42, n.42, p.1-7, 2018.

ROCHA, A. C. A. A. **Análise da sazonalidade da incidência de hanseníase segundo regiões geográficas, climas e biomas do Brasil**. 2015. 83p. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais), Universidade do Estado de Mato Grosso, Cáceres, Mato Grosso, Brasil, 2015.

ROCHA, T. P. O.; FIGUEREDO NETO, J. A.; FERNANDES, D. R.; SANTANA, E. E. C.; ABREU, J. E. R.; CARDOSO, R. L. S.; MELO, J. B. Estudo Comparativo entre Diferentes Métodos de Adesão ao Tratamento em Pacientes Hipertensos. **Int J Cardiovasc Sci.**, v.28, n.2, p.122-129, 2015.

RODRIGUES, L. C.; LOCKWOOD, D. N. J. Leprosy now: epidemiology, progress, challenges, and research gaps. **Lancet Infect Dis**, v.11, p.464-70, 2011.

SANTANA, E. M. F. **Deficiências e incapacidades por hanseníase na atenção secundária à saúde**. 2017. 100p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2017.

SANTANA, E. M. F.; BRITO, K. K. G.; NOGUEIRA, J. A.; LEADEBAL, O. D. C. P.; COSTA, M. M. L.; SILVA, M. A.; SOARES, M. J. G. O. Deficiências e incapacidades na hanseníase: do diagnóstico à alta por cura. **Rev. Eletr. Enf.**,v.20, n.15, p.1-11, 2018.

SANTOS, L. A. C; FARIA, L; MENEZES, R. F. Contrapontos da história da hanseníase no Brasil: cenários de estigma e confinamento. **Revista brasileira de Estudo Populacional**. São Paulo, n.1, v.25, p.167-190, 2008.

SANTOS, D. A. S.; SPESSATTO, L. B.; MELO, L. S.; OLINDA, R. A.; LISBOA, H. C. F.; SILVA, M. S. Prevalência de casos de hanseníase. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.11, supl.10, p.4045-55, out., 2017b.

SANTOS, D. F.; MENDONÇA, M. R.; ANTUNES, D. E.; SABINO, E. F. P.; PEREIRA, R. C.; GOULART, L. R.; GOULART, I. M. B. Revisiting primary neural leprosy: Clinical, serological, molecular, and neurophysiological aspects. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, v.11, n.11, p.1-14 nov., 2017a.

SANTOS, E. A. S.; BERTELLI, E. V. M. Mudanças no convívio social de pacientes com hanseníase. **Revista UNINGÁ Review**, v.30, n.2, p.64-67, abr./jun., 2017.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.4, p.1281-1289, 2017.

SAVASSI, L. C. M. **Hanseníase: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores**. 2010. 196p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2010.

SCHREUDER, P.A.; NOTO, S.; RICHARDUS, J.H. Epidemiologic trends of leprosy for the 21st century. **Clin Dermatol**, v.34, n.1, p.24-31, 2016.

SCUSSEL, M. R. R.; MACHADO, D. M. Política nacional de assistência integral à saúde do homem: uma revisão integrativa. **REFACS(online)**, v.5, n.2, p.235-244, 2017.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA. **Plano de Saúde 2016-2019**. Boa Vista: SESA/RR, 2016. 212p.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.31, n.5, p.538-42, out., 1997.

SILVA, C. R.; CARVALHO, B. G.; CORDONI JÚNIOR, L.; NUNES, E. F. P. A. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.4, p.1109-1120, 2017.

SILVA, J. A. G.; DOURADO, I.; BRITO, A. M.; SILVA, C. A. L. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.6, p.1188-1198, jun., 2015.

SILVA, J. S. R.; PALMEIRA, I. P. P.; SÁ, A. M. M.; NOGUEIRA, L. M. V.; FERREIRA, A. M. R. Fatores sociodemográficos associados ao grau de incapacidade física na hanseníase. **Rev Cuid.**, v.9, n.3, p.2338-48, 2018.

SILVA, J. S. R.; PALMEIRA, I. P.; SÁ, A. M. M.; NOGUEIRA, L. M. V.; FERREIRA, A. M. R. Variáveis clínicas associadas ao grau de incapacidade física na hanseníase. **Revista Cuidarte**, Bucaramanga, Colombia, v.10, n.1, ene./abr., 2019.

