

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ATENÇÃO À**  
**SAÚDE**  
**MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE**

**ELIANA MARIA GAUDENCI**

**QUALIDADE DE VIDA, DEPRESSÃO E INCAPACIDADE FÍSICA DE**  
**PESSOAS COM HANSENÍASE ATENDIDAS EM UMA UNIDADE DE**  
**REFERÊNCIA**

**UBERABA-MG**  
**2015**

**ELIANA MARIA GAUDENCI**

**QUALIDADE DE VIDA, DEPRESSÃO E INCAPACIDADE FÍSICA DE  
PESSOAS COM HANSENÍASE ATENDIDAS EM UMA UNIDADE DE  
REFERÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *strictu sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Uberaba-MG, 04 de fevereiro de 2015.

**Banca Examinadora**

---

Profª Drª Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa – Orientadora  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

---

Profª Drª Luciana Almeida Silva Teixeira  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

---

Profª Drª Maria Cristina de Moura Ferreira  
Universidade Federal de Uberlândia

ELIANA MARIA GAUDENCI

**QUALIDADE DE VIDA, DEPRESSÃO E INCAPACIDADE FÍSICA DE  
PESSOAS COM HANSENÍASE ATENDIDAS EM UMA UNIDADE DE  
REFERÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *strictu sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Linha de pesquisa: Atenção à saúde das populações

Eixo temático: Saúde do adulto e do idoso

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Leila Aparecida  
Kauchakje Pedrosa

UBERABA-MG  
2015

Dedico este trabalho à minha família: meu exemplos, pai Fábio e mãe Iraci; meus queridos irmãos, Fábio Ricardo e Flávio Augusto; e minha amada filha Giovanna por todo apoio, compreensão e amor.

## AGRADECIMENTOS

Ao Pai Celestial agradeço por seus desígnios, por lembrar-se de meus sonhos e me permitir realizá-los.

À Iraci de Sousa Gaudenci, minha inspiradora mãe, que sonhou junto comigo a realização desta conquista, não apenas sonhou, garantiu todo o amparo para possibilitar esta façanha.

Ao Fábio Gaudenci, amado pai, exemplo que continuo a seguir, obrigada por ser este homem edificante, nosso porto seguro, ao Senhor minha gratidão eterna.

À Enfermeira Giovanna Gaudenci Nardelli, filha amada, caminhamos juntas na Estrada maravilhosa da Enfermagem, respeitando nossas diferenças e sempre, com muita paciência dando suporte uma a outra, dizer obrigada é muito pouco.

Ao Fabio Ricardo Gaudenci, meu doce irmão mais do que especial agradeço por estar em nossas vidas e nos ensinar o verdadeiro dom da humildade e resiliência.

Ao Flávio Augusto Gaudenci, meu irmão corajoso e com força imortal, e com essa força me inspirou e estimulou sempre.

Aos meus familiares e amigos, pelo carinho, por compreenderem minha ausência e me apoiarem nesta trajetória.

À Professora Dra. Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa, querida amiga, pela orientação, disponibilidade, dedicação e conhecimento e por ser um exemplo de pessoa e profissional, que me estimula a querer ser cada vez melhor. Nos encontramos nesta jornada mas, incrivelmente parece que esse encontro foi transcendental.

Aos Professores do Curso de Pós-Graduação Mestrado em Atenção à Saúde da UFTM pelas sugestões, críticas ao projeto inicial e pelo conhecimento compartilhado.

À Professora Dra. Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves, pelas sugestões na fase de qualificação do projeto, apoio moral, bem como a perfeita participação no nosso evento.

Ao Professor Dr. Shamyry Sulyvan de Castro pela maravilhosa colaboração na qualificação do projeto.

Ao Professor Dr. Vanderlei José Haas, pelas importantes contribuições com o desenvolvimento deste estudo, pela disponibilidade e atenção.

Aos servidores do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde pela dedicação e competência.

À Profa. Dra. Luciana Almeida Silva Teixeira e à Profa. Dra. Maria Cristina de Moura Ferreira obrigada pela atenção, contribuição com suas valiosas sugestões e por aceitarem compor a banca avaliadora deste estudo. Agradeço também aos Professores Dr. Álvaro da Silva Santos e Dra. Juliana Pena Porto pela disponibilidade e compreensão.

À Rejane Maria Dias De Abreu Gonçalves, Cíntia Tavares Carleto e Ana Paula Alves, minhas lindas precursoras, por permitirem que esse caminho fosse mais leve, obrigada pela amizade.

Aos colegas de Pós-Graduação, principalmente Lorena, Thais, Liliane, Lauana, Natália e Daniela pela amizade, com carinho, ética e determinação conseguimos.

A toda equipe profissional do Centro de Saúde Professor Eurico Vilela pela confiança, paciência e disponibilidade.

Aos pacientes deste estudo, verdadeiros guerreiros e motivadores.

A todos que participaram, direta ou indiretamente, dessa incrível jornada e que contribuíram com a realização desta pesquisa.

Minha graditão eterna

“Que os nossos esforços desafiem as impossibilidades. Lembrai-vos que as grandes proezas da história foram conquistadas do que parecia impossível.”

*Charles Chaplin*

## RESUMO

GAUDENCI, Eliana Maria. **Qualidade de vida, depressão e incapacidade física de pessoas com hanseníase atendidas em uma Unidade de Referência**. 2015. 102 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2015.

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa com evolução lenta e de natureza crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*, uma bactéria intracelular obrigatória, com tropismo por células cutâneas e de nervos periféricos. Sua importância é relevante quando se trata de Saúde Pública, devido à sua magnitude e seu poder incapacitante, atingindo, principalmente, pessoas em idade economicamente ativa. O impacto provocado pela doença interfere no cotidiano dos sujeitos que relacionam a hanseníase a uma ameaça constante de sofrimento, abandono, deformidades e problemas psicossociais. Esta enfermidade deve ser analisada em toda a sua amplitude e relevância, principalmente por acarretar sofrimento humano, discriminação social e prejuízos econômicos que só se agravam em caso de diagnóstico tardio e abandono de tratamento. Este estudo objetivou destacar as condições socioeconômicas/demográficas e características clínicas da doença; avaliar o nível de depressão; identificar o grau de incapacidade física; Determinar a qualidade de vida e verificar a ocorrência de correlação de depressão com alterações de qualidade de vida, presença de incapacidades físicas e as condições socioeconômicas/demográficas entre pessoas com hanseníase em tratamento atendidos em uma Unidade de Referência. Trata-se de um estudo observacional, transversal, de abordagem quantitativa que utilizou três instrumentos para coleta de dados: formulário estruturado que busca contemplar as informações sobre as características socioeconômicas e demográficas, características clínicas da doença e trajetória da doença, Inventário de depressão de Beck- BD e o Questionário sobre qualidade de vida – WHOQOL – bref, além da coleta de dados secundários sobre o grau de incapacidade física. Os dados foram analisados no programa estatístico SPSS 20.0. Participaram deste estudo 32 pacientes com hanseníase e em tratamento, 59,4% do sexo masculino, com média de idade de 49,28 anos, 46,9% eram pardos, 40,6% solteiros e 40,6% possuíam o ensino fundamental completo, 43,8% a renda familiar foi maior que um a três salários mínimos. A classificação operacional prevalente, com 81,3%, foi multibacilar e 37,5% dos pacientes

foram avaliados com grau 1, 18,8% representaram o grupo com grau 0, 18,8% com o grau 2 de incapacidade física. A QV dos pacientes mostraram que o domínio com maior impacto negativo foi o físico (47,10 pontos), seguido do psicológico (50,13 pontos). Ocorreu correlações para o Grau de incapacidade física 2 e os domínios físico, psicológico e relações sociais, atribuindo aos pacientes com grau 2 de incapacidade maior impacto na QV. A renda familiar, situação atual relacionada a ocupação e escolaridade expressaram correlação com o grau 2. 68,7 % não apresentaram indicativo de depressão, 12,5% apresentaram disforia e 18,8% representaram o grupo com indicativo para depressão. A idade, a situação atual ocupação, grau de incapacidade apresentaram correlação com o indicativo para depressão. Os resultados desta pesquisa possibilitaram conhecer melhor a população estudada e sua realidade. A hanseníase atingi homens e mulheres e a QV e o indicativo de depressão tem correlação com a idade mais avançada, com o maior grau de incapacidade, com a menor renda familiar, com a escolaridade mais baixa e com a capacidade produtiva dos indivíduos, gerando limitação social expondo com impacto negativo na QV e propiciando o aparecimento de sintomas depressivos. Entende-se que através deste estudo que a avaliação dos pacientes possa ser feita de maneira rotineira e humanizada, que ocorra o diagnóstico precoce com a busca ativa de casos novos, recurso que possa ser priorizado pelas equipes multidisciplinares de saúde, com intuito de evitar as incapacidades físicas que comprometem substancialmente a qualidade de vida desta população. Ressaltamos a importância de estudos mais avançados e contínuos sobre o assunto, com a intenção do aprimoramento da atenção à saúde destes pacientes e seus familiares.

Descritores: Qualidade de Vida. Hanseníase. Depressão. Limitação da Mobilidade.

## ABSTRACT

GAUDENCI, Eliana Maria. **Quality of life, depression, and physical disabilities in people with Hansen's disease attended at a Specialized Unit.** 2015. 102 f. Thesis (Master in Health Care) - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2015.

Hansen's disease is an infectious illness, with a slow and chronic progression, caused by the *Mycobacterium leprae*, an obligate intracellular bacterium, with tropism for skin cells and peripheral nerves. It is relevant when it comes to Public Health because of its magnitude and its disabling power, mainly targeting people of working age. The impact caused by the illness interferes in the day-to-day lives of subjects who regard Hansen's disease as a constant threat of physical distress, abandonment, deformities and psychosocial problems. This disease should be considered in all its breadth and relevance, especially as it brings about human suffering, social prejudice and economical losses which are nothing but aggravated in case of late diagnosis and treatment abandonment. This study is aimed at highlighting the socioeconomic/demographic and clinical characteristics of the disease; evaluating the depression level; identifying the physical disability level; determining the quality of life and verifying if a correlation between depression and life quality changes occur, and the presence of physical disabilities and the socioeconomic/demographic condition of people with Hansen's disease being treated at a Specialized Unit. This is an observational, transversal, quantitative study, that used three instruments to collect data: a structured form that seeks to include information regarding socioeconomic and demographic characteristics, clinical features of the disease and course of the disease, Beck's Depression Inventory - BD and the Questionnaire on quality of life – WHOQOL – Bref, in addition to the collection of secondary data regarding the degree of physical disability. The data has been analysed using the statistical program SPSS 2.0. 32 patients being treated for Hansen's disease have participated in this study, 59.4% males, with an age average of 49.28 years old, 46.9% brown, 40.6% single and 40.6% with a complete primary education. The family income was greater than one to three minimum wages for 43.8% of them. Regarding the prevailing operational classification, 81.3%, was multibacillary, and regarding physical incapacities, 37.5% of patients were evaluated as grade 1, 18.8% presented grade 0, and 18.8% presented grade 2. The QOL of the patients shows that the domain with a greater impact

was the physical (47.10 points), followed by the psychological (50.13 points). Correlations were found between the second degree of physical disability and the physical, psychological and social relationship domains, being the patients with a disability degree of 2 the ones with a greater QOL impact. Family income and current situation related to the current job and level of study showed a correlation level of grade 2. 68.7 % did not present any depression indicators, 12.5% presented dysphoria, 18.8% represented the group with depression indicators. The age, the present situation and job, and the disability degree presented correlations to the depression indicator. The results of this research made it possible to better understand the studied population and its reality. Hansen's disease targets men and women, and the QOL and the depression indicators are correlated to their advanced age, to the greater degree of disability, to the smaller family income, to the lower education level and to the productive capacity of each individual, generating social limitations that negatively impact the QOL and promoting the appearance of depression symptoms. Through this study it can be understood that the patients evaluation can be done in a humanized and routine way, so a precocious diagnosis and the active search for new cases may occur, being that the multidisciplinary teams could prioritize this possibility, aiming at avoiding the physical disabilities that substantially compromise these people's quality of life. We reinforce the importance of more advanced and long lasting studies about the subject, aiming at improving these patient's and their families health care.

Descriptors: Quality of Life. Hansen's disease. Depression. Mobility Limitation.

## RESUMEN

GAUDENCI, Eliana Maria. **Calidad de vida, depresión y incapacidad física de personas con el mal de Hansen atendidas en una Unidad de Referencia.** 2015. 102 f. Tesis (Maestría en Asistencia Sanitaria) – Universidade do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2015.

El mal de Hansen es una enfermedad infecciosa con progresión lenta y de naturaleza crónica, causada por el *Mycobacterium leprae*, una bacteria intracelular obligada, con tropismo por células cutáneas y nervios periféricos. Es relevante cuando se trata de Salud Pública por su magnitud y su poder incapacitante, afectando, principalmente, a personas en edad de trabajar. El impacto causado por la enfermedad interfiere en la vida cotidiana de las personas, que asocian la mal de Hansen con una amenaza constante de sufrimiento, abandono, deformidades y problemas psicosociales. Esta enfermedad debe ser considerada en toda su amplitud y relevancia, principalmente por causar sufrimiento humano, discriminación social y pérdidas económicas que sólo empeoran en los casos en que el diagnóstico es tardío o el tratamiento es abandonado. Este estudio tuvo como objetivo destacar las características socio-económicas/demográficas y las características clínicas de la enfermedad; evaluar el nivel de depresión; identificar el grado de discapacidad física; determinar la calidad de vida y verificar la ocurrencia de correlaciones entre la depresión y cambios en la calidad de vida, presencia de discapacidades físicas y condiciones demográficas/socio-económicas, entre las personas con el mal de Hansen en tratamiento atendidos en una Unidad de Referencia. Se trata de un estudio observacional, transversal, cuantitativo, que utilizó tres instrumentos para recolectar datos: un formulario estructurado que busca contemplar la información sobre las características socioeconómicas y demográficas, las características clínicas de la enfermedad y la evolución de la enfermedad, el Inventario de Depresión de Beck - BD y el cuestionario sobre calidad de vida - WHOQOL - Bref, además de la colección de datos secundarios sobre el grado de incapacidad física. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS 20.0. El estudio incluyó 32 pacientes con el mal de Hansen y en tratamiento, 59.4% hombres, con una edad media de 49.28 años, 46.9% de color parda, 40.6% solteros, tenían educación primaria completa, y el ingreso familiar de 43.8% era mayor que de uno a tres salarios mínimos. La clasificación operacional imperante, 81.3%, fue multibacilar y 37.5%

de los pacientes fueran evaluados con grado 1, 18.8% son el grupo con grado 0, y 18.8% con grado 2 de incapacidad física. La CV de los pacientes mostró que la zona que recibió el mayor impacto negativo fue la física (47.10 puntos), seguida por la psicológica (50.13 puntos). Fueran halladas correlaciones del según grado de incapacidad física y los dominios físico, psicológico y sociales, siendo que los pacientes con el grado 2 son los que recibirán un mayor impacto en la CV. El ingreso de la familia, la situación presente, la ocupación y la escolaridad, expresarán una correlación de grado 2. 68.7% no presentarán indicadores de depresión, 12.5% presentaron disforia y 18.8% son el grupo que presentó indicadores de depresión. La edad, la situación actual, la ocupación, y el grado de discapacidad, presentaron correlación con los indicadores de depresión. Estos resultados permitieron conocer mejor la población estudiada y su realidad. El mal de Hansen afecta a hombres y mujeres y la calidad de vida y el indicador de depresión se correlacionan con la edad avanzada, con el más alto grado de discapacidad, con los ingresos más bajos de la familia, con el bajo nivel de educación y la capacidad de producción de los individuos, generando limitación social y impactando de manera negativa en la CV, resultando en la aparición de los síntomas depresivos. Se entiende a través de este estudio que la evaluación de los pacientes se puede hacer de manera rutinaria y forma humanizada, para que se produzca un diagnóstico precoz y una búsqueda activa de casos nuevos, recurso que puede la prioridad de equipos multidisciplinarios de salud, con el fin de evitar las discapacidades físicas que comprometen sustancialmente la calidad de vida de esta población. Reafirmamos la importancia de estudios más avanzados y continuos sobre el tema, con el objetivo de mejorar la asistencia sanitaria de los pacientes y sus familiares.

