







# DESCRIÇÃO DO SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DE PACIENTES COM HANSENÍASE EM MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO DO ESTADO DE MATO GROSSO

## PHARMACOTHERAPY FOLLOW-UP OF PATIENTS WITH LEPROSY IN A HYPERENDEMIC CITY IN THE STATE OF MATO GROSSO

Elaine Menezes Rossi<sup>1</sup> , Leonardo José Araújo de Campos<sup>1</sup> ,  
Andréia Maciel Rodrigues Campelo<sup>2</sup> , Camila Beatriz Alves da Rocha<sup>3</sup> ,  
Débora Aparecida da Silva Santos<sup>4</sup> , Letícia Silveira Goulart<sup>4</sup> 

### RESUMO

**Introdução:** A hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa e considerada um problema de saúde pública no Brasil. O objetivo deste estudo foi descrever o seguimento farmacoterapêutico de pacientes com diagnóstico de hanseníase.

**Métodos:** Estudo descritivo, com pacientes com hanseníase multibacilar do município de Rondonópolis, Mato Grosso. O seguimento farmacoterapêutico foi realizado a partir de uma versão adaptada do Método Dáder. Para análise de dados aplicou-se a estatística descritiva e o teste Qui-quadrado de Pearson.

**Resultados:** Uma frequência de 95,6% dos participantes apresentou problemas relacionados aos medicamentos, 59,1% apresentaram 3 ou mais problemas, os mais frequentes foram administração errada do medicamento e interação medicamento/nutriente. A inefetividade não quantitativa foi o resultado negativo associado ao medicamento mais evidenciado. Os indivíduos acompanhados em um serviço especializado apresentaram menor número de problemas relacionados aos medicamentos quando comparados àqueles da Estratégia Saúde da Família ( $p = 0,027$ ).

**Conclusão:** A maioria dos pacientes acompanhados apresentou problemas relacionados ao uso de medicamentos. O método Dáder possibilitou realizar o seguimento farmacoterapêutico de indivíduos com hanseníase.

**Palavras-chave:** *Hanseníase; Tratamento farmacológico; Assistência à saúde.*

### ABSTRACT

**Introduction:** Leprosy is a chronic, infectious, and contagious disease considered a public health problem in Brazil. The objective of this study was to describe the pharmacotherapy follow-up of patients diagnosed with leprosy.

**Methods:** We conducted a descriptive study of patients with multibacillary leprosy in the city of Rondonópolis, state of Mato Grosso, Brazil. Pharmacotherapy follow-up was conducted based on an adapted version of the Dáder method. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's chi-square test.

**Results:** Drug-related problems (DRP) were reported in 95.6% of patients, among whom 59.1% had 3 or more problems DRPs. The most common DRPs were incorrect drug administration and drug-nutrient interaction. Nonquantitative ineffectiveness was the most common drug-related negative outcome. Patients monitored in a leprosy treatment center had fewer DRPs than those monitored by a Family Health Strategy team ( $p = 0.027$ ).

**Conclusion:** Most patients had DRPs. The Dáder method allowed pharmacotherapy follow-up of patients with leprosy.

**Keywords:** *Leprosy; Drug therapy; Delivery of health care.*

*Clin Biomed Res.* 2022;42(2):121-127

1 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, MT, Brasil.

2 Prefeitura Municipal de Campo Grande. Campo Grande, MS, Brasil.

3 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, MT, Brasil.

4 Curso de Enfermagem, Instituto de Ciências Exatas e Naturais, Universidade Federal de Rondonópolis. Rondonópolis, MT, Brasil.

**Autor correspondente:**

Letícia Silveira Goulart  
lgoulart77@yahoo.com.br  
Instituto de Ciências Exatas e Naturais, Universidade Federal de Rondonópolis  
Avenida dos Estudantes, 5055  
78736-900, Rondonópolis, MT, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa, cujo agente etiológico é o *Mycobacterium leprae*. Para fins operacionais de tratamento, os doentes são classificados em paucibacilares – presença de até cinco lesões de pele e tratamento por 6 meses – ou multibacilares – presença de seis ou mais lesões de pele e tratamento por 12 meses. Trata-se de uma doença que pode atingir indivíduos inseridos em qualquer classe social, no entanto, sua incidência é maior nos segmentos mais empobrecidos da população, devido às condições socioeconômicas desfavoráveis, e conseqüentemente, condições precárias de vida e saúde, facilitando a contaminação e propagação do bacilo causador da doença<sup>1-4</sup>.