SIQUEIRA, B. P. J.; TEIXEIRA, J. R. B.; VALENÇA NETO, P. F.; BOERY, E. N.; BOERY, R. N. S. O.; VILELA, A. B. A. Homens e cuidado à saúde nas representações sociais de profissionais de saúde. **Esc Anna Nery**, v.18, n.4, p.690-696, 2014.

SMITH, W.; AERTS, A. Role of contact tracing and prevention strategies in the interruption of leprosy transmission. **Lepr Rev**, v.85, n.1, p.2-17, 2014.

SOLER, W. A. **A violência urbana e a sua dinâmica socioespacial nos bairros Santa Tereza, Silvio Leite e Alvorada, em Boa Vista/RR**. 2016. 102p. Dissertação (Mestrado em Geografia do Programa de Pós-Graduação em Geografia), Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, Roraima, 2016.

SOUSA, A. A.; OLIVEIRA, F. J. F.; COSTA, A. C. P. J.; SANTOS NETO, M.; CAVALCANTE, E. F. O.; FERREIRA, A. G. N. Adesão ao tratamento da hanseníase por pacientes acompanhados em unidades básicas de saúde de Imperatriz – MA. **SANARE**, Sobral, v.12, n.1, p.06-12, jan./jun., 2013.

SOUSA, D. M. P.; SILVA, D. L.; FONTENELE, R. P.; ARAUJO, P. M.; CARVALHO, A. L. M. Métodos indiretos para mensurar a adesão ao tratamento medicamentoso na hipertensão arterial: uma revisão integrativa da literatura. **Boletim Informativo Geum**, v.4, n.1, p.50-64, jan./mar., 2014.

SOUSA, G. S.; SILVA, R. L. F.; XAVIER, M. B. Hanseníase e Atenção Primária à Saúde: uma avaliação de estrutura do programa. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.41, n.112, p.230-242, jan./mar., 2017.

SOUSA, L. A. O.; FONTELES, M. M. F.; MONTEIRO, M. P.; MENGUE, S. S.; BERTOLDI, A. D.; PIZZOL, T. S. D.; TAVARES, N. U. L.; OLIVEIRA, M. A.; LUIZA, V. L.; RAMOS, L. R.; FARIAS, M. R.; ARRAIS, P. S. D. Prevalence and characteristics of adverse drug events in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v.34, n.4, p.1-14, 2018.

SOUZA, C. D. F.; LUNA, C. F.; MAGALHÃES, M. A. F. M. Transmissão da hanseníase na Bahia, 2001-2015: modelagem a partir de regressão por pontos de inflexão e estatística de varredura espacial. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v.28, n.1, p.1-12, 2019.

SOUZA, E. A.; BOIGNY, R. N.; FERREIRA, A. F.; ALENCAR, C. H.; OLIVEIRA, M. L. W.; RAMOS JÚNIOR, A. N. Vulnerabilidade programática no controle da hanseníase: padrões na perspectiva de gênero no Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.34, n.1, p.1-14, 2018.

TAVARES, N. U. L.; BERTOLDI, A. D.; MENGUE, S. S.; ARRAIS, P. S. D.; LUIZA, V. L.; OLIVEIRA, M. A.; RAMOS, L. R.; FARIAS, M. R.; PIZZOL, T. S. D. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. **Rev Saude Publica**, n.50, supl.2, p.1-11, 2016.

TAVARES, N. U. L.; BERTOLDI, A. D.; THUMÉ, E.; FACCHINI, L. A.; FRANÇA, G. V. A.; MENGUE, S. S. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. **Rev Saúde Pública**, v.47, n.6, p.1092-101, 2013.

TRAN, N.; COFFMAN, J. M.; SUMINO, K.; CABANA, M. D. Patient reminder systems and asthma medication adherence: a systematic review. **Journal of Asthma**, London, v.51, n.5, p.536-543, 2014.

TRAUTMAN, J.R. The history of leprosy. In: HASTINGS, R.C. (organizer). **Leprosy**. 2.ed. London: Churchill; 1994. p.11-25.

TRAUTHMAN, S. C.; BIUDES, M. F.; MELLO, A. F.; ROSA, F. S.; PETERS, C. A.; GALATO, D. Métodos de avaliação da adesão farmacoterapêutica adotados no Brasil. **Infarma: Ciências Farmacêuticas**, v.26, n.1, 2014.