Descriptores: Calidad de Vida. Mal de Hansen. Depresión. Limitación de la Movilidad.

## LISTA TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Dados socioeconômicos/demográficos dos pacientes diagnosticados com hanseníase em tratamento (sexo, idade, cor da pele, estado civil e escolaridade). Uberaba-MG, 2014.....	51
<b>Tabela 2</b>	Dados socioeconômicos/demográficos dos pacientes diagnosticados com hanseníase em tratamento (renda familiar, ocupação, trabalhava quando descobriu a doença, situação atual e moradia). Uberaba -MG, 2014.....	53
<b>Tabela 3</b>	Dados sobre as características da doença e sua trajetória dos pacientes diagnosticados com hanseníase em tratamento (primeiros sintomas, primeiro serviço procurado, quanto tempo dos primeiros sintomas até iniciar tratamento, quanto tempo para iniciar o tratamento). Uberaba-MG, 2014.....	55
<b>Tabela 4</b>	Dados sobre as características da doença e sua trajetória dos pacientes diagnosticados com hanseníase em tratamento (classificação operacional, forma clínica, tratamento utilizado, Número de pessoas em sua moradia, número de contatos examinados e abandono do tratamento). Uberaba-MG, 2014.....	57
<b>Tabela 5</b>	Dados sobre o grau de incapacidade encontrado dos pacientes diagnosticados com hanseníase em tratamento. Uberaba-MG, 2014.....	59
<b>Tabela 6</b>	Correlação entre o grau de incapacidade física e as variáveis idade, renda familiar, escolaridade e situação ocupacional atual dos pacientes diagnosticados com hanseníase em tratamento. Uberaba-MG.....	61
<b>Tabela 7</b>	Medidas de tendência central, de variabilidade e consistência interna para os domínios de qualidade de vida dos pacientes diagnosticados com hanseníase em tratamento. Uberaba- MG, 2014.....	62
<b>Tabela 8</b>	Distribuição dos escores totais para cada faceta do WHOQOL-bref e a autoavaliação da qualidade de vida dos pacientes diagnosticados com hanseníase em tratamento . Uberaba-MG, 2014.....	64
<b>Tabela 9</b>	Correlação entre os escores médios dos domínios de QV e o grau de incapacidade física dos pacientes diagnosticados com hanseníase em tratamento. Uberaba-MG, 2014.....	66

<b>Tabela 10</b>	Frequência dos escores totais dos pacientes diagnosticados com hanseníase em tratamento, de acordo com o Inventário de Depressão de Beck e os pontos de corte (n=32).Uberaba-MG, 2014.....	67
<b>Tabela 11</b>	Frequência dos escores totais de sintomas depressivos dos pacientes diagnosticados com hanseníase em tratamento, de acordo com o Inventário de Depressão de Beck (n = 32).Uberaba-MG, 2014.....	69
<b>Tabela 12</b>	Frequência de sintomas depressivos dos pacientes diagnosticados com hanseníase em tratamento, de acordo com o Inventário de Depressão de Beck (n = 32). Uberaba-MG, 2014.....	70
<b>Tabela 13</b>	Correlação entre os escores do Inventário de Depressão de Beck, a idade, o grau de incapacidade, a escolaridade e a situação atual ocupacional dos pacientes diagnosticados com hanseníase em tratamento. Uberaba-MG, 2014.....	71

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDI	Inventário de depressão de Beck
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
CNES Net	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
D	Hanseníase dimorfa
DSM-IV-TR	Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais
ESF	Estratégia de Saúde da Família
I	Hanseníase indeterminada
IFH	Incapacidade física em hanseníase
MB	Multibacilar
MG	Minas Gerais
NOB-96	Norma Operacional Básica de 1996
OMS	<i>Organización Mundial de la Salud</i>
PB	Paucibacilar
PNEH	Planos Nacionais de Eliminação da Hanseníase
PQT	Poliquimioterapia
QV	Qualidade de Vida
SES-MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SINAN	Sistema de Informação e Agravo de Notificação
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
T	Hanseníase tuberculóide
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
V	Hanseníase virchowiana
WHO	<i>WORLD HEALTH ORGANIZATION</i>
WHOQOL-bref	<i>World Health Organizations Quality of Life</i>

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>20</b>
1.1 A DOENÇA: HANSENÍASE .....	23
<b>1.1.1 A hanseníase no Brasil: breve histórico.....</b>	<b>25</b>
<b>1.1.2 As manifestações clínicas da hanseníase.....</b>	<b>27</b>
<b>1.1.3 Diagnóstico .....</b>	<b>28</b>
<b>1.1.4 Tratamento Clínico.....</b>	<b>30</b>
1.2 INCAPACIDADES FÍSICAS.....	32
1.3 HANSENÍASE: ESTIGMA E PRECONCEITO .....	34
1.4 DEPRESSÃO.....	35
1.5 QUALIDADE DE VIDA.....	38
<b>2.OBJETIVO .....</b>	<b>41</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	41
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	41
<b>3. MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>42</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	42
3.2 LOCAL DA PESQUISA .....	42
3.3 POPULAÇÃO DA PESQUISA .....	42
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	42
3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	43
3.6 CRITÉRIOS DE NÃO INCLUSÃO .....	43
3.7 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	43
3.8 COLETA DE DADOS .....	46
<b>4. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....</b>	<b>48</b>
<b>5. ASPETOS ÉTICOS .....</b>	<b>49</b>
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>50</b>
6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA - DEMOGRÁFICA DOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM HANSENÍASE EM TRATAMENTO, UBERABA-MG.....	50
6.2 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DA DOENÇA DOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM HANSENÍASE EM TRATAMENTO, UBERABA-MG.....	54

6.3 AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA DOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM HANSENÍSE EM TRATAMENTO, UBERABA-MG.....	59
6.4 QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM HANSENÍASE EM TRATAMENTO, UBERAB-MG .....	62
6.5 AVALIAÇÃO DA PRESENÇA DO INDICATIVO DE DEPRESSÃO DOS PACIENTES COM HANSENÍASE EM TRATAMENTO, UBERABA-MG.....	67
<b>7. CONCLUSÕES.....</b>	<b>73</b>
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>76</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>87</b>
APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	87
APÊNDICE B - Declaração do pesquisador .....	88
APÊNDICE C - Instrumento de coleta de dados socioeconômico-demográfico ...	89
APÊNDICE D - Solicitação de autorização para a coleta de dados junto a Secretaria Municipal de Saúde –Uberaba- MG.....	91
<b>ANEXOS .....</b>	<b>92</b>
ANEXO 1- Formulário de classificação do grau de incapacidades físicas .....	92
ANEXO 2 - Sistema de informação de agravos de notificação.....	93
ANEXO 3 - Inventário de depressão de Beck .....	94
ANEXO 4 - Questionário de avaliação de qualidade de vida WHOQOL – bref ....	96
ANEXO 5 - Parecer do comitê de ética em pesquisa .....	102

## 1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa com evolução lenta e de natureza crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*, uma bactéria intracelular obrigatória, com tropismo por células cutâneas e de nervos periféricos. Sua importância é relevante quando se trata de Saúde Pública, devido à sua magnitude e seu poder incapacitante, atingindo, principalmente, pois acomete pessoas em idade economicamente ativa (WORLD HEALTH ORGANIZATION/WHO, 2010).

Esta doença, ao longo dos tempos, é considerada uma moléstia repugnante, contagiosa e incurável, principalmente pelas incapacidades físicas, por vezes deformidades, o que provoca a rejeição do doente e sua exclusão social, uma vez que durante muito tempo os doentes eram confinados e tratados em leprosários com demonstrações de repúdio e desprezo, e, com a obrigação do doente usar roupas características que o identificassem como tal e de fazer soar uma sineta ou matraca para avisar os sadios de sua aproximação (SANTOS JÚNIOR et al., 2005).

Dentre os principais sinais e sintomas da hanseníase se pode citar de forma generalista, manchas de pele, com alterações de sensibilidade, como formigamento e dormência nódulos e infiltrações; queda de pelos localizada ou difusa, principalmente das sobrancelhas; ptose palpebral; ausência de sudorese local; dor, perda de sensibilidade e/ou espessamento de nervos periféricos, em especial dos olhos, mãos e pés.

Estas diferentes manifestações clínicas se devem à relação do processo saúde/doença, e de forma mais direta da relação entre parasito/hospedeiro, podendo estar em longo período de latência e/ou período de incubação, entremeando dois a sete anos (BRASIL, 2002a, 2008a). A doença deve ser estudada em toda sua complexidade, pois além desses sinais e sintomas que já por si revelam consternação, com o progresso do acometimento, os nervos periféricos podem ser afetados, levando a incapacidade física em hanseníase (IFH), que ocorrem, principalmente consequência de diagnóstico tardio (MANTELLINI; GONÇALVES; PADOVAN, 2009).

Uma enfermidade incapacitante provoca uma deficiência que impede a realização de uma tarefa necessária para a independência pessoal, assim pode restringir a capacidade

de realizar uma atividade de forma considerada normal para o ser humano é desta forma que a *Organización Mundial de la Salud* - OMS (1981) define doença incapacitante. As deformidades decorrentes da hanseníase refletem uma imagem assustadora e o sofrimento remete ao isolamento que posteriormente se tornou compulsório, como um recurso para evitar a propagação da doença. Quando o indivíduo possui alguma deficiência que constitua uma dificuldade para a sua aceitação integral na sociedade, considera-se estigmatizado (SANGI et al., 2009).

O corpo que é visto como um instrumento de trabalho, logo, com a doença e seu estigma, torna-se deplorável para a sociedade consumista evidenciando uma baixa na qualidade de vida (QV) pois, sentimentos de medo, culpa, vergonha e rejeição são aflorados tornando a depressão um forte preditor para que essa queda da QV (PEDROSA, 1991; MINUZZO, 2008).

O impacto provocado pela doença interfere no cotidiano dos sujeitos que representaram a hanseníase como uma ameaça constante de sofrimento, abandono, deformidades e problemas psicossociais (COELHO, 2008). Para Martins, Torres e Oliveira (2008) há prejuízo na qualidade de vida associado em algumas situações específicas da doença, como forma clínica multibacilar, reação hansênica e incapacidade física.

Prejudica a vida diária e as relações interpessoais, causando um padecimento social, econômico e psicológico, (SINGHI et al., 2004; LUKA, 2010). Os sentimentos das pessoas acometidas pela hanseníase estão relacionados há um espectro ameaçador, onde a depressão se apresenta, desde o momento da possibilidade de um diagnóstico positivo e, por vezes é uma presença constante durante todo o tratamento e posterior alta (EIDT, 2004).

Mesmo considerada uma doença curável, a hanseníase leva de forma intrínseca o estigma de outrora, principalmente, quando não diagnosticada e/ou tratada precocemente, tende a evoluir com diferentes níveis de incapacidades que comprometem, principalmente olhos, pés e mãos. O tratamento consiste na poliquimioterapia (PQT) e realizado de forma adequada, sem abandono, o prognóstico é a cura, ou seja, a eliminação dos bacilos (MINUZZO, 2008).

No ano de 1985, 122 países apresentavam endemia de hanseníase, destes 112 conseguiram atingir taxas de eliminação da doença em 2003 (MARQUES, 2006). O Brasil

ainda integra o grupo de dez países cuja taxa de eliminação não foi atingida, mantendo uma prevalência geral de 4,2 por 10.000 habitantes (MARQUES, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu uma meta desafiadora de menos 1/10.000 habitantes até 2010 (MORENO; ENDERS; SIMPSON, 2008). Muitos são os programas espalhados pelo mundo cujo objetivo é evitar as deformidades oriundas dos acometimentos da hanseníase, bem como, interromper a propagação de perdas funcionais utilizando um monitoramento constante com estabelecimento do tratamento completo (OWEN; STRARDFORD, 1995). Desta forma a hanseníase é considerada um grande problema mundial de saúde pública, especialmente este problema é grandioso em países em desenvolvimento (HINRICHSEN et al., 2004).

O diagnóstico precoce é um forte recurso tanto para evitar acometimentos físicos, bem como para permitir a intervenção de terapêuticas imediatas e ajustadas de forma individualizada, priorizando, também o acompanhamento e controle dos comunicantes, efetivando-se, assim o pilar de controle da hanseníase (DESSUNTI et al. 2008; SILVA et al. 2008).

O Ministério da Saúde brasileiro preconizou medidas para a obtenção desta taxa como, por exemplo, a intensificação da educação em saúde. As ações educativas em saúde possuem como objetivo a habilitação individual, ou de um grupo e ainda possui um papel importante, para o diagnóstico precoce visto que previne incapacidades físicas, pois oferece esclarecimentos sobre a doença, tratamento e autocuidado. A sensibilização quando efetiva possibilita a melhoria das condições de vida da comunidade. Propicia também a redução do estigma e do preconceito tão comum à doença (BRASIL, 2002).

Desta forma, com a priorização governamental em eliminar a hanseníase, as intervenções e abordagens aos pacientes tornaram-se cada vez mais concentrada na doença e suas manifestações, não estabelecendo uma terapêutica integral e individualizada, deixando a pessoa equiparada tão somente a sua enfermidade (PINTO, 2005).

Não obstante os problemas inerentes a qualquer doença aguda ou crônica de origem socioeconômica, a hanseníase ainda está intrinsecamente ligada à repercussão psicológica, pois associa-se inevitavelmente as incapacidades físicas causadas pelo agravamento da doença (VIEIRA et al. 2008).

Torna-se cada vez mais necessário monitorar a reabilitação e a avaliação de prevenção de deficiências e incapacidades afim de determinar a dimensão e a natureza desses problemas, indo muito além, interiorizando nossas observações, enfocando a depressão, a angústia, o sofrimento, os valores e as crenças, sentimentos que interagem diretamente nas condutas das pessoas acometidas pela hanseníase (PINTO, 2005; BARBOSA et al. 2008).

## 1.1 A DOENÇA: HANSENÍASE

A hanseníase é uma doença milenar conhecida por lepra, morfeia ou Mal de Lázaro e desde os tempos bíblicos traz consigo a marca do preconceito, discriminação e exclusão, principalmente em decorrência das deformidades físicas relacionadas ao doente não tratado (EIDT, 2004).

Segundo Angelucci e colaboradores (2007) há evidências de sua existência no Egito há quatro mil e trezentos anos antes de Cristo (a.C.), textos bíblicos descrevem cuidados, indicações de como proceder com os doentes, sinais e sintomas, pontualmente no Antigo Testamento, e essas explicações revelam a ignorância relacionada a hanseníase, incorporando abstrações baseadas no imaginativo do desconhecido, o que levava ao preconceito, as pessoas acometidas pela doença. Tanto na China quanto no Japão há descrições onde a hanseníase é relatada como um estado patológico caracterizado sequencialmente por perda da sensibilidade e aparecimento de manchas seguido por queda de sombrancelhas, cegueira, deformidades nos lábios, ulcerações das plantas dos pés, desabamento do nariz e deformidades nas articulações (EIDT, 2004).

As caracterizações do desconhecido se exprimiram por englobar todas as doenças que apresentavam alguma lesão cutânea como hanseníase e assim de maneira generalista todos que as possuíam eram excluídos da convivência social (CASTRO; WATANABE, 2009; CUNHA, 2002).

Sua disseminação pelo mundo remonta das cruzadas na Idade Média descrita por povos antepassados, no entanto, não se conhece a época exata do aparecimento da hanseníase. Apesar do avanço das investigações, uma abordagem mais precisa sobre o tema se torna difícil uma vez que existem poucos registros, referências e discussões sobre a origem da doença (SAMPAIO; RIVITTI, 2007).

O termo “Lepra”, como era conhecida a hanseníase, comumente utilizado para designar outras doenças que acometiam a pele e que tinham sinais clínicos semelhantes entre si. Além disso, diagnósticos pouco apropriados colaboravam para que fosse confundida com outras doenças comuns nas sociedades antigas proporcionando uma disseminação em massa (SANTOS, 2008).