O Brasil está em segundo lugar no mundo em número de casos absolutos da doença, sendo que o estado de Mato Grosso (MT) possui as maiores taxas de prevalência e incidência no país. A taxa média de detecção de casos novos de hanseníase no estado, nos anos de 2012 a 2016 correspondeu a 88,9/100.000 habitantes. Neste mesmo período, o município de Rondonópolis, localizado na região sul do estado de Mato Grosso, apresentou uma taxa de 58,9/100.00 habitantes, caracterizando-o como hiperendêmico e reforçando a necessidade de ações de saúde para o controle da doença<sup>3,5</sup>.

O tratamento do paciente com hanseníase tem como objetivos a cura, a eliminação da fonte de infecção e, portanto, interromper a cadeia de transmissão da doença. A estratégia de tratamento estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e preconizada pelo Ministério da Saúde (MS) é baseada na Poliquimioterapia (PQT), ou seja, associação do bactericida Rifampicina e dos bacteriostáticos Dapsona e Clofazimina, e quando necessário, deve-se associar corticoide (prednisona) ou talidomida para o tratamento dos surtos reacionais. O tratamento é ambulatorial e a alta somente deve ser concedida segundo os critérios de regularidade ao tratamento, respeitando o número de doses e tempo, de acordo com o esquema administrado<sup>2,6</sup>.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os pacientes diagnosticados com hanseníase têm direito a tratamento gratuito com a PQT, disponível em qualquer unidade de saúde, sendo que para o enfrentamento deste agravo, o MS estabeleceu ações voltadas para a sua eliminação através do Programa de Controle da Hanseníase (PCH), presente na Atenção Primária à Saúde (APS), por meio das Equipes de Estratégia de Saúde da Família. Na presença de intercorrências clínicas, reações adversas ao tratamento, reações hansênicas, necessidade de reabilitação, dentre outras, o paciente deve ser encaminhado para os serviços de referência<sup>6,7</sup>.

Em virtude da situação epidemiológica nacional da hanseníase, duração, especificidade e importância do

tratamento, torna-se necessário o comprometimento do paciente e da equipe de saúde com a terapêutica medicamentosa, visando o sucesso clínico e controle da doença. De acordo com a OMS o farmacêutico representa o profissional com melhor capacitação para conduzir as ações destinadas à melhoria do acesso e promoção do uso racional dos medicamentos, pois trata-se de um profissional apto a resolver problemas relacionados à farmacoterapia e dessa forma garantir sua máxima efetividade e segurança, colaborando para a eficácia terapêutica<sup>8,9</sup>.

Nesse sentido, o Seguimento Farmacoterapêutico (SF) consiste em uma ferramenta para monitorização e avaliação continuada da farmacoterapia. Trata-se de um ato planejado, documentado e realizado junto ao usuário, que envolve as concepções dos seus sujeitos, respeitando as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações em saúde. A realização do mesmo possibilita avaliar e guiar os pacientes com hanseníase, sanando suas dúvidas sobre os medicamentos, efeitos colaterais e, portanto, diminuindo as possíveis chances de implicações desfavoráveis e toxicidade<sup>10,11</sup>.

Há várias metodologias para realização do SF, dentre essas, destaca-se o Método Dáder, desenvolvido pelo *Grupo de Investigación Farmacéutica de la Universidad de Granada* que propõe como parte do seu procedimento a concepção de um plano de atuação com o doente, promovendo a continuidade do SF no tempo<sup>11</sup>. O desenvolvimento do SF integrado à práticas do cuidado multidisciplinar pode contribuir decisivamente com a melhoria da adesão ao tratamento e a otimização dos benefícios da farmacoterapia nos pacientes em acompanhamento de hanseníase<sup>10-12</sup>. Neste contexto, o presente estudo objetivou descrever o seguimento farmacoterapêutico de pacientes com diagnóstico de hanseníase multibacilar em município hiperendêmico do estado de Mato Grosso.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizado no município de Rondonópolis. Foram incluídos no estudo todos os indivíduos com diagnóstico de hanseníase multibacilar, moradores da zona urbana, que estivessem em tratamento há no máximo seis meses. Este critério foi definido a fim de garantir uma maior efetividade do seguimento farmacoterapêutico. Foram excluídos aqueles que recusaram participar da pesquisa e os que não foram encontrados em sua residência após três tentativas em dias e horários diferentes.