UCHÔA, R. E. M. N.; BRITO, K. K. G.; SANTANA, E. M. F.; SOARES, V. L.; SILVA, M. A. Perfil clínico e incapacidades físicas em pacientes com hanseníase. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.11, supl.3, p.1464-72, mar., 2017.

VASCONCELOS, T. R. S.; SILVA, J. M.; MIRANDA, L. N. Fatores associados a não adesão ao tratamento de pacientes com hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa da literatura. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Alagoas, v.4, n.2, p.385-396, nov., 2017.

VERAS, A. T. R. **A produção do espaço urbano de Boa Vista – Roraima**. 2009. 235p. Tese (Pós-graduação em Geografia Humana), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

VIEIRA, L. B.; RAMOS, C. A.; CASTELLO, M. B.; NASCIMENTO, L. C. Desenvolvimento de um dispositivo eletrônico para organizar medicamentos e promover a adesão medicamentosa. **Rev Panam Salud Publica**, v.39, n.4, p.208-12, 2016.

WHO. **World Health Organization**. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/es/>> Acesso em: 22 abril 2018.

WIJERATNE, M. P.; OSTBYE, T. Knowledge, Attitudes and Practices relating to Leprosy among Public Health Care Providers in Colombo, Sri Lanka. **Lepr Rev**, v.88, n.1, p.75-84, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adherence to long-term therapies: evidence for action.** WHO Library, Geneva, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global leprosy situation, 2012.** Wkly Epidemiol Rec, v.34, p.317-28, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Leprosy Strategy 2016-2020: Accelerating towards a leprosy-free world.** World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, 2016a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global leprosy update, 2015: time for action, accountability and inclusion.** Geneva, Suíça, n.35, v.91, p.405–420, 2016b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Leprosy elimination.** Disponível em: <<http://www.who.int/lep/en/>> Acesso em: 29 abril 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Multidrug therapy of leprosy.** Available at: <<http://www.who.int/lep/mdt/en/>>. Acesso em: 03 junho 2018.

ZANINI, A. C.; PAULO, L. G. **Compliance: sobre o encontro paciente-médico.** São Paulo: Iplex, 1997.

ZUGE, S. S.; PRIMEIRA, M. R.; REMOR, E.; MAGNAGO, T. S. B. S.; PAULA, C. C.; PADOIN, S. M. M. Fatores associados à adesão ao tratamento antirretroviral em adultos infectados pelo HIV: estudo transversal. **Rev Enferm UFSM**, v.7, n.4, p.577-589, out./dez., 2017.

APÊNDICES

**APÊNDICE A - FORMULÁRIO SOBRE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E
ADESÃO À FARMACOTERAPIA**

Nº: _____

Data de aplicação: ____/____/____

Nome do Paciente: _____

Dados Sociodemográficos	
Sexo	() Feminino () Masculino
Data de nascimento	____/____/____ Idade: _____ anos
Raça, cor ou etnia	() Branca () Afrodescendente () Indígena () Parda () Amarela () Outra
Grau de Escolaridade	() Analfabeto (< 4 anos de escolaridade) () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino Superior () Pós-graduação Latu senso () Pós-graduação Stricto sensu – Nível Mestrado () Pós-graduação Stricto sensu – Nível Doutorado
Profissão/Ocupação	
Renda Familiar Média	R\$ _____ Classificação (Conforme o IBGE): () Classe A (Acima de 20 Salários Mínimos) () Classe B (De 10 a 20 Salários Mínimos) () Classe C (De 4 a 10 Salários Mínimos) () Classe D (De 2 a 4 Salários Mínimos) () Classe E (Até 2 Salários Mínimos)
Município de Residência	
Bairro de Residência	
Teste de Morisky-Green (1986)	
1) Você, alguma vez, esquece de tomar seu remédio?	() Sim () Não
2) Você, as vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu medicamento?	() Sim () Não
3) Quando você se sente bem, alguma vez, você deixa de tomar o remédio?	() Sim () Não
4) Quando você se sente mal com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo?	() Sim () Não
Classificação da Adesão ao Tratamento	() Maior adesão (3 a 4 pontos) () Menor adesão (0 a 2 pontos)