O médico norueguês Gerhard Henrik Armauer Hansen no século XIX descobriu o *Micobacterium leprae*, bacilo causador da doença, pertencente ao mesmo gênero do microorganismo que ocasiona a tuberculose (SANTOS; FARIA; MENEZES, 2008). Quanto às características microbiológicas este bacilo é resistente, possui alto poder infectante e baixo poder patogênico (SANTOS JÚNIOR et al., 2005). São observadas em grandes quantidades nas células do sistema imune, predominantemente nos macrófagos e nas células de Schwann, no sistema nervoso periférico, formando aglomerados ou dispostos em paralelo, e, sua reprodução ocorre pelo processo de divisão binária e é gram-positivo (GARBINO, 2006).

O tempo de incubação do bacilo é longo podendo variar entre três e cinco anos crescendo na célula de Schwann. Provoca a desmielinização nos segmentos nervosos de maior população bacilar, o que ocorre mesmo antes do organismo perceber a presença do bacilo e responder imunologicamente, o que dificulta estabelecer com precisão o início da patologia, uma vez que essa resposta pode demorar muito tempo (GARBINO, 2006). O ser humano é considerado como reservatório e única fonte da infecção, muito embora tenham sido descobertos animais naturalmente infectados (BRASIL, 2009).

A transmissão se faz através das vias aéreas superiores passando necessariamente pelas vias hemolinfáticas (FLEURY, 2006). A pele é também uma possível porta de entrada e saída do bacilo. Porém, é possível que a pele seja uma porta de entrada apenas em inoculações acidentais e não há evidências de que o *Micobacterium leprae* possa penetrar em pele íntegra (ALBAN, 2006). É necessário um contato íntimo e prolongado para a infecção, como a convivência de familiares na mesma residência, onde o contágio ocorre cinco a oito vezes mais frequentemente que no extrafamiliar (PINHEIRO, 2007).

O bacilo se aloja nos tecidos da pele e de nervos periféricos, onde induz o desenvolvimento de resposta imunológica. A ação do invasor no organismo, agregada ao processo inflamatório que ocorre de forma natural, inferi como resultados neurites que

repercutem sobre a função neural autônoma, sensitiva e/ou motora. Portando as neurites que acometem a pessoa infectada, e esta permanece sem o tratamento apropriado, levam invariavelmente a um processo crônico e em seu dinamismo produz as incapacidades físicas características da doença (BRASIL, 2002).

### **1.1.1 A hanseníase no Brasil: breve histórico**

Antes do descobrimento não existem relatos da doença entre os habitantes naturais, os índios, porém em Portugal e nas ilhas Africanas a hanseníase era uma realidade. Desta forma as descrições sobre a doença no Brasil se emaranham com o descobrimento.

Os primeiros casos da doença foram notificados no Rio de Janeiro, no ano de 1600 e com o passar do tempo a endemia já assolava e os doentes foram discriminados, perseguidos e isolados da sociedade. A solução nos séculos XVIII e XIX, foi construir no país, hospitais-colônia, dispensários e asilos tornando compulsória a internação dos doentes. A construção das Santas Casas de Misericórdia também foi importante para cuidar dos pobres e doentes, reforçando ainda, a ideia de redenção tão enfatizada pela Igreja (CUNHA, 2002; EIDT, 2004; MARZLIAK et al., 2008).

A hanseníase alcançou destaque das autoridades sanitárias brasileiras, sendo adotados na campanha higienista além do isolamento em colônias e/ou asilos, o exame periódico dos comunicantes e a notificação compulsória (SANTOS; FARIA; MENEZES, 2008).

Acontecimentos científicos no âmbito mundial disseminam uma lenta mudança na mentalidade dos homens a respeito da exclusão dos hansenianos. O primeiro determinante para tal fato foi em meados de 1940 com início da utilização das sulfonas para tratamento da hanseníase. E em 1953 o fato preponderante foi a realização do VI Congresso Internacional de Leprologia em Madri, revelando maiores informações sobre a doença e a definição das formas de hanseníase e seu devido tratamento (DUCATTI, 2009). O tratamento preconizado foi o ambulatorial, a internação seletiva e não obrigatória, a assistência aos doentes e às suas famílias, e o incentivo à pesquisa, resultando em determinantes contrários a internação compulsória (DUCATTI, 2009).

Desta forma o Brasil, em 1962, concordando com as diretrizes internacionais, muito embora com enormes dificuldades causadas pela resistência, principalmente dos

profissionais de saúde, o isolamento compulsório social foi extinto. E após cinco anos, no Estado de São Paulo, as colônias/asilos abriram suas portas, mas literalmente assim, sem oferecer assistência alguma aos seus antigos internos (MARZLIAK et al., 2008).

A hanseníase no Brasil já foi sinônimo de morféia, “lepra”, elefantíase-dos-gregos, e o hanseniano era pejorativamente chamado de lazarento, “leproso” ou morfético (SANTOS, 2008). Com muita luta para tentar vencer este estigma, o termo hanseníase é oficial desde a lei de 1976 (nº 9010 - DO de 30/3/95) (BRASIL, 2006b), que dentre outros fatores buscou diminuir a preconceito.

O Brasil é considerado um país de alta endemicidade por possuir taxas de prevalência superiores a 1:10000 habitantes, ocupando o primeiro lugar no mundo em números de casos novos detectados e o segundo lugar em números absolutos. No território brasileiro a distribuição dos casos da doença é desigual com a maior incidência e prevalência em locais onde há grande concentração urbana (HINRICHSEN et al., 2004). As condições socioeconômicas e culturais têm grande influência na distribuição e propagação da endemia hanseníase, apresentando uma estreita relação com as condições precárias de habitação, baixa escolaridade e ainda, com movimentos migratórios que facilitam a difusão da doença (AMARAL; LANA, 2008).

Entre 1985 e 2000 houve uma redução expressiva dos números de casos, mas apesar dos esforços para erradicar a hanseníase do Brasil, o que inclui os Planos Nacionais de Eliminação da Hanseníase (PNEH), seguindo os preceitos da OMS e reforçando a detecção de casos novos, o fortalecimento da vigilância epidemiológica da rede de referência e contrarreferência e a capacitação dos profissionais envolvidos, mas mesmo com esforços e reforços, esse agravo à saúde ainda constitui um grave problema de saúde pública no país (BRASIL, 2006; BRASIL, 2008b; MIRANZI; PEREIRA; NUNES, 2010).

O PNEH lançado e divulgado (2006-2010) possui como meta 1/10.000 habitante, desta forma o município parece caminhar para o alcance do índice proposto pela OMS (1/10.000). Para Barbosa e colaboradores (2008) no ano de 2007, o Brasil foi considerado o grande contribuidor da hanseníase das Américas, pois encontrou-se um coeficiente de detecção de casos novos de 21,08/100 mil habitantes e um coeficiente de prevalência de 21,94/100 mil habitantes (BRASIL, 2008b).

Em 1991, Minas Gerais tinha uma representação na prevalência da hanseníase nada agradável, era o primeiro em número de casos, com coeficiente de prevalência de 22,2/10.000 habitantes. De forma emergencial, o estado implantou políticas para o controle da hanseníase e em 15 anos obteve uma redução de 25% deste coeficiente de prevalência, representada, ao final de 2006 por 1,2/10.000 habitantes (AMARAL, 2008; LANA et al., 2011). A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais - SES/MG, em relatório descreveu 1.284 casos novos detectados em 2008 sendo multibacilares (65,2%) e 213 (10,8%) apresentaram nível dois de incapacidade física. Esses valores são considerados altos e são preditores de diagnósticos realizados tardiamente (MINAS GERAIS, 2009).

Segundo Miranzi, Pereira e Nunes (2010) a Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba, cidade do interior de Minas Gerais, registrou 455 casos de hanseníase no período entre 2000 e 2006, com uma média de 65 casos novos por ano, com média anual de taxa de incidência de 27 casos/100.000 habitantes. Esse mesmo estudo revelou que a hanseníase multibacilar (MB) representou 85,3% e a paucibacilar (PB) atingiu um percentual de 12,9%, o que é preocupante, já que os doentes com muitos bacilos representados pelo MB sem tratamento são capazes de eliminar grande quantidade de bacilos para o meio exterior.

Essa preocupação se reforça pela possibilidade de existir prevalência oculta e/ou subnotificação no Sistema de Informação e Agravo de Notificação (SINAN), pois a busca ativa é uma ação ainda ineficiente no município de Uberaba onde este estudo foi desenvolvido (MIRANZI; PEREIRA; NUNES, 2010). Uberaba/MG é referência no serviço de saúde, em outras palavras, o município é considerado polo no serviço de saúde para 27 municípios vizinhos, evidenciando, assim, a importância de pesquisas sobre esse tema (MIRANZI; PEREIRA; NUNES, 2010). Principalmente quando o objetivo é caracterizar a qualidade de vida e a depressão com a intenção de combate ao estigma social e detecção precoce através de intervenções efetivas, a fim de minimizar o impacto da doença sobre a vida do indivíduo (MARTINS; TORRES; OLIVEIRA, 2008).

### **1.1.2 As manifestações clínicas da hanseníase**

As manifestações clínicas da hanseníase são muito amplas e estão relacionadas a três processos: dano celular e tecidual em função da multiplicação e disseminação dos bacilos, resposta imunológica do hospedeiro e complicações do acometimento dos nervos

periféricos (SCHETTIN et al., 2008). Esta doença pode atingir indivíduos de todas as idades e de ambos os sexos, raramente ocorrendo em crianças. Observa-se que indivíduos menores de quinze anos de idade adoecem mais quando há uma maior endemicidade da doença. Existe maior incidência da hanseníase em homens do que em mulheres, na maioria das regiões do mundo, observação que pode ter alguma relação com fatores hormonais. Além das condições individuais, fatores relacionados aos níveis de endemia e à situação socioeconômica são influentes, destacando condições desfavoráveis e precárias de vida e de saúde (SAMPAIO; RIVITTI, 2007; BRASIL, 2002).

O estágio inicial da hanseníase denomina-se hanseníase indeterminada (I) e, em geral, é transitório, e pode evoluir para a cura espontânea. Em caso de progressão, a resposta imune específica do hospedeiro frente ao bacilo irá definir os padrões da doença (QUEIROZ; PUNTEL, 1997). Esta forma clínica caracteriza-se pelo aparecimento de máculas ou áreas circunscritas com distúrbio de sensibilidade, sudorese e alterações vasomotoras. As máculas podem ser hipocrômicas com eritema marginal ou difuso e podem se apresentar em qualquer área da pele, podendo ocorrer alopecia total ou parcial. Não ocorre comprometimento de troncos nervosos nessa forma clínica, apenas de ramúsculos nervosos cutâneos e a baciloscopia é negativa (SAMPAIO; RIVITTI, 2007).

A hanseníase tuberculóide (T) expressa resposta imune competente para morte bacilar apresenta-se por lesões em placas bem delimitadas, de cor róseo-eritematosa ou eritêmato-acastanhada, contornos regulares ou irregulares formando lesões em qualquer região da pele. Os distúrbios sensitivos nas lesões e o comprometimento neural é intenso, precoce e assimétrico, podendo causar incapacidades. A baciloscopia é negativa. A hanseníase T, juntamente com a I, constituem a forma PB da hanseníase (LEHMAN et al. 2005).

A forma MB é constituída pela hanseníase dimorfa (D) e pela hanseníase virchowiana (V), esta última decorre da incapacidade da resposta imune para impedir a multiplicação e eliminação do bacilo. Sua evolução crônica caracteriza-se pela infiltração progressiva e difusa da pele, mucosas das vias aéreas superiores, olhos, testículos e nervos, podendo afetar, ainda os linfonodos, o fígado e o baço. Apresenta também polimorfismo muito grande das lesões (pápulas, nódulos e máculas). Sendo que a infiltração é mais acentuada na face e nos membros. A forma V e a D apresentam baciloscopia fortemente positiva e representam importante foco infeccioso ou reservatório

da doença nos casos virgens de tratamento assim os pacientes acometidos pelas formas MB são considerados a principal fonte de infecção e disseminação da doença (VISSCHEDIJK et al. 2000; LEHMAN et al. 2005).

A evolução da doença depende da competência da imunidade celular do indivíduo, assim aqueles que apresentam resistência ao bacilo podem evoluir para cura espontânea ou para as formas PB, caso contrário podem evoluir para as formas MB (ORSINI, 2008).

### **1.1.3 Diagnóstico**

O diagnóstico da hanseníase é essencialmente clínico, desta forma nenhum exame complementar é suficientemente capaz para diagnosticar e classificar a hanseníase de forma adequada (BRASIL, 2008b). O exame clínico completo com especificidade para a doença, consiste em anamnese, inspeção e pesquisa de sensibilidade e de exames laboratoriais como a prova de histamina, a prova de pilocarpina, o teste Mitsuda, a baciloscopia e a histopatologia (BRASIL, 2008b). O Teste Mitsuda pode propiciar o prognóstico da doença, assim pessoas com Mitsuda positivo podem progredir com as formas benignas, em contra partida, um resultado Mitsuda negativo, o qual equivale a um indício de imunidade celular baixa, o prognóstico para estas pessoas é uma viabilidade maior para em desencadeamento da forma virchowiana (YAMASHITA et al., 1996; BRASIL, 2007)

O Ministério da Saúde define como caso para tratamento a presença de um ou mais dos sinais cardinais: lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade, acometimento de nervo (s) com espessamento neural e baciloscopia positiva (BRASIL, 2000). Deste modo, o Ministério da Saúde fundamentado nestas características clínicas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde, empregaria, a partir de 2002, um método simplificado de diagnóstico, com base na contagem do número de lesões cutâneas para a classificação operacional da hanseníase. Pacientes com até cinco lesões de pele são classificados como paucibacilares (PB) e aqueles com seis ou mais lesões cutâneas, como multibacilares (MB). O principal objetivo dessa classificação é a otimização do tratamento que repercute em um controle operacional mais satisfatório (BRASIL, 2002a; 2010a).

Segundo Lyon (2013) um diagnóstico de hanseníase quanto mais precoce for determinado, aliado ao tratamento adequado, pode ser capaz de intensificar o alcance da

meta de eliminação desta doença. Este desígnio inicial estabelecido, em 1991, pela Assembleia Mundial de Saúde, era de menos de 1/10.000 habitantes, pela dificuldade de controle, em 2000, foi reprogramado, evidenciando ser um caso de saúde pública.

Pela Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), que reforça o processo de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), torna-se de responsabilidade municipal, o desenvolvimento de ações para o Programa de Controle da Hanseníase. Assim, para o cumprimento de metas, é necessário e essencial que os municípios programem capacitações específicas para os profissionais da rede básica de saúde (MORENO; ENDERS; SIMPSON, 2008).

Em 2006 foi lançado o programa governamental Pacto pela Vida, onde a hanseníase esta inserida como uma das prioridades. Com esta normativa a assistência as pessoas acometidas deve ser integral e dessa forma requer a organização de equipes multidisciplinares na rede de atendimento do SUS, em especial na Atenção Básica onde todos os casos podem ser identificados, diagnosticados, tratados, avaliados e essencialmente curados (BRASIL, 2006).

A enfermagem exerce papel fundamental na prevenção e controle da hanseníase e também na prevenção dos agravos, por vezes, incapacitantes. Conjuntamente com os demais profissionais que fazem parte da equipe, exerce papel de agente e executor de ações (MAIA et al. 2000). Os profissionais da enfermagem atuam em ações muito significativas no controle da hanseníase, tais como: busca de casos e seu diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes, prevenção e tratamento de incapacidades, responsabilidade sobre dose supervisionada mensal de cada paciente, administração e gerência das ações de controle e registro junto a vigilância epidemiológico além de pesquisas sobre o assunto (PEDRAZZANI, 1995).