Para caracterização sociodemográfica da população estudada, aplicou-se um questionário estruturado, previamente validado em teste piloto, abordando questões relativas ao sexo, idade, raça/cor autorreferida, escolaridade, renda familiar, estado

civil, número de contatos intradomiciliares, local de acompanhamento e comorbidades.

O SF foi baseado em uma versão adaptada do Método Dáder<sup>11</sup>, compreendendo as seguintes etapas:

- 1ª etapa – oferta do serviço. No primeiro contato com os pacientes, foram explicados os objetivos e a finalidade do SF, caso concordassem, agendava-se a primeira entrevista para aplicação do Método Dáder;
- 2ª etapa – primeira entrevista. Neste encontro, aplicou-se o questionário estruturado sociodemográfico e foram coletadas informações relativas à dados clínicos e uso de medicamentos. Os pacientes apresentaram os medicamentos utilizados e os laudos de exames laboratoriais realizados nos últimos seis meses. Os pacientes foram questionados sobre local de armazenamento de medicamentos, forma de consumo, etc. As entrevistas duravam aproximadamente uma hora;
- 3ª etapa – avaliação da farmacoterapia, que corresponde a fase de estudos. A partir dos dados obtidos na primeira entrevista, avaliou-se a farmacoterapia do paciente e seu estado geral de saúde. Nessa etapa foram realizadas pesquisas de informações em bases científicas, bem como consulta aos protocolos do MS, para obtenção de informações objetivas e planejamento das ações posteriores;
- 4ª etapa – identificação de Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRMs) e Resultados Negativos Associados aos Medicamentos (RNMs) que os participantes apresentaram ou viessem apresentar durante a pesquisa, afim de elaborar e executar intervenções farmacêuticas para a resolução dos mesmos;
- 5ª etapa – fase de intervenção/segunda entrevista. Elaborou-se o plano de intervenção em conjunto com o paciente, no qual foi exposto o plano de atuação e intervenções necessárias para melhoria do seu estado de saúde e farmacoterapia;
- 6ª etapa –acompanhamento das intervenções/terceira entrevista. Avaliou-se a adesão dos pacientes às intervenções propostas.

Utilizou-se as classificações sobre PRMs e RNMs de acordo com o proposto no Terceiro Consenso de Granada, que define os PRMs como situações que causam ou podem causar o aparecimento de um resultado negativo associado ao uso dos medicamentos, tais como, administração errada do medicamento, conservação inadequada, interações, não adesão, entre outros<sup>11</sup>. O PRM não adesão foi identificado através do método de Morisky, Green e Levine<sup>13</sup>. O método utiliza quatro perguntas dicotômicas: 1ª) “O(A) senhor(a), às vezes, esquece

de tomar seus remédios?”; 2ª) “O(A) senhor(a), às vezes, se descuida quanto ao horário de tomar seus remédios?”; 3ª) “Quando o(a) senhor(a) se sente bem, às vezes deixa de tomar seus remédios?”; 4ª) “Quando o(a) senhor(a) se sente mal com seus remédios, às vezes deixa de tomá-los?” Conforme o método, foram considerados aderentes os pacientes com respostas negativas nas quatro perguntas.

Os RNMs, são alterações não desejadas no estado de saúde do doente, atribuíveis ao uso (ou desuso) dos medicamentos. Para a detecção de RNM são avaliados critérios de necessidade, efetividade e segurança no uso de medicamentos, podendo estes ser quantificáveis ou não. Referente à necessidade, avaliou-se se o doente tinha um problema de saúde por não utilizar a medicação que necessita ou por utilizar um medicamento que não necessita. Em relação à efetividade, se o doente tinha um problema de saúde por uma inefetividade não quantitativa ou quantitativa da medicação. Quanto à segurança, se o doente tinha um problema de saúde por uma insegurança não quantitativa ou quantitativa de um medicamento<sup>11</sup>.