APÊNDICE B - FORMULÁRIO SOBRE AS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA HANSENÍANSE

Nº: _____ Nome do Paciente: _____

Características Clínicas da Hanseníase	
Município de Notificação	
Data do Diagnóstico	____/____/____
Nº de Contatos	
Nº de lesões cutâneas	
Classificação operacional	<input type="checkbox"/> Paucibacilar <input type="checkbox"/> Multibacilar
Forma Clínica da Doença	<input type="checkbox"/> Indeterminada <input type="checkbox"/> Tuberculoide <input type="checkbox"/> Dimorfa <input type="checkbox"/> Virchoviana <input type="checkbox"/> Não classificado
Modo de Entrada	<input type="checkbox"/> Caso Novo <input type="checkbox"/> Recidiva <input type="checkbox"/> Transferência do mesmo município (outra unidade) <input type="checkbox"/> Transferência de Outro Município (mesma UF) <input type="checkbox"/> Transferência de Outro Estado <input type="checkbox"/> Transferência de Outro País <input type="checkbox"/> Outros Reingressos <input type="checkbox"/> Ignorado
Modo de Detecção	<input type="checkbox"/> Encaminhamento <input type="checkbox"/> Demanda Espontânea <input type="checkbox"/> Exame de Coletividade <input type="checkbox"/> Exame de Contatos <input type="checkbox"/> Outros Modos <input type="checkbox"/> Ignorado
Data do Início do Tratamento	____/____/____
Esquema Terapêutico	<input type="checkbox"/> PQT/PB/ 6 doses <input type="checkbox"/> PQT/MB/ 12 doses
Nº de Nervos Afetados	
Principais nervos afetados	<input type="checkbox"/> Ulnar <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Fibular <input type="checkbox"/> Tibial posterior <input type="checkbox"/> Outros
Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Grau Zero <input type="checkbox"/> Grau I <input type="checkbox"/> Grau II <input type="checkbox"/> Não Avaliado
Grau de Incapacidade Física na Última avaliação	<input type="checkbox"/> Grau Zero <input type="checkbox"/> Grau I <input type="checkbox"/> Grau II <input type="checkbox"/> Não Avaliado

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do Projeto: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E ADEÇÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO POR PACIENTES COM HANSENÍASE EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE BOA VISTA-RR

Pesquisadora Responsável: Fernanda Zambonin

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa de mestrado sobre adesão ao tratamento medicamentoso na hanseníase. Dessa forma, este projeto tem como objetivo avaliar os principais fatores que podem interferir na adesão ao tratamento medicamentoso da hanseníase.

Para tanto, será necessário realizar os seguintes procedimentos:

1º) Primeiramente, será realizada a aplicação de um questionário com algumas perguntas sobre os seus dados pessoais e sociais, como sexo, idade, grau de escolaridade, local de moradia, entre outros. Além disso, será aplicado um teste, contendo quatro (04) questões, para conhecer o seu grau de adesão ao tratamento;

2º) Para a segunda fase da pesquisa, será necessária a coleta de informações no seu prontuário para conhecer as principais características da hanseníase e o seu tratamento medicamentoso.

Os **riscos** relacionados ao desenvolvimento da pesquisa estão relacionados à invasão de privacidade, reflexões internas sobre os questionamentos da pesquisa, tomada de tempo para responder a entrevista, bem como o risco de divulgação das informações dos participantes contidas nas fichas de notificação e prontuários. Porém, a pesquisadora garante o sigilo e a confidencialidade das informações prestadas/obtidas em todas as fases da pesquisa. Quanto aos **benefícios**, o principal será contribuir para a melhor compreensão dos fatores que interferem na adesão ao tratamento medicamentoso da hanseníase, visando propor intervenções e estratégias para facilitar o tratamento e a cura, bem como melhorar a qualidade de vida durante e após o tratamento da doença.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, você tem o direito de:

1. receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.
4. procurar esclarecimentos com a pesquisadora Fernanda Zambonin, por meio do número de telefone (95) 3623-5236 ou no Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PROCISA) da Universidade Federal de Roraima, situado no endereço Av. Ene Garcez, 2413 - Campus Paricarana, Bairro Aeroporto - Boa Vista – RR, CEP: 69.304-000 em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Eu, _____, declaro estar ciente do anteriormente exposto e concordo voluntariamente em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas e a outra com a pesquisadora.

Boa Vista-RR, ____ de _____ de 2018.

Assinatura do participante da pesquisa

Eu, _____, declaro que forneci todas as informações referentes à pesquisa ao participante, de forma apropriada e voluntária.