Com a intensificação da implantação do Estratégia de Saúde da Família (ESF), o acesso da população aos serviços de saúde foi facilitado, e contribuiu, também para a reorganização da assistência aos pacientes acometidos pela hanseníase, e como resultado, possibilitou uma menor desigualdade no estado de saúde entre grupos populacionais distintos (LAPA et al. 2006). Porém a muito ainda a se fazer. Segundo Freitas e colaboradores (2008) a organização do trabalho deve priorizar a demanda de saúde e não apenas estabelecer áreas de abrangência, assim deve valorizar a assistência profissional integral aos pacientes acometidos pela hanseníase.

### 1.1.4 Tratamento Clínico

Uma grande evolução para o tratamento da hanseníase foi , na década de 1940, a introdução das sulfonas. Porém com apenas uma droga utilizada houve uma resistência medicamentosa, assim, optou-se em utilizar no mínimo duas, desta forma otimizando o tratamento (WHITE, 2002). A talidomida estava em estudo no ano de 1968, principalmente em indicações de reações hansenóides. A droga dapsona era utilizada com o intuito de quimioprolaxia (WHO, 1969). Com estes estudos e pesquisas houve uma concordância em termos de tratamento e controle da hanseníase, muito bem descrita Ducatti (2009), a introdução da PQT, tratamento eficaz e efetivo, e, principalmente o diagnóstico precoce previne o aparecimento de deformidades e incapacidades físicas, possibilitando a diminuição do estigma social da hanseníase.

Com a realização do VI Congresso Internacional de Leprologia, realizado no ano de 1953, em Madri/Espanha, estabeleceu a classificação da hanseníase seguindo a tendência evolutiva da doença sob o aspecto de sua direção, ou seja, por seguir a um dos polos, assim, encontrando duas forma polares e dois grupos: formas tuberculoide e virchowiana e grupos indeterminado e dimorfo (DUCATTI, 2009).

Com o avanço da farmacologia a cura é o prognóstico para os pacientes submetidos ao tratamento atual, que se constitui na PQT. As grandes mudanças no tratamento da hanseníase ocorreram com a introdução da PQT, permitindo curas definitivas em períodos relativamente curtos e redução significativa da prevalência da doença (ORSINI, 2008). A OMS a partir de 1981 criou grupos de estudo para realizar pesquisas sobre a quimioterapia para a hanseníase, e este estudo recomendou a adoção de três principais drogas, a rifampicina, a clofazimina e a dapsona, no tratamento padrão.

Este tratamento atende a classificação operacional designada pelo Ministério da Saúde. Aos PB são determinados seis meses (podendo estende-se em até nove meses) e para os MB são 12 ou 18 meses e ainda para casos de maior complexidade a duração pode ser de 24 meses. Sendo que para os PB são duas as drogas, a dapsona e a rifampicina, e, para os MB além dessas é incluída no tratamento a clofazinima. A primeira dose dos medicamentos é supervisionada, ou seja, deve ser administrada junto a equipe de saúde, geralmente a enfermagem assume este papel, também é o momento de avaliação clínica e do tratamento. Esta avaliação inclui: a evolução de suas lesões, o aparecimento de

comprometimento neural e dos estados reacionais, além do fornecimento de orientações para o autocuidado. As demais doses dos medicamentos são autoadministradas diariamente durante os 28 dias subsequentes (BRASIL, 2002a; 2010a).

O tratamento as pessoas acometidas pela hanseníase deve assegurar a PQT (uso gratuito, no Brasil), supressão de surtos reacionais, prevenção de incapacidades físicas, reabilitação física, cirurgias reparadoras e fundamentalmente apoio e intervenções psicossociais, exercidas por uma equipe multidisciplinar. Assim, com competência, responsabilidade, comprometimento integral por parte da equipe multidisciplinar ao hanseniano pode-se minimizar o impacto em sua qualidade de vida propiciado, em sua maioria, pelas sequelas desencadeadas pela doença em grande parte associadas a depressão relacionada invariavelmente ao estigma, a exclusão social, discriminação e estereótipo (PEREIRA, 2002; ARAÚJO, 2003; MENDES, 2004).

## 1.2 INCAPACIDADES FÍSICAS

Pessoas acometidas por hanseníase vivenciam de maneira particular o estigma da doença sendo este um dos fatores que dificultam a aceitação e o tratamento adequado da mesma. As incapacidades e deformidades podem acarretar inúmeros problemas, tais como a diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e alterações psicológicas e estas questões é que são responsáveis, também, por este estigma e preconceito ao longo da história (BRASIL, 2002). A vida dos indivíduos em condições crônicas de saúde tem sido tema de discussão constante, principalmente aqueles relacionados à qualidade de vida tendo como preditor fundamental de sua queda a depressão (SILVA et al. 2002).

A Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF, 2003) descreve incapacidade como um termo genérico para deficiências, limitações de atividade e restrições de participação, designando os aspectos negativos da relação entre um indivíduo relacionado a uma condição de saúde e seus fatores contextuais, ou seja a correlação com os fatores ambientais. Com relação as incapacidades ocasionadas pela hanseníase, a OMS, estabeleceu um modelo de instrumento para esta avaliação. A proposta de utilização deste instrumento foi realizada por Bechelli e Dominguez (1971), onde existe a que determinação do envolvimento de mãos, pés e olhos, pela maior frequência de lesão desta áreas. A OMS revela que cerca de 25% das pessoas acometidas pela hanseníase manifestam alguma incapacidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION/WHO, 2010).

No Brasil, através de determinação do Ministério da Saúde é utilizada a graduação da incapacidade conforme sua gravidade, em grau 0, grau 1 e grau 2, sendo considerados os dados pelo grau máximo de incapacidade detectado no indivíduo nas mãos, pés e olhos (BRASIL, 1997).

Para estabelecimento de cada um dos graus (escores) é feita uma avaliação de diferentes agravos. Estes escores (graus) são determinados por diferentes exames, como, testes de sensibilidade, danos visíveis com presenças de deformidades, testes em nervos específicos. Um escore é estabelecido individualmente para olhos, outro para mãos e outro para pés, sendo que, o escore geral é estipulado e está relacionado a área do corpo com maior dano (BROEKHUIS et al. 2002).

Os sinais e sintomas do “grau 0” do olho, mão e pé são caracterizados por nenhum problema devido à hanseníase; o Grau 1 ( para olho, mão e pé) é definido por diminuição ou perda da sensibilidade (ao utilizar-se o estesiômetro, o usuário não sente o monofilamento lilás que corresponde a 2,0 g); o Grau 2 (olho) apresenta: Lagofalmo (incapacidade de ocluir os olhos), ectrópio (desabamento da pálpebra inferior/eversão), triquiase (cílios invertidos para dentro do olho), opacidade corneana central, acuidade visual menor que 0,1 ou não contar dedos a 6 metros. Para a mão o “Grau 2” é caracterizado por lesões traumáticas, garras, reabsorção, mão caída, contratura; e o grau 2 para o pé pode observar úlceras tróficas e lesões traumáticas, garra dos artelhos, pé caído, reabsorção, contratura.

Estes dados relacionados ao grau de incapacidade são parte integrante do prontuário do paciente através da Ficha de Avaliação do Grau de Incapacidade Física preconizada pelo Ministério da Saúde. Por intermédio da portaria nº 3.125 (BRASIL, 2010b), registrar-se que hanseníase é uma doença de notificação compulsória e de investigação obrigatória, aplicando-se a todo o território nacional. Os casos diagnosticados devem ser notificados na mesma semana epidemiológica de ocorrência do diagnóstico, utilizando-se a ficha de notificação e investigação do Sistema de Informação de Notificação de Agravos Nacional - (SINAN) nos três níveis de atenção à saúde. Esta ficha deve ser enviada em meio físico, magnético ou virtual, ao órgão de vigilância epidemiológica hierarquicamente superior, permanecendo uma cópia no prontuário do paciente a nível local. Sendo seu preenchimento de responsabilidade dos profissionais das unidades de saúde onde o paciente foi diagnosticado (BRASIL, 2010b).

Segundo Quino e colaboradores (2003) o alto grau de incapacidade encontrado em sua pesquisa é o responsável pela maior problemática da hanseníase, pois atinge diretamente a produtividade no trabalho, influencia, também traumas psicológicos, relacionando-se diretamente a QV. Outro estudo com o objetivo de correlacionar o grau de incapacidade física e comprometimento da QV conclui, através de seus resultados, que os graus de incapacidade física 1 e 2 encontrados estão diretamente relacionados ao maior comprometimento da QV e ressalta a necessidade prioritária do diagnóstico e tratamento precoce e sem abandono com o intuito de reduzir as sequelas associadas desta doença (CASTRO et al., 2009).

A hanseníase deve ser analisada de forma mais complexa, em toda a sua amplitude e relevância, bem como pela sua transcendência, principalmente por acarretar sofrimento humano, discriminação social e prejuízos econômicos que só se agravam em caso de diagnóstico tardio e abandono de tratamento (LANA et al, 2004; DUARTE ; AYRES; SIMONETTI, 2007). Martins (2009) relata que que 60% dos 30 pacientes com hanseníase investigados apresentavam algum grau de incapacidade e que muitos destes deixaram sua vida laboral em função dos sequelas tanto físicas quanto sociais, desencadeando problemas econômicos e por vezes a desestruturação da família. Conforme Trindade e colaboradores (1987) a avaliação das incapacidades relacionadas a hanseníase é um método eficaz tanto para a prevenção quanto para o controle desta doença e suas repercussões físicas e psicológicas.

Cabe ressaltar, a importância da equipe multidisciplinar, e, segundo o Ministério da Saúde preconiza, cada profissional deve ter a preocupação de compreender e oferecer uma assistência integral onde é primordial agregar os valores, os entendimentos, os conhecimentos, e os preconceitos que cada paciente percebe em sua rotina (BRASIL, 2001).

### 1.3 HANSENÍASE: ESTIGMA E PRECONCEITO

De origem grega, estigma significa de forma geral, sinais corporais que evidenciam algo de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava (GOFFMAN, 1988). Segundo mesmo autor, há dois grupos vulneráveis, o primeiro corresponde quando

o indivíduo possui um estigma não visível e assim manipula a informação sobre o mesmo; o outro é quando é visivelmente estigmatizado, como na hanseníase, desta forma é mais exposto e tende a manipular a tensão gerada, principalmente em encontros sociais.

A hanseníase possui a triste descrição de doença que provoca repulsa desde a época relatada na Bíblia até a contemporaneidade. Leva a marca da desonra ora associada aos Céus ora a moral, associando-se aos estigmas mais diversos, impulsionando os hansenianos a face mais tenebrosa da sociedade (EIDT, 2004; COELHO, 2008; SANGI et al. 2009).

Como já citado anteriormente, pessoas acometidas pela hanseníase vivenciam o preconceito e esse retrata o copioso estigma intrínseco desta enfermidade, isso em detrimento da incapacidades físicas (BRASIL, 2002).

A pessoa estigmatizada reflete a distância entre o que ela é e o que a sociedade esperaria dela, ao se instaurar um estigma relacionado a um tipo de acometimento se diminui a possibilidade de melhoria tanto da saúde física quanto da mental (GOFFMAN, 1988).

Segundo Pereira (2002) a classificação do sujeito se ampara no estigma e o preconceito fortalece esse processo. Pode-se ainda, nesse contexto e segundo mesmo autor, inserir outros conceitos como: estereótipo (imagem generalizada que um grupo ou pessoa possui); discriminação (comportamento manifesto por pessoa preconceituosa, adoção de padrões de rejeição a uma determinado grupo ou pessoa); exclusão social (padrão discriminatório). Todos esses conceitos podem ser relacionados ao adoecimento ocasionado pela hanseníase. Assim, há prejuízo na qualidade de vida associado as incapacidades físicas que refletem o estereótipo do hanseniano e desta forma contribui negativamente com a vida rotineira e as relações interpessoais (SINGHI et al. 2004; MARTINS, TORRES, OLIVEIRA, 2008; LUKA, 2010).

No Brasil, ressalta Diniz (1961), não diferente de outros lugares, a segregação foi intensa. Desde o início do século XX foram criados leprosários/colônias (que isolava, assistia e recuperava os doentes), preventórios (responsável por recolher os filhos sadios dos hansenianos, separados de seus pais) e dispensários (responsável pelo diagnóstico, triagem e tratamento dos hansenianos). Esse acolhimento estava muito longe de ser uma assistência integral, era na verdade uma ação aliada da campanha higienista que objetivava

o controle da endemia e não o tratamento e reintegração dos doentes (SANTOS; FARIA; MENEZES, 2008), enfatizando ainda mais o preconceito que se estabelece até nossos dias.

Segundo a WHO (2001) não é possível tratar a hanseníase de forma fragmentada, pois a saúde mental, a física e a social possuem uma linha tênue e estão profundamente enraizadas nessa moléstia. Assim deve-se compreender as diversas dimensões da doença, pois essa não atinge apenas o corpo físico, mas a vida como um todo, principalmente no que concerne o estigma e o preconceito (WHO, 2001).

## 1.4 DEPRESSÃO

Segundo o Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR, 2000), a depressão é classificada no rol dos Transtornos de Humor. Os principais sintomas, para o estabelecimento do diagnóstico clínico, são: humor deprimido, interesse e/ou prazer diminuídos de forma acentuada para exercer atividades, insônia ou hipersonia, perda ou ganho de peso de forma significativa, diminuição ou aumento do apetite, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia acentuados, sensação de inutilidade, pensamentos recorrentes sobre morte e ideação suicida, culpa excessiva, capacidade diminuída para elaborar os pensamentos. A depressão pode ser classificada como leve, moderado e grave (BRASIL, 2006).

Considerada uma síndrome psiquiátrica possui uma alta prevalência, segundo Teng, Humes e Demetrio (2005), de 3% a 5% da população em geral são acometidos por este transtorno. A incidência em população clínicas é mais significativa atingindo percentuais maiores, 5% a 10%, em pacientes ambulatoriais e, 9% a 16% em internados hospitalares. Os mesmos autores revelam que existe uma frequente associação entre depressão e o adoecimento, inferindo de forma negativa no prognóstico da própria doença como, por exemplo, a não adesão ao tratamento, a menor anuência às orientações e informações, e invariavelmente uma piora ainda maior no quadro psiquiátrico (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005).

Os transtornos mentais constituem um importante problema de saúde pública, acometem aproximadamente 25% das pessoas que desenvolveram problemas psicoemocionais em algum momento da vida (PRINCE et al., 2007), principalmente em momentos de vulnerabilidade. Estes transtornos estabelecem modificações nos aspectos

biopsicossociais e colaboram de forma definitiva nos baixos índices de QV, desta forma apresenta-se relevante a avaliação desta relação e com o este melhor entendimento é possível consolidar o pensamento e a interação da saúde global, ou seja, ao bem-estar físico e psicológico (JANSEN et al., 2011).

Segundo Tsutsumi e colaboradores (2004; 2007) a QV das pessoas com hanseníase esta profundamente relacionada ao estigma e desta forma atinge a saúde mental o que torna alta a prevalência de acometimentos psiquiátricos nesta população. Os principais acometimentos psicológicos encontrados são depressão, ansiedade, vergonha, embaraço e alterações de imagem corporal, principalmente, porque a enfermidade provoca um sofrimento que vai muito além da dor física, impacta aspectos da vida psicossocial destas pessoas, influenciando o convívio social, as atividades relacionadas ao trabalho e a religião, as relações interpessoais, ascendendo um forte aumento do estresse emocional (MARTINS et al. 2008; VAN BRAKEL, 2003; HEIJERS, 2006).

Um estudo desenvolvido pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, nos anos de 2006/2007, com 50 pacientes de dois centros de referência do município que têm implantado o programa de controle da hanseníase, revelou que, dos entrevistados, 20 (40%) relataram terem ficado depressivos; 13 (26%) perderam a vaidade; 14 (28%) tiveram medo de morrer; 32 (64%) tiveram medo de deficiências. O mesmo estudo descreve que o medo e desinformação com relação à doença não esta relacionado apenas na parte física engloba, principalmente a depressão, com um percentual de 40% dos participantes. A perda de vaidade também encontra destaque com 26% (FEMINA et al. 2007).