Os demais medicamentos utilizados pelos participantes além da PQT foram listados e organizados de acordo com a classificação *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC), elaborada pela *Nordic Council on Medicines* e recomendada pela *Drug Utilization Research Group* (DURG) da OMS para estudos de utilização de medicamentos<sup>14</sup>.

Os dados foram transcritos no programa Microsoft Office Excel 2016 e analisados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS for Windows, versão 20.0). As variáveis estudadas foram: idade, cor autorreferida, escolaridade, renda familiar, estado civil, número de contatos intradomiciliares, local de acompanhamento, comorbidades, PRMs e RNMs. Aplicou-se a estatística descritiva e o teste Qui-quadrado de Pearson com nível de significância de 5%.

Os indivíduos que aceitaram participar deste estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e para os menores de 18 anos a coleta de dados e intervenções foram executadas com a autorização e participação do responsável, sendo que o mesmo assinou o Termo de Assentimento, seguindo os preceitos éticos em pesquisa de acordo com a Resolução 466/2012<sup>15</sup>. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso, nº 3.036.673.

## RESULTADOS

Dos 42 indivíduos que se enquadravam nos critérios da pesquisa, 5 recusaram-se a participar e 14 não foram localizados, totalizando 23 pacientes com hanseníase. Dentre os participantes, 4 estavam em tratamento há seis meses, 2 há cinco, 4 há quatro, 7 há três, 3 há dois e 3 haviam iniciado o tratamento há um mês.

A idade dos participantes da pesquisa variou de 8 a 75 anos (média = 49,5 anos, mediana = 50,0 e desvio padrão  $\pm 16,3$ ), sendo que a maioria possuía entre 40 a 59 anos (65,3%). Na Tabela 1 observa-se a distribuição dos indivíduos segundo as variáveis estudadas. Dos 23 pacientes estudados, 69,5% eram do sexo masculino, 78,3% auto declararam ser da cor parda, 65,2% informaram possuir até 4 anos de estudo, 60,8% possuíam uma renda familiar de 2 salários mínimos ou mais e 69,5% possuir cônjuge e 73,9% apresentaram até 3 contatos intradomiciliares. Uma frequência de 43,5% possuíam comorbidades, sendo as mais frequentes as doenças cardiovasculares (30,3%) e as metabólicas (17,3%).

**Tabela 1:** Perfil dos pacientes com hanseníase que realizaram o seguimento farmacoterapêutico. Rondonópolis, MT. 2019 (n = 23).

Variável	Total	
	n	%
<b>Idade (anos)</b>		
≤ 15	1	4,3
16 a 39	2	8,7
40 a 59	15	65,3
≥ 60	5	21,7
<b>Cor autorreferida</b>		
Branca	3	13,0
Parda	18	78,3
Preta	2	8,7
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>		
até 4	15	65,2
5 a 11	8	34,8
<b>Renda familiar</b>		
Até 1 salário mínimo	9	39,2
≤ 2 salários mínimos	14	60,8
<b>Estado civil</b>		
Sem cônjuge	7	30,5
Com cônjuge	16	69,5
<b>Contatos intradomiciliares</b>		
Até 3	17	73,9
4 ou mais	6	26,1
<b>Local de acompanhamento</b>		
ESF	12	52,2
SAE	11	47,8
<b>Comorbidades</b>		
Sim	10	43,5
Não	13	56,5

ESF: Estratégia Saúde da Família; SAE: Serviço de Atendimento Especializado

Fonte: Elaborada pelos autores, 2019.

Quanto ao local de acompanhamento, 52,2% realizaram o acompanhamento na Estratégia Saúde da Família (ESF). A retirada dos medicamentos que compõe a PQT ocorre de forma mensal, possibilitando que os pacientes sejam acompanhados mensalmente por enfermeira ou médico na Unidade Básica de

Saúde. No entanto, o acompanhamento pode ocorrer no Serviço de Atendimento Especializado, conforme necessidade do paciente e decisão médica.