Boa Vista-RR, ____ de _____ de _____ .

Fernanda Zambonin
Mestranda em Ciências da Saúde/PROCISA/UFRR

Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PROCISA/UFRR), Tel.: (95) 3623-5236. Endereço eletrônico: fezambonin30@gmail.com. Endereço: Av. Ene Garcez, 2413 - Campus Paricarana, Bairro Aeroporto - Boa Vista – RR, CEP: 69.304-000. **Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Roraima (CEP/UFRR).** Telefone: (95) 3621-3112. Endereço: Av. Ene Garcez, 2413 - Campus Paricarana, Bairro Aeroporto - Boa Vista – RR, CEP: 69.304-000, Bloco da PRPPG, prédio ao lado da Reitoria da UFRR.

APÊNDICE D - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO POR PACIENTES COM HANSENÍASE EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE BOA VISTA-RR, coordenada pela pesquisadora Fernanda Zambonin, telefone (95) 99127-4305. Seus pais ou responsáveis permitiram que você participasse.

Nesta pesquisa pretendemos conhecer os principais fatores que podem interferir na adesão ao tratamento medicamentoso da hanseníase. Você só precisa participar da pesquisa se quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir.

A pesquisa será feita na Clínica Especializada Coronel Mota, onde você irá informar alguns dados pessoais e responder a um teste para conhecer a sua adesão ao tratamento medicamentoso. Para isso, será usada entrevista e esta é considerada segura. Os **riscos** do desenvolvimento desta pesquisa estão relacionados à invasão de privacidade, reflexões internas sobre os questionamentos da pesquisa, tomada de tempo para responder a entrevista, bem como o risco de divulgação das informações dos participantes contidas nas fichas de notificação e prontuários. Porém, a pesquisadora garante o sigilo e a confidencialidade das informações prestadas/obtidas em todas as fases da pesquisa. Quanto aos **benefícios**, o principal será contribuir para a melhor compreensão dos fatores que interferem na adesão ao tratamento medicamentoso da hanseníase, visando propor intervenções e estratégias para facilitar o tratamento e a cura, bem como melhorar a qualidade de vida durante e após o tratamento da doença. Ninguém saberá que você está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados em revistas científicas, mas sem identificar as crianças, adolescentes ou adultos que participarem.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu _____ aceito participar da pesquisa Perfil clínico-epidemiológico e adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes com hanseníase em um centro de referência de Boa Vista-RR

Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer.

Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que ninguém vai ficar com raiva de mim.

Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis.

Recebi uma cópia deste termo de assentimento, li e concordo em participar da pesquisa.

Boa Vista - Roraima, ____ de _____ de _____.

Assinatura do menor

Fernanda Zambonin
Mestranda em Ciências da Saúde/PROCISA/UFRR

Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PROCISA/UFRR), Tel.: (95) 3623-5236. Endereço eletrônico: fezambonin30@gmail.com. Endereço: Av. Ene Garcez, 2413 - Campus Paricarana, Bairro Aeroporto - Boa Vista – RR, CEP: 69.304-000. **Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Roraima (CEP/UFRR).** Telefone: (95) 3621-3112. Endereço: Av. Ene Garcez, 2413 - Campus Paricarana, Bairro Aeroporto - Boa Vista – RR, CEP: 69.304-000, Bloco da PRPPG, prédio ao lado da Reitoria da UFRR.

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS RESPONSÁVEIS

O menor de idade pelo qual o(a) senhor(a) é responsável está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO POR PACIENTES COM HANSENÍASE EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE BOA VISTA-RR”.

O objetivo deste estudo consiste em avaliar os principais fatores que podem interferir na adesão ao tratamento medicamentoso da hanseníase.

Caso você autorize, o menor irá participar como voluntário da pesquisa. A participação dele(a) não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir da participação. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com a pesquisadora.

Tudo foi planejado para minimizar os riscos da participação dele(a), porém a pesquisa pode ter como **riscos** a invasão de privacidade, reflexões sobre os questionamentos da pesquisa, tomada de tempo para responder a entrevista, bem como o risco de divulgação das informações dos participantes contidas nas fichas de notificação e prontuário. Porém, é assegurado ao participante o sigilo e a confidencialidade das informações prestadas em todas as fases da pesquisa e, caso houver interesse, o(a) senhor(a) poderá interromper a participação do menor.