O surgimento da depressão e por conseguinte ideias suicidas esteve presente nas falas de pacientes doentes estudados por Eidt (2004), esta pesquisa objetivava a compreensão do significado da hanseníase para pessoas infectadas, outros sentimentos atrelados ao nível psicossocial foram descritos como: medo de ser descoberto como hanseniano, de transmitir a doença, dos acometimentos físicos, do abandono. da rejeição social, da solidão; também tristeza, insatisfação por ter adoecido e ansiedade.

Segundo Pedrosa (1991), é possível notar que os hansenianos estão absorvidos de sentimento de medo, culpa, vergonha e rejeição e desta forma não conseguem conviver com a doença dentro de sua rotina e de sua realidade, afeiçoando-se aos mitos e fantasias como diferentes mecanismos de defesa, pois a imagem corporal é um dos

componentes fundamentais na construção da identidade do indivíduo, a qual depende, em grande medida, da relação do indivíduo com o seu corpo.

Avaliar a depressão em pacientes com hanseníase, tem relevância máxima, pois assim pode-se atingir boa parte das dimensões humanas permitindo intervenções terapêuticas mais abrangentes e como, já descrito este acometimento possui a característica tanto de sinais e sintomas físicos quanto psicossociais. Conforme mencionada em subtítulo anterior e reforçado pelo estudo realizado por Pinto (1995) a respeito da evolução da hanseníase através dos tempos, o estigma imposto principalmente pela segregação representará, as pessoas acometidas pela hanseníase sentimentos como inutilidade, vergonha, culpa, raiva, ódio, angústia, aflição, constrangimento, desespero e depressão.

Neste estudo utilizaremos o Inventário de depressão de Beck- BDI que possui sua versão em português validada por Gorenstein e Andrade (1996) e analisa em seus 21 itens indicativos de sintomas de depressão dentre eles: tristeza, desesperança, sensação de fracasso, anedonia, culpa, sentimento de punição, desgosto consigo, autoacusação, ideação suicida, choro fácil, irritabilidade, perda de interesse pelas pessoas, indecisão, mudança na imagem corporal, dificuldade no trabalho, insônia, fadiga, falta de apetite, perda de peso, preocupação somática, perda de libido. Este instrumento abarca de forma consistente um dos objetivos deste trabalho principalmente quando considera-se que a depressão é um acometimento considerado grave sendo capaz de modificar comportamentos, segregar indivíduos, limitar e bloquear ações e invariavelmente diminuindo a QV, em especial quando falamos na correlação com a hanseníase.

## 1.5 QUALIDADE DE VIDA

O conceito de saúde é muito amplo e abrange diversos aspectos da vida diária de um indivíduo. A OMS define saúde como a percepção do indivíduo sobre seu bem-estar físico, mental e social, dentro do contexto de cultura e sistema de valores nos quais estão inseridas em relação aos seus objetivos, expectativas e padrões sociais e não meramente a ausência de doenças (WHOQOL, 1995; SAMPAIO, et al. 2005). A OMS evidencia três aspectos fundamentais para a formação do constructo QV: (1) subjetividade; (2) multidimensionalidade (3) presença de dimensões positivas e negativas. E após estudos e

incluindo todos estes componentes essenciais para elaborar um conceito tão amplo, a OMS definiu QV como “a percepção da pessoa em relação à posição que assume na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ela vive e a relação entre seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 1998). Conceito que seguiremos como norteador neste estudo.

Pesquisas sobre a QV tem ganhado cada vez mais importância. Sua investigação e informação tem sido utilizada como indicadores de eficácia, eficiência e impacto de diferentes doenças e tratamentos (AN et al. 2010). Assim como sua avaliação é indicada como instrumento para verificar aspectos da saúde da população e por conseguinte encoraja medidas de promoção da saúde, com o propósito de definir prioridades, sendo possível avaliar políticas públicas (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2008).

A literatura médica descreve que um bom modo de avaliar a qualidade de um tratamento é através dos resultados relacionados a prolongar a vida, aliviar a dor, restaurar a função e prevenir possíveis incapacidades, porém, deve-se analisar também qual o impacto na QV e de forma individualizada já que cada indivíduo oferece respostas diferentes (LYON, 2013). Apesar de muitos profissionais da saúde reconhecerem a importância de considerar o comprometimento da QV de seus pacientes para o tratamento da doença e atenção à saúde, essa avaliação, infelizmente, não é realizada com tanto cuidado e desta forma não demonstra o real impacto dos agravos à saúde sobre a vida cotidiana dos indivíduos (MARTINS; TORRES; OLIVEIRA, 2008).

Experiências vivenciadas pelos indivíduos como doenças, agravos ou intervenções em saúde são consideradas fatores ou medidas específicas que se relacionam intrinsecamente com a qualidade de vida, principalmente aquela cotidiana. A QV também associa-se diretamente ao quão satisfeito o indivíduo se encontra nas diversas dimensões, que são: vida familiar, amorosa, social, ambiental e a autopercepção corporal e existencial (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

QV é uma noção eminentemente humana e abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades. Em função das muitas definições e conceitos sobre o assunto, avaliar qualidade de vida não é uma tarefa simples.

A hanseníase implica diretamente em complicações imunológicas e pode causar incapacidade física e afeta invariavelmente a QV, onde a depressão é elemento de análise primordial (AN et al. 2010). Este prejuízo da QV se correlaciona com o estigma determinado

pela sociedade e afligi, não apenas as pessoas com hanseníase, mas seus familiares, particularmente nos aspetos sociais, econômicos e psicológicos (SCOTT, 2000; VAN BRAKEL, 2003; TSUTSUMI et al. 2004), tornando esta avaliação expressiva.

Esta doença ainda representa um grave problema de saúde pública, carregando os agravantes de enfermidade relacionada ao fator socioeconômico, mas não apenas, repercuti de forma avassaladora na dimensão psicológica dos pacientes e familiares, colaborando pra a diminuição da QV (EIDT, 2000).

Pesquisas realizadas com pacientes com hanseníase com o objetivo de analisar a qualidade de vida demonstraram baixos escores na maioria das dimensões estudadas (CASTRO et al., 2009; PROTO et al.,2010; LUSTOSA et al., 2011; REIS et al. 2013). Este prejuízo na QV constatado limita as relações interpessoais e interfere de forma brutal no aspecto social e psicológico estando muito relacionado ao agravamento físico associado as incapacidades (CASTRO et al., 2009).

Muitos são os instrumentos para a avaliação da qualidade de vida, optou-se neste estudo pela utilização do instrumento genérico, o WHOQOL-bref, uma versão abreviada validado no Brasil por Fleck e colaboradores (1999). Este instrumento possui características psicométricas satisfatórias, elaborada pelo Grupo WHOQOL, da OMS, a partir do instrumento original, o WHOQOL-100.

Os estudos que avaliam a qualidade de vida de pessoas com hanseníase são relevantes e importam não somente aos pacientes, mas também as suas famílias e sobretudo norteam o aperfeiçoamento de políticas públicas com a intenção de aprimorar a qualidade dos serviços ofertados a esta população.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar qualidade de vida, a depressão bem como o grau de incapacidade física de pessoas com hanseníase em tratamento atendidos em uma Unidade de Referência, e verificar a existência de correlações.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Destacar as condições socioeconômicas/demográficas e características clínicas da doença;
- Identificar o grau de incapacidade física;
- Determinar a qualidade de vida;
- Avaliar o nível de depressão;
- Verificar a ocorrência de correlação de depressão com alterações de qualidade de vida, presença de incapacidades físicas e as condições socioeconômicas/demográficas entre pessoas com hanseníase em tratamento atendidos em uma Unidade de Referência.

### **3. MATERIAL E MÉTODOS**

#### **3.1. TIPO DE PESQUISA**

Trata-se de um estudo observacional, transvesal, de abordagem quantitativa.

#### **3.2. LOCAL DA PESQUISA**

A pesquisa foi desenvolvida no município de Uberaba (MG), no Centro de Saúde Professor Eurico Vilela. Nesta unidade de atendimento em saúde há um setor de hanseníase, referência desta especialidade no município de Uberaba (MG), e atende aos 27 municípios que compõem a macrorregião do Triângulo Sul. A equipe de saúde desta unidade é composta por médico dermatologista, enfermeira, técnico em enfermagem e fisioterapeuta. Assiste em média 57 pacientes por mês. Esse Centro presta atendimento ambulatorial de nível secundário, sob demanda espontânea e referenciada.

Os serviços especializados prestados segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES Net) são Serviço de atenção ao paciente com tuberculose, Serviço de diagnóstico por imagem, Serviço posto de coleta de materiais biológicos e Serviço de Atenção Integral em Hanseníase, esse último o objeto de nosso interesse.

#### **3.3. POPULAÇÃO DA PESQUISA**

A população da pesquisa foi composta por todos os pacientes diagnosticados com hanseníase de qualquer uma das formas que a doença se apresenta, em tratamento no Centro de Saúde Professor Eurico Vilela.

### 3.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão: pacientes diagnosticados com hanseníase de qualquer uma das formas a que a doença se apresenta, pacientes que foram introduzidos ao tratamento para hanseníase a pelo menos 30 dias, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A e B) e maiores de 18 anos.

### 3.5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os critérios exclusão: pacientes que foram introduzidos ao tratamento para hanseníase a menos de 30 dias, e menores de 18 anos.

### 3.6. CRITÉRIO DE NÃO INCLUSÃO

O critério de não inclusão: pacientes que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### 3.7. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foram utilizados os instrumentos: Formulário estruturado, Questionário sobre qualidade de vida-WHOQOL-bref – versão em português, Inventário de depressão de Beck-BDI, descritos a seguir:

1- Formulário estruturado que busca contemplar as informações sobre as características socioeconômicas e demográficas, características clínicas da doença e

trajetória da doença (Apêndice C). Este formulário inclui as variáveis: idade, sexo, estado civil, cor/raça, escolaridade, ocupação (profissão), renda familiar, tempo de tratamento e tipo de hanseníase (classificação operacional), forma clínica, grau de incapacidade no momento do diagnóstico, esquema de PQT utilizado, número de contatos examinados, primeiros sinais e sintomas, tempo entre primeiros sinais e sintomas e diagnóstico, local de atendimento e assistência. O grau de incapacidade foi avaliado como dado secundário através do prontuário do paciente no qual faz integrante a Ficha de Avaliação do Grau de Incapacidade Física (Anexo 1) preconizada pelo Ministério da Saúde, e/ou na ficha de notificação e investigação do Sistema de Informação de Notificação de Agravos Nacional - (SINAN) (Anexo 2). O grau de incapacidade é preconizado pelo Ministério da Saúde como sendo o grau com variação de zero (0) a dois (2) para o olho, a mão e o pé. Os sinais e sintomas do “grau 0” do olho, mão e pé são caracterizados por nenhum problema devido à hanseníase; o Grau 1 é definido por diminuição ou perda da sensibilidade, o Grau 2 (olho) apresenta: lagoftalmo (incapacidade de ocluir os olhos), ectrópio desabamento da pálpebra inferior= eversão), triquíase (cílios invertidos para dentro do olho), opacidade corneana central, acuidade visual menor que 0,1 ou não contar dedos a 6 metros. Para a mão o “Grau 2” é caracterizado por lesões traumáticas, garras, reabsorção, mão caída, contratura; e para o pé pode observar úlceras tróficas e lesões traumáticas, garra dos artelhos, pé caído, reabsorção, contratura. Este formulário é parte integrante dos prontuários dos pacientes atendidos no Centro de Saúde Professor Eurico Vilela.

## 2- Inventário de depressão de Beck- BDI (Anexo 3).

Alguns instrumentos e estudos nacionais e internacionais possuem grande significância nesta avaliação, como: o Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory*- BDI); Escala de Fadiga de *Piper*, SF-36; Centro de estudos epidemiológicos escala de depressão (CES-D); Escala de Impacto de Eventos (IES); dentre outros (GORENSTEIN; ANDRADE, 1996; MOTA, 2008). Entre os instrumentos estudados, traduzidos e validos no Brasil encontram-se: Inventário de Depressão de Beck- (GORENSTEIN; ANDRADE, 1996) o qual foi utilizado neste estudo. Este Inventário possui sua versão em português validada por Gorenstein e Andrade (1996) é composto de 21 itens, com o objetivo de avaliação de sintomas e atitudes que variam numa escala de pontuação de 0-3. São mensurados os seguintes sintomas e atitudes: tristeza, desesperança, sensação de fracasso, anedonia, culpa, sentimento de punição, desgosto

consigo, autoacusação, ideação suicida, choro fácil, irritabilidade, perda de interesse pelas pessoas, indecisão, mudança na imagem corporal, dificuldade no trabalho, insônia, fadiga, falta de apetite, perda de peso, preocupação somática, perda de libido. Os resultados referem-se a intensidade da depressão e são avaliados pelos escores: ausência de depressão escore menor que 15; disforia escore entre 16 a 20 e compatível para depressão escore maior que 21 (GORENSTEIN; ANDRADE, 1996). Este instrumento avalia a prevalência e a intensidade de depressão, tem valor preditivo de aproximadamente 90%. O BDI não confirma o diagnóstico apenas sugere sintomas de depressão, em outras palavras analisa a presença do indicativo de depressão.

3- Questionário sobre qualidade de vida – WHOQOL - bref – versão em português (Anexo 4).

Vários instrumentos são encontrados na literatura especializada, sendo um deles elaborado e validado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) o instrumento World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) 100 para o Brasil, o qual avalia a QV de indivíduos com ou sem enfermidades. Este possui seis domínios (psicológico, físico, nível de independência, relações sociais, ambientes e espiritualidade). Cada um destes domínios é constituído por facetas que são avaliadas por quatro questões, foi realizado teste de campo por Fleck e colaboradores (1999) da versão em português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde, versão integral com 100 questões (WHOQOL-100). Porém, experiência de campo traduziram a necessidade de um instrumento mais sucinto, que possibilitasse um curto tempo de aplicação, mas sem perder as características psicométricas. Assim sendo, o grupo de qualidade de vida da OMS elaborou o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) bref. A validação deste instrumento, no Brasil, foi realizada em uma amostra de pacientes em Porto Alegre/RS.

Este instrumento proposto para adultos, tem sido utilizado para mensurar a qualidade de vida relacionada à saúde em grupos de indivíduos enfermos e sadios (PEREIRA et al. 2006), justificando-se assim o seu uso nesse estudo.

A versão abreviada (WHOQOL-bref ou abreviado), composto por 26 questões. Dessas questões, duas são questionamentos gerais sobre qualidade de vida e saúde, e 24 cobrem quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente; com suas respectivas questões (facetas), segue quadro para melhor exposição:

**Quadro 1-** Questões referentes a cada domínio do Instrumento de qualidade de vida, WHOQOL-bref (FLECK et al., 1999).

<b>WHOQOL-BREF</b>	
<b>Domínios</b>	<b>Questões</b>
<b>Físico</b>	Q3- Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que precisa? Q4- O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? Q10- Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia? Q15- Quão bem você é capaz de se locomover? Q16- Quão satisfeito (a) você está com o seu sono? Q 17- Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? Q18- Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?
<b>Psicológico</b>	Q5- O quanto você aproveita a vida? Q6- Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? Q7- O quanto você consegue se concentrar? Q11- Você é capaz de aceitar sua aparência física? Q19- Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo? Q26- Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?
<b>Ambiente</b>	Q8- Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária? Q9- Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? Q12- Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? Q13- Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia? Q14- Em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer? Q23- Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora? Q24- Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? Q25- Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?
<b>Relações sociais</b>	Q20- Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? Q21- Quão satisfeito (a) você está com sua via sexual? Q22- Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

### 3.8. COLETA DOS DADOS

As pessoas atendidas no Centro de Saúde Professor Eurico Vilela foram abordadas individualmente na sala de espera e convidados a participar das entrevistas. Foi reservada uma sala privativa onde foram feitas as entrevistas garantindo o conforto e a privacidade

do respondente. Em alguns casos foi agendado dia e horário mais adequados. A partir de uma breve apresentação do estudo o paciente interessado e disposto a participar assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a seguir foi iniciada a entrevista. A entrevista foi realizada pelo pesquisador.