Para o seguimento farmacoterapêutico de toda a população estudada foram realizadas 69 visitas domiciliares. Um total de 22 (95,6%) indivíduos apresentaram PRMs, destes, 9 (40,9%) apresentaram de 1 a 2 PRMs e 13 (59,1%) 3 ou mais PRMs. Neste estudo, foram identificados 62 PRMs, sendo administração errada do medicamento (33,8%), interação medicamento/nutriente (33,8%) e não adesão (16,1%) os mais evidenciados.

A análise do número de PRMs de acordo com as variáveis estudadas, indicou uma diferença estatística significativa apenas para a variável local de acompanhamento ( $p = 0,027$ ), sendo que 81,8% dos indivíduos atendidos na ESF e 36,4% daqueles acompanhados em um Serviço de Atendimento Especializado apresentaram 3 PRMs ou mais (Tabela 2).

**Tabela 2:** Distribuição das variáveis estudadas de acordo com o número de PRMs. Rondonópolis, MT. 2019 (n = 22).

Variável	1 a 2 PRMs		3 ou mais PRMs		Valor de p*
	N	%	n	%	
<b>Sexo</b>					
Masculino	8	53,4	7	46,6	0,083
Feminino	1	14,3	6	85,7	
<b>Idade (anos)</b>					
≤ 15	0	0	1	100	0,169
16 a 39	1	50,0	1	50,0	
40 a 59	6	42,9	8	57,1	
≥ 60	2	40,0	3	60,0	
<b>Cor autorreferida</b>					
Branca	0	0	3	100	0,106
Parda	9	52,9	8	47,1	
Preta	0	0	2	100	
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>					
até 4	6	40,0	9	60,0	0,899
5 a 11	3	42,9	4	57,1	
<b>Renda familiar</b>					
Até 1 salário mínimo	3	33,3	6	66,7	0,548
≤ 2 salários mínimos	6	46,2	7	53,8	
<b>Estado civil</b>					
Sem cônjuge	2	28,6	5	71,4	0,421
Com cônjuge	7	46,7	8	53,3	
<b>Contatos intradomiciliares</b>					
Até 3	7	43,8	9	56,2	0,658
4 ou mais	2	33,3	4	66,7	
<b>Local de acompanhamento</b>					
ESF	2	18,2	9	81,8	0,027
SAE	7	63,6	4	36,4	
<b>Comorbidades</b>					
Sim	4	40,0	6	60,0	0,937
Não	5	41,7	7	58,3	

PRMs: Problemas Relacionados a Medicamentos; ESF: Estratégia Saúde da Família; SAE: Serviço de Atendimento Especializado; Qui-quadrado de Pearson\*

Fonte: Elaborada pelos autores, 2019.

Dentre os 22 indivíduos que apresentaram PRMs, encontrou-se ainda 33 RNMs, sendo os mais frequentes a inefetividade não quantitativa (66,6%) e a inefetividade quantitativa (27,3%).

Um total de 18 (78,3%) pacientes com hanseníase utilizava outro tipo de medicamento, além da terapia farmacológica da doença. Os medicamentos mais consumidos foram os agentes que atuam no sistema cardiovascular (30,7%) e preparações hormonais sistêmicas (25,6%) (Tabela 3). A prednisona (20,5%) e losartana (10,2%) foram os fármacos mais consumidos.

**Tabela 3:** Classes medicamentosas utilizadas por pacientes com hanseníase que realizaram o seguimento farmacoterapêutico, segundo a classificação ATC, nível II.

Classe terapêutica	N	%	Total	
			N	%
<b>C – Sistema Cardiovascular</b>			12	30,7
C 03 – Diuréticos	4	10,2		
C 09 – Agentes que agem no sistema renina-angiotensina	5	12,8		
C 10 – Agentes hipolipemiantes	3	7,7		
<b>H – Preparações hormonais sistêmicas</b>			10	25,6
H 02 – Corticoides de uso sistêmico	8	20,5		
H 03 – Terapia para tireóide	2	5,1		
<b>Outros</b>			17	43,7

Fonte: Elaborada pelos autores, 2019.