O(A) senhor(a) e o menor de idade pelo qual é responsável não receberão remuneração pela participação. A participação dele(a) poderá ter como **benefícios** a melhor compreensão dos fatores que interferem na adesão ao tratamento medicamentoso da hanseníase, visando dar propor intervenções e estratégias para facilitar o tratamento e a cura, bem como melhorar a qualidade de vida durante e após a terapêutica. As suas respostas não serão divulgadas de forma resguardar o sigilo dos dados fornecidos. Além disso, o(a) senhor(a) está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, você tem o direito de:

5. Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
6. Retirar o consentimento da participação do menor a qualquer momento;
7. Procurar esclarecimentos com a pesquisadora Fernanda Zambonin, por meio do número de telefone (95) 3623-5236 ou no Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PROCISA) da Universidade Federal de Roraima, situado no endereço Av. Ene Garcez, 2413 - Campus Paricarana, Bairro Aeroporto - Boa Vista – RR, CEP: 69.304-000 em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Eu, _____, responsável pelo menor de idade _____, autorizo e concordo com a sua participação voluntária nesta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas e a outra com a pesquisadora.

Boa Vista-RR, ____ de _____ de 2018.

Fernanda Zambonin
Mestranda em Ciências da Saúde/PROCISA/UFRR

Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PROCISA/UFRR), Tel.: (95) 3623-5236. Endereço eletrônico: fezambonin30@gmail.com. Endereço: Av. Ene Garcez, 2413 - Campus Paricarana, Bairro Aeroporto - Boa Vista – RR, CEP: 69.304-000. **Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Roraima (CEP/UFRR).** Telefone: (95) 3621-3112. Endereço: Av. Ene Garcez, 2413 - Campus Paricarana, Bairro Aeroporto - Boa Vista – RR, CEP: 69.304-000, Bloco da PRPPG, prédio ao lado da Reitoria da UFRR.

APÊNDICE F - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

Eu, Fernanda Zambonin, aluna do curso de Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima, no âmbito do projeto de pesquisa intitulado “PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO POR PACIENTES COM HANSENÍASE EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE BOA VISTA-RR”, comprometo-me com a utilização dos dados contidos nos prontuários dos pacientes da Clínica Especializada Coronel Mota incluídos na pesquisa, a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos prontuários, bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Esclareço que os dados a serem coletados se referem a pesquisa de mestrado com o objetivo de conhecer o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos na CECM, bem como avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso da hanseníase, no período de agosto de 2018 a dezembro de 2018.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações serão submetidas a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Roraima.

Boa Vista, Roraima.

Fernanda Zambonin
Mestranda em Ciências da Saúde/PROCISA/UFRR

APÊNDICE G - FICHA DE CONTROLE DA ADMINISTRAÇÃO DA DOSE SUPERVISIONADA

FICHA DE CONTROLE DA ADMINISTRAÇÃO DA DOSE SUPERVISIONADA HANSENÍASE

NOME DO PACIENTE:													
ESQUEMA TERAPÊUTICO							DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO:						
<input type="checkbox"/> PQT/PB/6 Doses <input type="checkbox"/> PQT/MB/12 Doses <input type="checkbox"/> Esquemas alternativos							____/____/____ <hr/> PREVISÃO PARA O TÉRMINO DO TRATAMENTO: ____/____/____						
DOSE	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Profissional responsável
1ª Dose ____/____/____													
2ª Dose ____/____/____													
3ª Dose ____/____/____													
4ª Dose ____/____/____													
5ª Dose ____/____/____													
6ª Dose ____/____/____													
9ª Dose ____/____/____													
10ª Dose ____/____/____													
11ª Dose ____/____/____													
12ª Dose ____/____/____													
13ª Dose ____/____/____													
14ª Dose ____/____/____													
15ª Dose ____/____/____													
16ª Dose ____/____/____													
17ª Dose ____/____/____													
18ª Dose ____/____/____													
SITUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Alta ____/____/____ <input type="checkbox"/> Indicação de outro ciclo de tratamento Observações: _____ _____													

ANEXOS

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora Fernanda Zambonin discente do curso de Pós-Graduação em Ciência da Saúde da Universidade Federal de Roraima, a desenvolver o seu projeto de pesquisa “PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E ADEÇÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO POR PACIENTES COM HANSENÍASE EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE BOA VISTA-RR”, que está sob a orientação da Prof. Dra. Jackeline da Costa Maciel, cujo objetivo é avaliar o grau de adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com diagnóstico de hanseníase atendidos em um centro de referência de Boa Vista – RR, no Programa de Hanseníase da Clínica Especializada Coronel Mota.