O primeiro instrumento aplicado foi o Formulário Sociodemográfico e Econômico, seguido do Inventário de depressão de Beck- BDI e logo após o Questionário WHOQOL-bref. A investigação dos prontuários daqueles que aceitaram participar da pesquisa foi, então, realizada com preenchimento e análise do formulário de classificação de incapacidades físicas (dados secundários), parte integrante dos prontuários destes pacientes.

A coleta de dados foi realizada com plantão do pesquisador na Unidade referida e realizada nos meses de setembro e outubro de 2014. Com o propósito de impossibilitar a perda da confidencialidade, as entrevistas foram codificadas, os nomes dos sujeitos foram substituídos por números e os resultados não possuem variáveis de identificação pessoal.

#### 4. PROCESSAMENTO, GERENCIAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

As informações coletadas foram gerenciadas no software *Excel*®, para isto foi construída uma planilha eletrônica para armazenagem dos dados, através do deste programa. Foi empregada a técnica de validação por dupla digitação de modo a detectar inconsistências. Para a análise estatística, o banco foi importado para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.

Para análise dos dados, foram realizadas análises descritivas para todas as variáveis quantitativas (média, mediana, máxima, mínima e desvio padrão). Cada domínio do WHOQOL-bref foi analisado isoladamente, com seus escores calculados empregando-se as sintaxes disponibilizadas pela OMS. O escore compreendeu de 0 a 100, sendo que o maior número corresponde a melhor qualidade de vida. Com relação ao BDI foi adotado os pontos de corte: ausência de depressão escore menor que 15; disforia escore entre 16 a 20 e compatível para depressão escore maior que 21.

Para verificar possíveis correlações entre as características socioeconômicas e demográficas, as características e trajetória da doença, utilizou-se o teste de Correlação de Pearson nas análises entre variáveis quantitativas (bivariadas) e Correlação de Spearman nas correlações em que uma das variáveis era ordinal, o Teste t de Student para amostras independentes e, quando necessário, o teste de Mann-Whitney, como alternativa não paramétrica. As correlações foram estabelecidas segundo a convenção de interpretação dos valores do coeficiente adotada de que valores  $0 \leq |r| < 0,3$  apontam correlação fraca, valores  $0,3 \leq |r| < 0,5$  referem correlação moderada e valores  $0,5 \leq |r| \leq 1,0$  indicam correlação forte entre as variáveis (COHEN, 1988). O nível de significância para os testes foi de 0,05% ( $p < 0,05$ ).

## 5. ASPECTOS ÉTICOS

Essa pesquisa foi submetida à apreciação e aprovação do Comitê de ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM ) sob protocolo de aprovação nº 2173 (Anexo 5), em respeito às questões éticas de pesquisas que envolvem seres humanos definidos pelo Conselho Nacional de Saúde (Lei 466/12). Bem como foi efetuada a solicitação para a coleta de dados para a Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba-MG (apêndice D).

As pessoas com hanseníase atendidas no Centro de Saúde Professor Eurico Vilela, após terem sido esclarecidas sobre o tema, objetivo e finalidade do trabalho, bem como sobre a garantia do anonimato, sigilo e privacidade, foi solicitado a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, sendo que uma permane com o pesquisador e a outra com a paciente. As entrevistas foram realizadas em espaço físico, que garantiu a privacidade do respondente disponível nesta Unidade de Referência. Vale ressaltar que os pacientes que apresentar escores sugestivos de depressão no momento da coleta dos dados foram encaminhados ao Serviço de referência do município de Uberaba para avaliação e intervenção.

## 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICAS/DEMOGRÁFICAS DOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM HANSENÍASE EM TRATAMENTO, UBERABA-MG

Este estudo foi realizado com pacientes diagnosticados com hanseníase de qualquer uma das formas que a doença se apresenta, em tratamento há pelo menos 30 dias, no Centro de Saúde Professor Eurico Vilela. Foram convidados a participar 43 pacientes que atendiam aos critérios de inclusão, representando 75,43% do total da população (57 pacientes totais). Em detrimento a algumas negativas de respondentes o número final atendeu a 32 participantes (74,41%).

A caracterização socioeconômica/demográfica esta apresentada na Tabela 1 (variáveis: sexo, faixa etária, cor da pele, estado civil e escolaridade). Os dados demonstram que houve predomínio de pacientes do sexo masculino (59,4%). A idade variou de 22 a 89 anos completos, com média de idade de 49,28 anos (desvio padrão de 16,93 anos). A faixa etária predominante foi entre 51 e 60 anos. 46,9% dos respondentes eram pardos, 40,6% solteiros e 40,6% revelaram que possuíam o ensino fundamental completo.

**Tabela 1** - Dados socioeconômicos/demográficos dos pacientes diagnosticados com hanseníase em tratamento (sexo, idade, cor da pele, estado civil e escolaridade). Uberaba-MG, 2014

<b>Variáveis</b>	<b>N (n=32)</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	13	40,6
Masculino	19	59,4
<b>Faixa etária</b>		
20 a 30 anos	4	12,5
31 a 40 anos	8	25,0
41 a 50 anos	5	15,6
51 a 60 anos	9	28,1
61 a 70 anos	2	6,3
71 a 80 anos	3	9,4
81 anos ou mais	1	3,1
<b>Cor da pele</b>		
Branca	9	28,1
Preta	7	21,9
Amarela	1	3,1
Parda	15	46,9
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	13	40,6
Casado	11	34,4
Separado/Divorciado	5	15,6
Viúvo/a	2	6,3
Outro	1	3,1
<b>Escolaridade</b>		
Sem escolaridade	2	6,3
Ensino fundamental incompleto	7	21,9
Ensino fundamental completo	13	40,6
Ensino Médio incompleto	10	31,3

**Fonte:** a autora, 2014.

Nota: Utilizada a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2011) para a variável cor da pele.

Pode-se observar (Tabela 1), em relação ao sexo dos pacientes, a maioria são homens (59,4%) assim como em outros estudos onde a ocorrência da hanseníase encontrada foi maior no sexo masculino (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2003; ARAÚJO, 2005; CASTRO et al., 2009; COSTA et al., 2012).

A pesquisa de Sobrinho e colaboradores (2009) encontrou a idade de 50 anos como mais prevalente e a faixa etária predominante dos 20 a 49 anos. Na presente pesquisa foi

observado que a faixa etária de maior ocorrência foi a de 51 a 60 anos (28,1%), seguida da de 31 a 40 anos (25,0%) e da de 41 a 50 anos (15,6%). Em ambos os estudos os pacientes encontram-se em plena atividade laboral e com o aparecimento dos sintomas e da doença sua produtividade é comprometida, sendo muitas vezes necessário o afastamento do trabalho (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2003). O discreto aumento da faixa etária encontrada neste estudo pode ser justificada pelo envelhecimento da população brasileira, com o aumento proporcional dos mais idosos e a diminuição dos mais jovens (BRASIL, 2011). Observa-se também que com o aumento da idade do indivíduo o sistema imunológico decai em sua função ficando, a cada ano vivido, mais deficitário, propiciando uma maior suscetibilidade ao acometimento de doenças infectocontagiosas (SOUZA; SILVA; HENRIQUES, 2005).

A cor da pele encontrada com predominância foi a parda (46,9%) corroborando com o estudo de Lima e colaboradores (2009). Não existe a predisposição à infecção pelo bacilo da hanseníase relacionado a cor da pele, e esta prevalência de pardos pode estar associada à miscigenação da população brasileira (KANEKO et al., 1990; LIMA et al., 2009).

Os dados a cerca do estado civil entraram em desacordo, pois na pesquisa discutida 40,6% são solteiros enquanto no estudo realizado por Brodersen e Hermann (2006) o maior percentual foi o casado. O percentual de casado também foi maior na pesquisa realizada por Duarte, Ayres e Simonetti (2007) com 75,6%. Segundo Corrêa (2006) o estado civil vigora de forma preponderante na qualidade de vida e rede de apoio durante o diagnóstico e tratamento da hanseníase, assim, uma situação conjugal não definida como estável pode interferir negativamente na QV do paciente.

A informação sobre a escolaridade mostra que 40,6% dos respondentes possui o ensino fundamental completo, enquanto outros estudos encontraram preponderância em ensino fundamental incompleto (ARAÚJO, 2005; DUARTE ; AYRES; SIMONETTI, 2007). Araújo (2005) descreve que mais da metade da população estudada possui o ensino fundamental incompleto e os dados de Duarte, Ayres e Simonetti (2007) foram de 68% para ensino fundamental incompleto. A pesquisa realizada por Pieri (2013) encontrou um resultado para escolaridade mais semelhante ao nosso, embora um pouco maior, 66,39% para ensino fundamental completo. De forma geral, a baixa escolaridade contribui de forma significativa como fator de risco para a hanseníase, bem como, para o abandono e ou não

aderência ao tratamento, isso não apenas para a hanseníase, mas para qualquer doença grave (AMARAL; LANA, 2008; DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2007).

A seguir, a tabela 2 referente a caracterização socioeconômica demográfica (variáveis: renda familiar, ocupação, trabalhava quando descobriu a doença, situação atual e moradia).

**Tabela 2** - Dados socioeconômicos/demográficos dos pacientes diagnosticados com hanseníase em tratamento (renda familiar, ocupação, trabalhava quando descobriu a doença, situação atual e moradia). Uberaba-MG, 2014

<b>Variáveis</b>	<b>N (n=32)</b>	<b>%</b>
<b>Renda familiar</b>		
Sem renda fixa (serviço eventual)	5	15,6
Até 1 salário mínimo (SM)	9	28,1
>1 e até 3 SM	14	43,8
>3 e até 5 SM	3	9,4
> 5 SM	1	3,1
<b>Ocupação</b>		
Comerciante	4	12,5
Pedreiro	4	12,5
Costureira	2	6,3
Estudante	4	12,5
Gari	1	3,1
Vendedor	4	12,5
Manicure	2	6,3
Merendeira	1	3,1
Do lar	5	15,6
Aposentado	5	15,6
<b>Trabalhava quando descobriu a doença</b>		
Sim	20	62,5
Não	12	37,5
<b>Situação atual</b>		
Desempregado	12	37,5
Empregado	6	18,8
Autônomo	9	28,1
Do lar	5	15,6
<b>Moradia</b>		
Própria	11	34,4
Alugada	19	59,4
Instituição	1	3,1
Outro	1	3,1

Fonte: a autora, 2014.

Segundo diversos autores, não apenas a escolaridade é considerada fator de risco para a hanseníase, mas a baixa renda é fator preponderante, estes autores acrescentam que a tuberculose, a esquistossomose, a Doença de Chagas, dengue, leishmaniose e malária, juntamente com a hanseníase são tidas como doenças negligenciadas e consideradas como endêmicas para essa população de baixa renda (MATHERS; EZZATI; LOPEZ, 2007). Na tabela 2 observa-se que o maior percentual, 43,8% corresponde aos pacientes que possuem renda familiar maior que um salário mínimo a três salários mínimos, é importante relatar que 28,1% possui renda de até um salário mínimo e que 15,6% não possui renda fixa (serviço eventual). Resultado semelhante foi encontrado em pesquisa, onde 59% dos participantes possui renda familiar de até um salário mínimo (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2007). A influência do aspecto econômico, conjuntamente com os aspectos sociais e psicológicos exerce forte impacto no enfrentamento da doença e na manutenção da saúde, assim acarretando uma qualidade de vida prejudicada (GERHARDT, 2006).

As ocupações encontradas (tabela 2) foram no setor de serviços e serviços gerais, onde a qualificação não é primordial, como comerciante e vendedor, pedreiro, costureira, gari, manicure e merendeira totalizando 56,3%. Aposentados perfizeram 15,6% assim como do lar atingiu o mesmo percentual. Estudantes somaram 12,5%. Achado semelhante ao da pesquisa realizada por Duarte, Ayres e Simonetti (2007), corroborando com os dados expressos e também com o nível de escolaridade encontrado. As ocupações encontradas e baixa escolaridade oferecem um aspecto limitador, tanto para uma colocação profissional com melhor remuneração como para as ações de orientação referentes a doença, seu tratamentode e a prevenção de incapacidades físicas ofertadas pelos profissionais de saúde (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2007; COSTA, 2009). Ainda é possível verificar que 37,5% estão desempregados 28,1% revelaram ser autônomos e 15,6% estão em situação do lar, apenas 18,8% encontram-se empregados. Com relação a variável “trabalhava quando descobriu a doença”, 62,5% responderam que tabalhavam (tabela 2).

Dentre os participantes 59,4% revelaram residir em moradia alugada, 34,4% em casa própria, 3,1% reside em Instituição de Longa Permanência e 3,1% refere “estar de favor em casa de parentes” (tabela 2).

## 6.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA DOENÇA DOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM HANSENÍASE EM TRATAMENTO, UBERABA-MG

Quanto as características da doença e sua trajetória os dados foram expressos na tabela 3 que segue.

**Tabela 3** - Dados sobre as características da doença e sua trajetória dos pacientes diagnosticados com hanseníase em tratamento (primeiros sintomas, primeiro serviço procurado, quanto tempo dos primeiros sintomas até iniciar tratamento, quanto tempo para iniciar o tratamento). Uberaba-MG, 2014

<b>Variáveis</b>	<b>N (n=32)</b>	<b>%</b>
<b>Primeiros sintomas notados</b>		
Manchas na pele	14	43,8
Formigamento e ou dormência dos membros	6	18,8
Nódulos	5	15,6
Espessamento de nervos	2	6,3
Dor	4	12,5
Perda de sensibilidade	1	3,1
<b>Primeiro serviço de Saúde procurado</b>		
ESF/EACS	2	6,3
UBS	17	53,1
Ambulatório de referência	12	37,5
Não sabe	1	3,1
<b>Quanto tempo dos primeiros sintomas até iniciar Tratamento</b>		
4 a 6 meses	2	6,3
7 a 9 meses	12	37,5
10 a 12 meses	17	53,1
> 12 meses	1	3,1
<b>Quanto tempo para iniciar o tratamento</b>		
1 dia	3	9,4
2 dias	5	15,6
3 dias	17	53,1
4 dias	6	18,8
5 dias ou mais	1	3,1

**Fonte:** a autora, 2014.

Com o percentual de 43,8% manchas na pele obteve o maior valor na variável primeiros sintomas notados, seguido por formigamento e ou dormência dos membros (18,8%), nódulos (15,6%), dor (12,5%), espessamento dos nervos (6,3%), perda da sensibilidade (3,1%).

Os dados sobre a procura dos serviços de saúde (tabela 3) revelou que 53,1% dos pacientes ao perceber os primeiros sintomas procurou a Unidade Básica de Saúde – UBS para avaliação, seguido pelo ambulatório de referência Centro de Saúde Prof.<sup>o</sup> Eurico Vilela com 37,5%. Neste contexto evidencia-se a verdadeira importância da Atenção Básica em suas unidades, ou seja, UBS que sublocam as EFS, que remetem a uma melhor acessibilidade da população (LAPA et al., 2006). Desde abril de 2014 os pacientes diagnosticados com hanseníase procedentes de outras localidades, excluindo-se o município de Uberaba-MG, são encaminhados pelo ambulatório de referência Centro de Saúde Prof.<sup>o</sup> Eurico Vilela para a localidade original, ou seja, são avaliados neste Centro de referência, mas o seguimento de seu tratamento é feito em seu local de origem. Isto ocorre como estratégia de descentralização e apoio logístico em relação aos pacientes com a intenção de favorecimento e melhor condução do prognóstico, bem como, melhor acompanhamento dos casos e diminuição de abandonos do tratamento.

O tempo entre o aparecimento dos primeiros sintomas e o tratamento (tabela 3) foi entre 10 a 12 meses para 53,1% dos pacientes. E o tempo médio para o início do tratamento foi de 4,54 dias. Neste contexto ressaltamos o grande desafio da quebra da cadeia de transmissão tratada como prioritária pelo Pacto pela Vida preconizado pelo Ministério da Saúde que instila ações e medidas para que este tempo entre o aparecimento dos primeiros sintomas, a procura pelo serviço de saúde e o início do tratamento sejam cada vez menores (BRASIL, 2006), rompendo a cadeia e por consequência diminuindo o número de novos casos.