As intervenções mais executadas foram ajuste no horário de consumir os medicamentos (21,2%), orientações sobre a necessidade de se solicitar ao profissional da saúde hemograma a fim de verificar risco de anemia (21,2%), a importância da realização de exames laboratoriais semestralmente (19,9%), a necessidade da aferição dos níveis glicêmicos (12,1%) e importância da adesão ao tratamento (10,1%). As intervenções foram do tipo verbal farmacêutico-paciente, com 91,3% de aceitação.

Os participantes que aceitaram as intervenções demonstraram boa compreensão e receptividade acerca das orientações propostas. Além das informações relacionadas ao tratamento medicamentoso, os pacientes também foram orientados quanto à patogenia doença, diagnóstico, incapacidades físicas, entre outros.

## DISCUSSÃO

Neste estudo, os pacientes com hanseníase eram em sua maioria homens, entre 49 a 59 anos, de cor parda, apresentando baixa renda e baixa escolaridade, possuíam cônjuge e apresentavam até 3 contatos intradomiciliares. O Boletim Epidemiológico, publicado em 2018, que teve como objetivo descrever

o panorama da hanseníase no Brasil, descreveu predomínio de indivíduos do sexo masculino, que autodeclararam cor parda e com baixo nível de escolaridade, indicando ainda que a doença teve proporção crescente com o aumento da idade<sup>3</sup>.

Em uma pesquisa realizada no estado da Bahia, observou-se maior proporção da hanseníase entre pessoas do gênero masculino, idade entre 30 e 44 anos, de cor parda e analfabetos ou que estudaram até a quarta série incompleta<sup>16</sup>. Em um estudo realizado em Campo dos Goytacazes – RJ, com o objetivo de analisar a determinação social da hanseníase, constatou-se prevalência do sexo masculino, adultos, sem cônjuge e de baixa renda<sup>4</sup>. Conhecer o perfil socioeconômico dessa população consiste em uma ferramenta importante para o enfrentamento e controle da doença.

Os PRMs mais frequentes na população estudada foram administração errada do medicamento e interação medicamento/nutriente. Um programa de SF a pacientes portadores de hanseníase em estado reacional tipo 2, que utilizavam o medicamento talidomida identificou que os PRMs mais frequentes foram problema de saúde insuficientemente tratado e probabilidade de reações adversas a medicamentos<sup>17</sup>. Um SF para pacientes com hanseníase constatou que o PRM mais comum foi o horário de administração dos fármacos<sup>12</sup>. Os PRMs são frequentes, afetam negativamente a qualidade de vida dos pacientes e podem estar relacionados ao próprio medicamento, paciente, prescritor, farmacêutico ou ao sistema de atenção em saúde. A identificação dos PRMs deve ser realizada pela equipe de saúde contribuindo com o sucesso terapêutico<sup>18</sup>.

A análise da prevalência de PRMs indicou que os indivíduos acompanhados em um Serviço Especializado apresentaram menor número de PRMs, com significância estatística, quando comparados aqueles atendidos na ESF. O serviço de referência tem como principal objetivo oferecer atenção integral ao paciente com hanseníase, afim de tratar suas complicações ou sequelas, tendo em vista o uso de tecnologias diferenciadas. Este serviço dispõe de equipe multiprofissional habilitada, que acolhe pacientes com intercorrências clínicas, reações adversas ao tratamento, reações hanseníacas, recidivas e necessidade de reabilitação cirúrgica, além de dúvidas no diagnóstico e na conduta<sup>7</sup>. O cuidado à saúde prestado aos pacientes nesse serviço pode resultar em menor ocorrência de PRMs, tendo em vista que a atenção integral a esses pacientes possibilita melhor compreensão acerca da doença, tratamento e cura.

Cabe ressaltar que a ESF é responsável por dispor do tratamento completo para os pacientes com hanseníase. No ato de comparecimento à unidade de saúde, deve ser realizada consulta médica ou

de enfermagem para o monitoramento clínico e terapêutico, com o objetivo de identificar anormalidades clínicas que requeiram intervenção<sup>7</sup>. Vieira et al.<sup>19</sup> evidenciaram que apesar da Atenção Primária à Saúde ser considerada porta de entrada para o SUS, as estratégias para o controle da hanseníase não são efetivamente realizadas nesse âmbito. É fundamental que a interdisciplinaridade e cuidado integral ocorram em todos os níveis de atenção, adequando-se a complexidade e à realidade de cada um deles, contribuindo assim, com a efetivação do Programa de Controle da Hanseníase<sup>20</sup>.