A pesquisadora ressalta que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), que trata da pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão mantidos em um banco de dados de pesquisa, com acesso restrito, para utilização dessa pesquisa e, por ventura, de pesquisas futuras. Além disso, a pesquisadora põe-se à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários.

A pesquisadora também tem ciência que a coleta de dados somente iniciar-se-á mediante ao Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

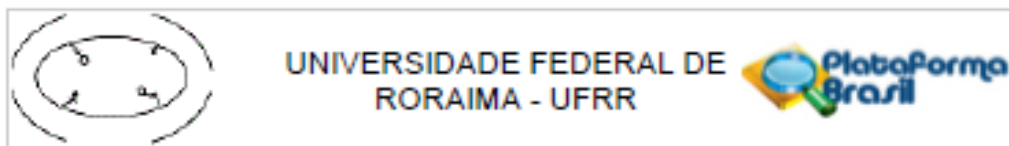
Boa Vista - Roraima, em 06 / julho / 2018.



Ellen Cristina Aragão

Diretora Geral da Clínica Especializada Coronel Mota

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E ADEÇÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO POR PACIENTES COM HANSEÍASE EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE BOA VISTA-RR

Pesquisador: Fernanda Zambonin

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 96460818.5.0000.5302

Instituição Proponente: Universidade Federal de Roraima - UFR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.991.601

Apresentação do Projeto:

Protocolo de Pesquisa(versão 2)retorna para sanar pendências (1-6)solicitadas na versão 1.

O estudo irá avaliar o grau de adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com diagnóstico de hanseníase atendidos em um centro de referência de Boa Vista – RR (Clínica Especializada Coronel Mota - CECM). Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, de corte transversal, do tipo descritivoexploratória. A população consistirá em todos os pacientes que fazem acompanhamento contínuo para o tratamento de hanseníase durante o período de agosto a dezembro de 2018 (n=60). Os dados serão coletados através de duas etapas: na primeira será feita entrevista com os pacientes: As variáveis a serem coletadas (dados socioeconômicos): sexo, data de nascimento ou idade, ocupação, raça/cor/etnia, grau de escolaridade, renda familiar, município, bairro ou zona de residência, além de uma um teste, contendo quatro (04) questões (Teste de Morisky-Green - 1986), para conhecer o seu grau de adesão ao tratamento; A segunda etapa realizar-se-á através de dados secundários disponíveis nos prontuários e nas fichas de notificação compulsória e formulário para Avaliação Neurológica Simplificada preconizado pelo Ministério da Saúde: As variáveis a serem coletadas(especificidades clínicas da hanseníase): número de contatos, número de lesões cutâneas, forma clínica, classificação operacional, número de nervos afetados, principais nervos afetados, modo de

Endereço: Av. Cep. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Bairro: Aeroporto **CEP:** 69.310-000
UF: RR **Município:** BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** coep@ufr.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



Continuação do Parecer: 2.991.601

entrada, modo de detecção, esquema terapêutico, grau de incapacidade no diagnóstico e no último teste realizado na unidade,

aparecimentos de reações hansênicas e o tratamento instituído.

- Critério de Inclusão: Pacientes notificados e com diagnóstico confirmado de hanseníase, independente do local de notificação; e que fazem acompanhamento contínuo para tratamento na Clínica Especializada Coronel Mota entre agosto a dezembro de 2018.

- Critério de Exclusão: Casos suspeitos, casos confirmados acompanhados em outras unidades ou fora do período de estudo; pacientes indígenas e estrangeiros; e aqueles que não comparecem a nenhuma consulta durante o período da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o grau de adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com diagnóstico de hanseníase atendidos em um centro de referência de Boa Vista – RR.

Objetivo Secundário:

Descrever as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes com hanseníase; Verificar o grau de incapacidade física dos portadores de hanseníase; Avaliar a adesão ao tratamento farmacológico através do teste padronizado de Morisky e Green (1986); Correlacionar os fatores socioeconômicos, clínicos e grau de incapacidade física com a adesão ao tratamento medicamentoso.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios não foram alterados.