A seguir tabela 4 com os dados sobre as características da doença e sua trajetória dos pacientes diagnosticados com hanseníase em tratamento.

**Tabela 4** - Dados sobre as características da doença e sua trajetória dos pacientes diagnosticados com hanseníase em tratamento (classificação operacional, forma clínica, tratamento utilizado, Número de pessoas em sua moradia, número de contatos examinados e abandono do tratamento). Uberaba-MG, 2014

<b>Variáveis</b>	<b>N (n=32)</b>	<b>%</b>
<b>Classificação Operacional</b>		
Paucibacilar	6	18,8
Multibacilar	26	81,3
<b>Forma clínica</b>		
Indeterminada	7	21,9
Tuberculóide	2	6,3
Dimorfa	9	28,1
Não Classificada	14	43,8
<b>Tratamento utilizado</b>		
Esquema PB	5	15,6
Esquema MB	27	84,4
<b>Número de pessoas em sua moradia</b>		
uma	1	3,1
duas a quatro	16	50,0
Mais que quarto	15	46,9
<b>Número de contatos examinados</b>		
um	14	43,8
De dois a quatro	12	37,5
Mais que Quatro	6	18,8
<b>Abandono do tratamento</b>		
Sim	6	18,8
Não	26	81,3

**Fonte:** a autora, 2014.

Com relação a classificação operacional (tabela 4) 81,3% dos pacientes apresentam a hanseníase multibacilar e 18,8% a paucibacilar. Corroborando com estudo que analisou através do SINAN 119 pacientes de 2009 a 2012 e encontrou 22% de paucibacilares e 78% de multibacilares (PIERI, 2013). Os dados encontrados Lana e colaboradores (2011) também foram semelhantes, 63,2% para multibacilares.

As formas da hanseníase representadas na tabela 4 se apresentaram com o percentual de 28,1% para Dimorfa, 21,9% para Indeterminada, 6,3% para Tuberculóide e 43,8% não foi avaliada, estes pacientes não avaliados empregam-se o tratamento para

multibacilar. Resultado semelhante aos estudos de Lima e colaboradores (2012) onde 69,91% representaram casos da forma clínica Dimorfa, 5,14% da indeterminada, 1,71% da forma tuberculóide, 4,95% não classificada e neste mesmo estudo a forma virchowiana representou 18,29% o que diferiu dos nossos dados os quais não apresentaram nenhum caso declarado de hanseníase Virchowiana. Outro dado que obteve uma diferença significativa foi os casos não avaliados com uma diferença expressiva entre os dois estudos. E segundo os mesmos autores seria importante e imprescindível que outras formas de diagnóstico deveriam ser utilizadas para que o diagnóstico diferencial seja uma realidade e assim permitindo uma redução de notificações de formas não avaliadas (LIMA et al., 2012).

Em decorrência da classificação operacional encontramos na variável “tratamento utilizado”, 84,4% para o tratamento para multibacilares e 15,6% para paucibacilares (tabela 4). Estes dados diferem em aproximadamente 3,1%, quando comparados ao resultado da variável “classificação operacional” que corresponde a um paciente classificado como paucibacilar, mas por recomendação é administrado o tratamento para multibacilar.

Outro fator preponderante para que aconteça de fato um decréscimo no número de casos e ocorra o diagnóstico precoce é o controle e avaliação dos contatos dos pacientes mesmo que em tratamento, principalmente os intradomiciliares (CAMELO, 2006). Constatou-se que 50% dos respondentes relataram que residem de duas a quatro pessoas, seguido pelo percentual de 46,9% que coabitam com mais de quatro pessoas (tabela 4). Em relação ao número de contatos examinados observamos em 43,8% apenas uma pessoa foi avaliada, e, apenas em 18,8% mais que quatro pessoas foram examinadas. Os dados coletados expressam uma diferença entre a média do número de pessoas que reside no mesmo domicílio do paciente (nome da variável: “Número de pessoas em sua moradia”) e o número de contatos examinado (nome da variável: “Número de contatos examinados”). A média de pessoas coabitam o mesmo domicílio foi de 2,44 pessoas e a média de contatos examinados foi de 1,75 pessoas, estes dados foram adquiridos de forma secundária através dos prontuário do paciente. Segundo Bailardi (2008) estudos refletem ainda o estigma relacionado ao diagnóstico da hanseníase, ao sofrimento de segregação instituído no passado e que permanecem vivos até nossos dias. Assim, o medo da realidade do diagnóstico remete a uma provável omissão com o intuito de preservação evitando o preconceito e a rejeição (GARCIA, 2001; EIDT, 2004). Esta omissão também foi relatada por Silva e colaboradores (2008) em sua pesquisa que objetivava investigar as modificações

de vida relacionadas ao diagnóstico de hanseníase, constatou-se que por vezes a “mentira” ou supressão da verdade torna-se necessária para a continuidade de manter-se no emprego ou mesmo manter as relações sociais.

### 6.3 AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA DOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM HANSENÍASE EM TRATAMENTO, UBERABA-MG

A hanseníase também pode ser classificada conforme o grau de incapacidade física. Esta classificação possui a seguinte determinação: grau 0 é atribuída quando não há comprometimento neural nos olhos, nas mãos ou pés, decorrentes da hanseníase; o grau 1 corresponde à diminuição ou perda de sensibilidade nos olhos, mãos e pés; e, o grau 2, indica a presença de deficiências físicas do tipo lagoftalmo e/ou ectrópio, triquíase, opacidade corneana central, acuidade visual menor que 0,1 ou incapacidade de contar dedos a seis metros, lesões tróficas e/ou traumáticas, garras, reabsorção óssea, mãos e pés caídos e contratura de tornozelo (BRASIL, 2008).

A representação dos dados obtidos segue na tabela 5.

**Tabela 5** - Dados sobre o grau de incapacidade encontrado dos pacientes diagnosticados com hanseníase em tratamento. Uberaba-MG, 2014

Variável	N (n=32)	%
<b>Grau de Incapacidade Física</b>		
Grau 0	6	18,8
Grau1	12	37,5
Grau 2	6	18,8
Não avaliado	8	25,0

**Fonte:** a autora, 2014.

As informações foram obtidas através dos prontuários dos pacientes em tratamento atendidos no Centro de Saúde Prof.<sup>o</sup> Eurico Vilela, assim correspondem a dados secundários. Observamos que 37,5% dos entrevistados foram avaliados com grau 1 de incapacidade física, 18,8% representaram o grupo com grau 0 e com o mesmo percentual

encontramos os pacientes com grau 2. Dos prontuários analisados 25% não haviam sido avaliados com relação as incapacidades físicas (tabela 5).

Em estudo realizado no Rio de Janeiro, por Reis, Gomes e Cunha (2013) com pacientes submetidos a cirurgia de neurólise os dados encontrados foram semelhantes com relação aos graus 0 e 1 de incapacidade física, com 50,0% para grau 1, 33,3% para grau 2 e 16,7% para grau 0. Resultado equivale na pesquisa realizada por Silva Sobrinho e colaboradores (2007) onde também o grau 1 foi predominante com 41,4%. Em diversas pesquisas o grau 2 de incapacidade física obteve os maiores percentuais (FINEZ; SALOTTI, 2011; CORRÊA et al., 2014).

A ocorrência de percentuais maiores para grau 1 e 2 de incapacidades físicas remete a de um diagnóstico tardio, principalmente pela da evolução da doença, e a ausência de tratamento e acompanhamento (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009). Estudo revela que esta situação pode ser explicada em decorrência da falta de expressão de políticas públicas de saúde, e, revelam a maior incidência de casos de hanseníase multibacilar em relação a paucibacilar, ocasionando de forma mais intensa os acometimentos físicos, pois é forma da doença mais grave e, assim, elevando os percentuais de incapacidades físicas associados a hanseníase (PIMENTEL et al., 2004)

Estudo realizado em Uberaba-MG no período de 2000 a 2006 constatou que 66,2% dos pacientes foram avaliados com relação ao grau de incapacidade física (MIRANZI; PEREIRA; NUNES, 2010), percentual inferior ao encontrado na pesquisa em questão, onde 75,0% foram avaliados. Mesmo com este perfil de aumento da avaliação é importante citar que este procedimento deve ser utilizado em sua totalidade, pois é uma medida da morbidade em hanseníase e relaciona-se o achado de algum grau de incapacidade física no momento do diagnóstico com um diagnóstico tardio e retrata indicador de doentes que deixaram de ser detectados na fase inicial da doença (GOULART et al., 2002).

O estudo realizado por Silva, Pinto e Cunha (2012) verificou que 100% dos pacientes foram avaliados e destes 67% não apresentavam nenhum grau de incapacidade física, sendo que 5,6% apresentavam grau 2, esse percentual corresponde ao parâmetro considerado pelo Ministério da Saúde determinado pela Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010, como médio (apresentação de grau 2 entre 5 e 9,9%) e indica um diagnóstico intermediário. Em nosso estudo 18,8% dos pacientes apresentavam grau 2 e segundo

mesmo parâmetro indica uma alta detecção de casos em tempo tardio, pois encontra-se superior a 10%.

Segue tabela 6 com a correlação entre o grau de incapacidade e as variáveis idade, renda familiar, escolaridade e situação ocupacional atual.

**Tabela 6** – Correlação entre grau de incapacidade física e as variáveis idade, renda familiar, escolaridade e situação ocupacional atual dos pacientes diagnosticados com hanseníase em tratamento. Uberaba-MG, 2014.

Grau de incapacidade	Idade (em anos completos)		Renda familiar		Escolaridade		Situação atual ocupação	
	r <sup>a</sup>	p <sup>*</sup>	r <sup>b</sup>	p <sup>*</sup>	r <sup>a</sup>	p <sup>*</sup>	r <sup>a</sup>	p <sup>*</sup>
<b>Grau 0</b>	-0,23	0,53	-0,26	0,76	-0,13	0,46	-0,17	0,13
<b>Grau 1</b>	-0,18	0,47	-0,22	0,28	-0,28	0,28	-0,26	0,48
<b>Grau 2</b>	-0,29	0,02**	-0,27	0,03**	-0,25	0,04**	-0,16	0,04**

<sup>a</sup>Correlação de Pearson. <sup>b</sup> Correlação de Spearman

\*\*Estatisticamente significativo, considerando  $\alpha = 0,05$ .

Fonte: a autora 2014.

Ao correlacionar os graus de incapacidade física com a idade, renda familiar, escolaridade e situação atual relacionada a ocupação (tabela 6), observamos correlações estatisticamente significativas para idade e grau 2, confirmado pela correlação fraca e negativa sugerindo que conforme a idade avança o grau de incapacidade se torna mais grave; para renda familiar e grau 2 onde observa-se a correlação fraca e negativa, ou seja, o grau maior de incapacidade aumenta quanto menor a renda familiar; para grau 2 e situação atual relacionada a ocupação, onde a correlação também foi fraca e negativa trazendo a equação quanto maior for o grau de incapacidade menor a possibilidade de estar economicamente ativo. E para a variável escolaridade observou-se correlação com o grau 2, sendo fraca e negativa, inferindo que os pacientes com maior grau de incapacidade possuem menos anos de estudo.

Estes achados confluíram com diversos estudos que consideram a baixa escolaridade como um fator preponderante para o aumento das comorbidades associadas a hanseníase, relatam também, que esta baixa escolaridade advem até mesmo da própria doença impedindo as oportunidades de educação, complementam que a renda familiar baixa restringe tanto o acesso aos meios de informação quanto aos serviços de saúde

elevando, assim, o índice de diagnósticos tardios e por consequência, leva ao aumento das incapacidades físicas (TSUTSUMI et al., 2007; MOSCHIONI, 2010; MANKAR et al., 2011; NASCIMENTO, 2012).

#### 6.4 QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM HANSENÍASE EM TRATAMENTO, UBERABA-MG

A hanseníase prejudica a qualidade de vida dos indivíduos por acometer nervos podendo levar a lesões cutâneas. Estes acometimentos dependem da forma clínica da doença, de seu percurso, provocando incapacidades físicas e sequelas (BRASIL,2002; VERONESE, 2004; BRASIL 2006b).

Os resultados relacionados à QV dos pacientes diagnosticados com hanseníase em tratamento estão expostos por meio das medidas de centralidade e dispersão de escores dos domínios de QV do WHOQOL-bref (tabela 7). A consistência interna do WHOQOL-bref foi avaliada através do Coeficiente de  $\alpha$  de Cronbach.

**Tabela 7-** Medidas de tendência central, de variabilidade e consistência interna para os domínios de qualidade de vida dos pacientes diagnosticados com hanseníase em tratamento. Uberaba- MG, 2014.

Domínio	Média	Desvio Padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo	Coeficiente $\alpha$ de Cronbach	Escore total
<b>Físico</b>	11,54	2,22	5,71	14,86	0,74	47,10
<b>Psicológico</b>	12,02	1,91	6,67	14,67	0,75	50,13
<b>Relações Sociais</b>	13,21	2,23	8,00	16,00	0,80	57,55
<b>Meio Ambiente</b>	12,47	1,10	10,50	14,50	0,77	52,93

Fonte: a autora, 2014.

A consistência interna do WHOQOL-bref para os domínios foi avaliada pelo coeficiente de fidedignidade  $\alpha$  de Cronbach (tabela 7). Os valores do coeficiente  $\alpha$  de Cronbach foram maiores que 0,70 confirmando a boa consistência interna deste instrumento na população em investigação.

Foi possível observar que o domínio que apontou menor escore médio foi o físico (11,54 pontos, desvio padrão de 2,22 e escore total de 47,10 pontos), seguido do psicológico (12,02 pontos, com desvio padrão de 1,91 e escores total de 50,13 pontos). Com maior escore médio apresentou-se o domínio das relações sociais com 13,21 e desvio

padrão de 2,23 ( escore total de 57,55 pontos), e, subsequente o meio ambiente com 12,47 de escore médio e com desvio padrão de 1,10 (escore total de 52,93 pontos)..

O domínio físico foi o com menor expressividade com escore total de 46,4 pontos em pacientes estudados por Costa (2009) bem como o domínio meio ambiente (50 pontos), corroborando com a nossa pesquisa. Nesta mesma pesquisa a autoavaliação da qualidade de vida (50,3 pontos) constituída pelas duas primeiras questões do questionário (COSTA, 2009) também obtiveram um escore semelhante aos nossos achados que estão descritos a seguir.

A análise da autoavaliação da qualidade de vida encontrou para a questão 1 um escore médio de 2,78 (com desvio padrão de 0,66) e 71,9% dos respondentes consideram não estar nem satisfeitos nem insatisfeitos com a qualidade de vida; 15,6% consideram a qualidade de vida ruim; 6,75% consideram a qualidade de vida boa e 6,25% relataram ser muito ruim. Com relação a segunda questão relacionada a saúde o escore médio foi de 2,75 com desvio padrão de 0,67; 59,4 % referiram não estar nem satisfeitos nem insatisfeitos com a saúde; 28,1% consideraram-se insatisfeitos; 9,4% estão satisfeitos e 3,1% declarou estar muito insatisfeito. Resultado semelhante foi encontrado pela pesquisa de Reis e colaboradores (2013) onde 41,7% declararam nem satisfeitos nem insatisfeitos com a qualidade de vida, porém com percentual maior para insatisfeitos com a saúde (50%).

A seguir a tabela 8 apresenta a distribuição dos escores totais para cada faceta ou subdomínio do WHOQOL-bref.

**Tabela 8** - Distribuição dos escores totais para cada faceta do WHOQOL-bref e a autoavaliação da qualidade de vida dos pacientes diagnosticados com hanseníase em tratamento . Uberaba-MG, 2014.