Em relação aos RNMs, os mais frequentes nos pacientes acompanhados foram inefetividade não quantitativa e inefetividade quantitativa, sendo este último o mais comum no estudo de Silva<sup>12</sup>. Vasconcelos et al.<sup>17</sup> constataram que o RNM mais frequente em indivíduos com hanseníase foi a insegurança não quantitativa ao uso de medicamentos, seguido por resultados negativos associados a problemas de saúde não tratados e problemas de saúde associados à não necessidade<sup>17</sup>. Reis constatou que todos os usuários de talidomida apresentaram algum tipo de RNM, sendo que os mais comuns estavam relacionados à necessidade e segurança<sup>8</sup>.

Nesse estudo encontrou-se 18 (78,3%) pacientes em uso de outro tipo de medicamento, além da PQT, sendo que o medicamento mais citado foi a prednisona, pertencente à classe de preparações hormonais sistêmicas. Um estudo prévio observou que houve predomínio de uso de anti-inflamatórios não esteroides por pacientes com hanseníase, porém, uma parcela significativa também consumiu corticoides<sup>17</sup>. O uso de corticoides justifica-se pela ocorrência de estados reacionais, que são alterações do sistema imunológico que se exteriorizam como manifestações inflamatórias agudas e subagudas, sendo mais frequentes nos pacientes multibacilares. O tratamento pode ser feito com prednisona, podendo ser substituído por dexametasona, para casos específicos e talidomida<sup>6</sup>.

Uma das intervenções mais executadas foi o ajuste no horário de consumir os medicamentos, pois, em muitos casos, o uso dos fármacos em horário inapropriado poderia resultar em interações com outros fármacos e nutrientes, reações adversas, entre outras. Diante disso, fez-se necessário orientá-los

em relação ao uso correto dos medicamentos (dose diária e supervisionada), ingestão dos fármacos preferencialmente, no período da tarde, duas horas após o almoço, de acordo com as Diretrizes do MS<sup>9</sup>.

Outra intervenção frequente nesse SF foi a solicitação de realização de hemograma, para se verificar risco de anemia. A dapsona é responsável pelas reações adversas em grande parte dos pacientes em uso da PQT, sobressaindo a anemia hemolítica e metahemoglobinemia. Santos et al. ao analisarem o perfil de segurança da PQT, verificaram que a anemia foi o efeito adverso mais prevalente<sup>21</sup>. Esta condição pode ser justificada pelo estresse oxidativo, mediado pelo uso da dapsona e a formação de metabólito n-hidroxilado, além de toxicidade dose-dependente, relacionados à anemia hemolítica e metahemoglobinemia, tornando necessária a monitorização terapêutica destes pacientes<sup>22</sup>.

Entre as limitações deste estudo destaca-se a amostra relativamente pequena, em virtude da dificuldade em localizar os indivíduos em suas residências e escassez de estudos relacionados à temática estudada, o que dificultou a comparabilidade dos estudos e denuncia a importância da realização de pesquisas como esta. É importante apontar ainda as limitações relacionadas ao método utilizado. Embora o método Dáder mostre-se eficiente para a realização do seguimento farmacoterapêutico, o mesmo não foi utilizado com o objetivo de avaliar os resultados concernentes ao seguimento, tendo em vista a impossibilidade na mensuração de resultados clínicos, também, o seguimento foi realizado apenas com a participação do profissional farmacêutico, não havendo entendimento de outros profissionais quanto aos PRMs e RNMs. Com relação a escala de adesão terapêutica de Morisky-Green, por se tratar de um método que utiliza o auto relato, pode ter ocorrido subestimação do número de pacientes não aderentes.

O método de Dáder foi útil para a realização do SF de pacientes com hanseníase e possibilitou a identificação de uma alta prevalência de PRMs e RNMs na população estudada. Esse método poderá contribuir com a promoção do uso racional de medicamentos. Pesquisas futuras que visem mensurar as intervenções farmacêuticas devem ser realizadas, a fim de verificar o impacto do SF no sucesso terapêutico e qualidade de vida dos pacientes.