Riscos: A pesquisa envolve risco de invasão de privacidade, reflexões internas sobre os questionamentos da pesquisa, tomada de tempo para responder a entrevista, bem como o risco de divulgação das informações dos participantes contidas nas fichas de notificação e prontuário. Porém, é assegurado ao participante o sigilo e a confidencialidade das informações prestadas em todas as fases da pesquisa.

Benefícios: A presente pesquisa auxiliará na compreensão dos principais influenciadores da adesão ao tratamento farmacoterapêutico na hanseníase, contribuindo diretamente para criar estratégias com foco na melhoria das taxas de cura, controlar a cadeia de transmissão dos bacilos dessa doença infectocontagiosa, minimizar o risco de resistência à poliquimioterapia, diminuir o aparecimento de sequelas incapacitantes que interferem nas atividades de vida diária, contribuindo, assim, para melhoria da qualidade de vida dos portadores de hanseníase.

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Bairro: Aeroporto CEP: 69.310-000
UF: RR Município: BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 Fax: (95)3621-3112 E-mail: coep@ufr.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



Continuação do Parecer: 2.991.001

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa aborda uma temática relevante em saúde pública, podendo contribuir para o melhor entendimento sobre a adesão ao tratamento farmacoterapêutico na hanseníase.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram anexados.

Recomendações:

Vide conclusões ou pendências e lista de inadequações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências 1-6 foram corrigidas pelo Pesquisador, conforme consta na Carta de Pendências anexada:

1. Incluir as mesmas informações sobre os procedimentos metodológicos de coleta de dados descritos no texto do TCLE; para o texto do TCLE Responsável e TALE.

Resposta 1: As informações quanto aos procedimentos de coleta de dados foram padronizadas nos três documentos.

2. Utilizar o termo "via " ao invés de "cópia" no texto do TALE.

Resposta 2: Substituiu-se a nomenclatura cópia por via.

3. Deixar claro a informação de que o participante da Pesquisa tem a plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores.

Resposta 3: Esclareceu-se nos três documentos.

4. Utilizar termo "Participante de pesquisa" ao invés de " menor" no campo de assinatura do TALE.

Resposta 4: O termo "Menor" foi substituído por Participante da Pesquisa.

5. Utilizar o termo "Pesquisador Responsável" ao invés de "Mestranda" no campo de assinatura dos termos.

Resposta 5: O termo "Mestranda" foi substituído por Pesquisador Responsável nos três termos.

6. Padronizar a data de início da coleta de dados no cronograma de execução.

Resposta 6: foi padronizado para iniciar em novembro de 2018 e com previsão para finalizar em março de 2019.

Diante do exposto, recomenda-se a aprovação do protocolo de Pesquisa "PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO POR PACIENTES COM HANSENÍASE

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricorana, Bloco PRPPGAUFRR, Sala CEP/UFRR.
Balneio: Aeroporto CEP: 69.910-000
UF: RR Município: BOA VISTA
Telefone: (06)3621-3112 Fax: (06)3621-3112 E-mail: coep@ufrr.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



Continuação do Parecer: 2.991.601

EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE BOA VISTA-RR*.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1171750.pdf	13/09/2018 15:40:02		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	13/09/2018 15:39:18	Femanda Zambonin	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_2881229.pdf	13/09/2018 11:45:15	Femanda Zambonin	Aceito
Outros	Carta.pdf	12/09/2018 23:55:17	Femanda Zambonin	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_assentimento.pdf	12/09/2018 13:02:44	Femanda Zambonin	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_responsaveis.pdf	12/09/2018 13:02:25	Femanda Zambonin	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento.pdf	12/09/2018 12:56:43	Femanda Zambonin	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia.pdf	10/07/2018 15:27:56	Femanda Zambonin	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Femanda.pdf	10/07/2018 15:16:12	Femanda Zambonin	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
 Bairro: Aeroporto CEP: 69.310-000
 UF: RR Município: BOA VISTA
 Telefone: (95)3821-3112 Fax: (95)3821-3112 E-mail: cosp@ufr.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



Continuação do Processo: 2.991.601

BOA VISTA, 30 de Outubro de 2018

Assinado por:
Blanca Jorge Sequelra
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Cap. Ene Garcia, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Bairro: Aeroporto CEP: 69.310-000
UF: RR Município: BOA VISTA
Telefone: (95)9821-3112 Fax: (95)9821-3112 E-mail: coep@ufr.br