## REFERÊNCIAS

1. Rodrigues RN. *Análise espacial da hanseníase no município de Belo Horizonte e sua relação com o Índice de Vulnerabilidade da Saúde*. Belo Horizonte. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal de Minas Gerais; 2015.
2. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Guia Prático sobre a Hanseníase*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
3. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico: Hanseníase 2018*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.

4. Lopes VAS, Rangel EM. Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular. *Saúde Debate*. 2014;38(103):817-29.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília, DF: DATASUS [acesso em 15 jun 2019]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?hanseníase/hantfmt.def>.
6. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016.
7. Mato Grosso, Secretaria de Estado de Saúde. *Plano estratégico de enfrentamento da hanseníase em Mato Grosso*. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde; 2018.
8. Reis BC. *Seguimento farmacoterapêutico com usuários de talidomida atendidos pelo hospital universitário de Brasília (HUB)*. Ceilândia. Monografia [Graduação em Farmácia] – Universidade de Brasília; 2013.
9. Organización Panamericana de la Salud. El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud: informe de la reunión de la OMS, Tokio, Japón, 31 de agosto al 3 de septiembre de 1993. Buenas Prácticas de Farmácia: Normas de Calidad de los Servicios Farmacéuticos. La Declaración de Tokio – Federación Internacional Farmacéutica. Washington, DC: PAHO; 1995.
10. Ivama AM, Noblat L, Castro MS, Oliveira NVBV, Jaramillo NM, Rech N. *Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.
11. Hernández DS, Castro MMS, Dáder MJF. *Método Dáder: manual de seguimento farmacoterapêutico*. 3. ed. Alfenas: Ufal; 2009.
12. Silva AS. A importância da Farmácia Clínica no acompanhamento dos pacientes com hanseníase em uma Unidade Básica de Saúde. *Hansen Int*. 2015;40(1):9-16.
13. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24(1):67-74.
14. World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. *Guidelines for ATC classification and DDD assignment*. 3. ed. Oslo: WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology; 2000.
15. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. 13 jun. 2013; Seção 1:59-62.
16. Souza EA, Ferreira AF, Boigny RN, Alencar CH, Heukelbach J, Martins-Melo FR, et al. Hanseníase e gênero no Brasil: tendências em área endêmica da região Nordeste, 2001-2014. *Rev Saúde Pública*. 2018;52:20.
17. Vasconcelos RLH, Santos WRP, Sousa AML, Leal LHC, Rezende Júnior LM, Reis JAS, et al. Seguimento farmacoterapêutico de pacientes em tratamento com talidomida em um centro especializado em hanseníase. *Sci Med*. 2017;27(4):ID27342.
18. Silva AF, Abreu CRO, Barbosa EMS, Raposo NRB, Chicourel EL. Problemas relacionados aos medicamentos em idosos fragilizados da Zona da Mata Mineira, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013;16(4):691-704.
19. Vieira NF, Rodrigues RN, Niitsuma ENA, Lanza FM, Lana FCF. Avaliação da atenção primária: comparativo entre o desempenho global e as ações de hanseníase. *Rev Enferm Cent Oeste Min*. 2019;9:e2896.
20. Lana FCF, Davi RFL, Lanza FM, Amaral EP. Detecção da hanseníase e Índice de Desenvolvimento Humano dos municípios de Minas Gerais, Brasil. *Rev Eletrônica Enferm*. 2009;11(3):539-44.
21. Santos, CJ. *Análise do perfil de segurança do tratamento para hanseníase em um hospital universitário de Salvador, Bahia*. Porto Alegre. Dissertação [Mestrado em Farmácia] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016.
22. Schalcher TR, Borges RS, Coleman MD, Batista Júnior J, Salgado CG, Vieira JLF, et al. Clinical oxidative stress during leprosy multidrug therapy: impact of dapsone oxidation. *PLoS One*. 2014;9(1):e85712.

Recebido: 31 mar, 2021

Aceito: 09 out, 2021