<b>Domínio</b>	<b>Facetas - subdomínios</b>	<b>Total do escore</b>
<b>Físico</b>	Dor e desconforto	33,59
	Energia e fadiga	44,53
	Sono e repouso	58,58
	Mobilidade	57,81
	Atividades da vida cotidiana	51,56
	Dependência de medicação ou tratamento	27,34
	Capacidade para o trabalho	56,25
<b>Psicológico</b>	Sentimentos positivos	53,91
	Pensar, aprender, memória e concentração	57,03
	Autoestima	51,56
	Imagem corporal e aparência	45,31
	Sentimentos negativos	46,88
	Espiritualidade e crenças pessoais	46,09
	Relações pessoais	53,91
<b>Relações sociais</b>	Suporte e apoio social	57,81
	Atividade sexual	60,94
<b>Ambiente</b>	Segurança física e proteção	46,88
	Ambiente do lar	56,25
	Recursos financeiros	43,75
	Cuidados de saúde	61,72
	Novas informações e habilidades	70,31
	Recreação e lazer	58,59
	Ambiente físico	57,81
	Transporte	28,14
	Autoavaliação da qualidade de vida Questão 1 e 2	44,14

**Fonte:** a autora, 2014.

No domínio físico a faceta ou subdomínio “dependência de medição ou tratamento” (tabela 8) apresentou o menor escore total (27,34 pontos), “dor e desconforto” com 33,59 pontos obteve o segundo pior escore, estas facetas também foram as de menor escores no estudo de Reis e colaboradores (2013). Pesquisas com pessoas com hanseníase indicam que a presença da dor é uma constante mesmo em pacientes que tenham obtido alta do tratamento (REIS et al., 2011).

As facetas do domínio psicológico “espiritualidade, religião e crenças pessoais” e “sentimentos negativos” (tabela 8) apresentaram 46,09 e 46,88 pontos respectivamente, e representam os menores escores deste domínio, corroborando com os dados de Reis e colaboradores (2013) que no o escore total do subdomínio “sentimentos negativos” também foi o menor, refletindo o sofrimento estigmatizado, com insatisfação, tristeza, vergonha e inutilidade.

No domínio “relações sociais”, o mesmo autor revela que a faceta “atividades sexuais” obteve o menor escore e neste contexto Corrêa e colaboradores (2006) e Costa (2009) afirmam que a hanseníase compromete a vida, distoando de nossos resultados onde a faceta se apresentou com o maior escore dentre os três analisados com 60,94 pontos.

Em relação ao domínio “ambiente” observamos que o subdomínio “transporte” (tabela 8) registrou o menor escore com 28,14 pontos, esta informação possui afinidade com outros estudos. Proto e outros autores (2010) realizou um estudo comparativo entre pacientes com hanseníase da região Amazônica e da região do ABC e conclui que o menor escore estava na região Amazônica e não apenas esta faceta mas também o menor índice de QV. Lustosa e colaboradores (2011) acrescenta que a faceta transporte é influenciada e dependente de situações regionais como infraestrutura e condições socioeconômicas. O último item analisado e representado na tabela 6 foi a autoavaliação da qualidade de vida representada pelas duas primeiras questões do WHOQOL-bref que obteve 44,14 pontos, registrando um comprometimento da QV dos pacientes com hanseníase pesquisados.

Outro escore registrado com uma das menores pontuações é o “recursos financeiros” com 43,75 (tabela 8) este resultado possui aparência com pesquisa de de Reis e colaboradores (2013) onde este subdomínio apresentou-se com o menor escore, esta informação pode estar associada a baixa escolaridade e a menor capacidade para o trabalho determinada em ambos os estudos.

Evidenciando a correlação estatisticamente significativa (tabela 9) demonstrada entre o maior grau de incapacidade (grau 2) e os domínios físico, psicológico e das relações sociais. Assim este estudo corrobora com as pesquisas citadas acima, destacando a correlação entre os menores escores de QV e a hanseníase, principalmente quando o diagnóstico é tardio que invariavelmente se traduz por acometimentos físicos e incapacidades que prejudicam as competências físicas, psicológicas e interpessoais dos indivíduos pesuisados.

Considerando a tabela 9, observamos correlações estatisticamente significativas para o Grau de incapacidade física 2 e os domínios físico, psicológico e relações sociais. Constatando que de fato, a correlação entre o grau 2 e os domínios físico, psicológico e relações sociais foram -0,25, -0,18 e -0,24, respectivamente, consideradas correlações negativas e fracas, indicando que os pacientes com grau 2 de incapacidade (o maior grau, mais grave e com maiores acometimentos) apresentam escores de QV inferiores.

**Tabela 9** – Correlação entre os escores médios dos domínios de QV e o grau de incapacidade física dos pacientes diagnosticados com hanseníase em tratamento. Uberaba-MG, 2014.

Grau de incapacidade	Físico		Psicológico		Relações Sociais		Ambiente	
	r <sup>a</sup>	p*	r <sup>a</sup>	p*	r <sup>a</sup>	p*	r <sup>a</sup>	p*
<b>Grau 0</b>	-0,16	0,53	-0,08	0,66	-0,07	0,46	-0,22	0,27
<b>Grau 1</b>	-0,29	0,47	-0,17	0,75	0,24	0,27	-0,57	0,48
<b>Grau 2</b>	-0,25	0,01**	-0,18	0,01**	-0,24	0,02**	-0,16	0,33

<sup>a</sup>Correlação de Pearson

\* \*Estatisticamente significativo, considerando  $\alpha = 0,05$ .

Fonte: a autora 2014

Quanto maior o acometimento físico menor são os escores de QV, ressalta Moura e Grossi (2010) que a existência de incapacidades físicas nos pacientes com hanseníase não apenas prejudicam a QV mas, vai muito além, limita as atividades físicas e interpessoais, restringe a participação social do indivíduo, instalando-se, assim a segregação. Conclusão também semelhante Castro e colaboradores (2009) obtiveram através de sua pesquisa, que a QV dos pacientes é afetada, diminuindo seus escores estando relacionada diretamente com o aumento do grau de incapacidade física, e, causa uma privação da plenitude nas esferas sociais e psicológicas. Assim corroborando com a correlação estatisticamente significativa quanto ao grau 2 e o domínio psicológico encontrada em nosso

estudo (tabela 9), reafirmando o envolvimento negativo que a hanseníase acarreta aos pacientes tanto físico quanto psicológico.

## 6.5 AVALIAÇÃO DA PRESENÇA DO INDICATIVO DE DEPRESSÃO DOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM HANSENÍASE EM TRATAMENTO, UBERABA-MG

Nesta seção foram discutidos os resultados associadas ao indicativo de depressão entre os pacientes diagnosticados com hanseníase em tratamento. Foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck (BDI) considerando os valores menores que 15 normais ou ausência de depressão; entre 16 e 20 indicativos de disforia ou depressão leve ; escore acima de 21 indicativo de depressão de moderado a grave.

A seguir a tabela 10 representa as frequências dos escores totais com os pontos de corte respectivos.

**Tabela 10** - Frequência dos escores totais dos pacientes diagnosticados com hanseníase em tratamento, de acordo com o Inventário de Depressão de Beck e os pontos de corte (n=32).Uberaba-MG, 2014

Avaliação Depressão Escore	Frequência	
	N	%
<b>Ausência de depressão Escore total até 15 pontos</b>	22	68,7
<b>Disforia Escore total De 16 a 20 pontos</b>	4	12,5
<b>Compatível com depressão Escore total acima de 21 pontos</b>	6	18,8

**Fonte:** a autora, 2014.

Observou-se consistência interna satisfatória para o BDI, com 0,85 para o coeficiente de alfa de Cronbach.

As medidas de posição e variabilidade para os escores de depressão do Escore Total do BDI foram mínimo 0,00; máximo de 37; média 11,94, mediana 9,00 e o desvio padrão 9,40.

Dentre os 32 respondentes 68,7 % não apresentaram indicativo de depressão, 12,5% apresentaram disforia e 18,8% corresponderam a indicativo para depressão.

Em estudo realizado por Corrêa e colaboradores (2014) os sintomas depressivos apareceram em 43,1% dos 130 pacientes com hanseníase, porém foi utilizado pontos de corte diferenciados para do BDI: 0-9 para sintomas leves, acima de dez para sintomas de intensidade moderados a graves. Outra pesquisa revelou que 41,1% dos respondentes apresentaram ausência de depressão com a utilização do instrumento Escala de Depressão Hamilton, os demais 58,9% representaram a presença de sintomas leves, moderados e graves de depressão (MOURA; GROSSI, 2010). Assim comparativamente encontramos um percentual menor de indicativo de depressão em nossos pacientes em relação as duas pesquisas.

Outros estudos também encontraram escores altos para depressão associada a hanseníase como o de Costa (2009) descreve que a maioria das pessoas com hanseníase estudadas apresentaram sentimentos negativos, como mau-humor, desespero e depressão, bem como, Femina e colaboradores (2007) referem que 40% dos pacientes pesquisados ficaram depressivos após o diagnóstico de hanseníase, estando muito relacionado ao preconceito, medo e desinformação da doença

Para uma visualização diferenciada segue na tabela 11 com as frequência dos escores totais de sintomas depressivos dos pacientes diagnosticados com hanseníase em tratamento, de acordo com o Inventário de Depressão de Beck.

**Tabela 11** - Frequência dos escores totais de sintomas depressivos dos pacientes diagnosticados com hanseníase em tratamento, de acordo com o Inventário de Depressão de Beck (n = 32).Uberaba-MG, 2014

Escore total (pontos) N=32	Frequência	
	n	%
0 pontos (escore total)	1	3,1*
1 pontos (escore total)	2	6,3*
2 pontos (escore total)	2	6,3*
4 pontos (escore total)	2	6,3*
5 pontos (escore total)	1	3,1*
6 pontos (escore total)	3	9,4*
7 pontos (escore total)	1	3,1*
8 pontos (escore total)	1	6,3*
9 pontos (escore total)	3	9,4*
10 pontos (escore total)	1	3,1*
11 pontos (escore total)	1	3,1*
13 pontos (escore total)	3	9,4*
17 pontos (escore total)	3	9,4**
18 pontos (escore total)	1	3,1**
23 pontos (escore total)	3	9,4***
26 pontos (escore total)	1	3,1***
34 pontos (escore total)	1	3,1***
37 pontos (escore total)	1	3,1***

**Fonte:** a autora, 2014.

\*Corresponde a ausência de depressão.

\*\*Corresponde a disforia.

\*\*\*Corresponde a indicativo de depressão.

Pesquisas realizadas com pacientes com hanseníase indicam que os principais acometimentos psicológicos são a depressão, a ansiedade, a vergonha, o embaraço e as alterações da imagem corporal (HEIJERS, 2006; MARTINS, 2008). Estes acometimentos (ansiedade, vergonha, embaraço e alterações da imagem corporal) podem ser traduzidos como sintomas de depressão e foram investigados em nosso estudo. A seguir a tabela 12

com sintomas depressivos dos pacientes diagnosticados com hanseníase em tratamento, de acordo com o Inventário de Depressão de Beck.

**Tabela 12** - Frequência de sintomas depressivos dos pacientes diagnosticados com hanseníase em tratamento, de acordo com o Inventário de Depressão de Beck (n = 32). Uberaba-MG, 2014

Sintomas	Não apresenta		Apresenta disfonia ou indicativo de depressão	
	n	%	n	%
<b>Tristeza</b>	13	40,6	19	59,4 *
<b>Desesperança</b>	18	56,3	14	43,7
<b>Sensação de fracasso</b>	22	68,8	10	31,2
<b>Anedonia</b>	18	56,3	14	43,7
<b>Culpa</b>	21	65,6	11	34,4
<b>Sentimento de punição</b>	23	71,9	9	28,1
<b>Desgosto consigo</b>	20	62,5	12	37,5
<b>Autoacusação</b>	18	56,3	14	43,7
<b>Ideação Suicida</b>	29	90,6	3	9,4
<b>Choro fácil</b>	21	65,6	11	34,4
<b>Irritabilidade</b>	10	31,2	22	68,8*
<b>Perda de interesse pelas pessoas</b>	24	75,0	8	25,0
<b>Indecisão</b>	17	53,1	15	46,9
<b>Mudança na imagem corporal</b>	9	28,1	23	71,9*
<b>Dificuldade no trabalho</b>	15	46,9	17	53,1*
<b>Insônia</b>	16	50,0	16	50,0*
<b>Fadiga</b>	9	28,1	23	71,9*
<b>Falta de apetite</b>	23	71,9	9	28,1
<b>Perda de peso</b>	27	84,4	5	15,6
<b>Preocupação somática</b>	11	34,4	21	65,6*
<b>Perda de libido</b>	16	50,0	16	50,0*

Fonte: a autora, 2014.

\*Corresponde a sintomas mais prevalentes.

Dos sintomas analisados pelo BDI observamos que sete apresentam-se com 50% ou mais sendo eles: “tristeza” (59,4%), “irritabilidade” (68,8%), “mudança na imagem corporal” (71,9%), “dificuldade no trabalho” (53,1%), “insônia” (50,0%), “fadiga” (71,9%), “preocupação somática” (65,6%) e perda do libido (50,0%). Corroborando com a pesquisa de Corrêa e outros autores (2014), onde foram encontrados os mesmos sintomas prevalentes de nosso estudo, porém em sua análise foi verificada também a ocorrência dos sintomas de “autoacusão” (62,3%), “choro fácil” (60,0%), “anedonia” (50,0%).

Houve correlação estatisticamente significativa para idade e depressão (Tabela 13) com  $p=0,03$ , sendo fraca e negativa, ou seja, conforme a idade avança maior a predisposição para o desenvolvimento de sintomas depressivos.

Neste estudo foi possível encontrar correlação fraca e negativa ( $r=0,27$ ) entre o grau de incapacidade e o indicativo de depressão, também foi encontrado valor estatisticamente significativo com  $p=0,02$  (tabela 13), assim, quanto maior o grau de incapacidade mais propício para o indivíduo desenvolver sintomas de depressão, dados divergentes com relação ao estudo de Corrêa e colaboradores onde não existiu esta correlação. Neste mesmo estudo houve correlação entre depressão e “não trabalha” com  $p<0,05$  convergindo com o resultado da presente pesquisa, onde a correlação entre “situação atual ocupação” e indicativo para depressão obteve o valor de  $p=0,01$ , sendo possível inferir que maior a possibilidade de apresentar sintomas de depressão para aqueles que estão em situação de desocupados ocupacionalmente, que inclui os aposentados e afastados de seu trabalho (CORRÊA et al., 2014).

**Tabela 13** – Correlação entre os escores do Inventário de Depressão de Beck, a idade, o grau de incapacidade, a escolaridade e a situação atual ocupacional dos pacientes diagnosticados com hanseníase em tratamento. Uberaba-MG, 2014.

Indicativo de depressão (BDI)	Idade (em anos completos)		Grau de incapacidade		Escolaridade		Situação atual ocupação	
	$r^a$	$p^*$	$r^a$	$p^*$	$r^a$	$p^*$	$r^a$	$p^*$
<b>Ausência de depressão</b>	0,13	0,53	0,26	0,29	-0,18	0,40	-0,11	0,34
<b>Disforia</b>	-0,28	0,20	-0,22	0,28	0,29	0,25	-0,26	0,02**
<b>Indicativo de depressão</b>	-0,19	0,03**	-0,27	0,02**	-0,33	0,12	-0,33	0,01**

Fonte: a autora, 2014.

Os sentimentos negativos encontrados na literatura científica com grande prevalência constatam que a depressão é uma constante significativa e de certa forma comum nos pacientes com hanseníase (TSUTSUMI et al., 2004;; HEIJERS, 2006; TSUTSUMI et al., 2007; FEMINA, 2007; MARTINS, 2008; COSTA, 2009; MOURA; GROSSI, 2010; CORRÊA et al., 2014). Evidenciamos um escore total para disforia de 12,5% e de indicativo de depressão de 18,8% (Tabela 10), valores inferiores encontrados em outros estudos. Porém mesmo nos 68,7% (Tabela 10), que representaram ausência de depressão pelo menos um sintoma foi mencionado, com exceção de um indivíduo que apresentou escore 0 (Tabela 11). Assim é importante manter a atenção integrada e interdisciplinar para estes pacientes. Conforme mencionado na metodologia, em aspectos éticos, deste trabalho, os dez pacientes que apresentaram disforia ou indicativo de depressão foram procurados e respeitando seus valores e individualidades, foram encaminhados ao serviço especializado, sendo que cinco já estavam sob tratamento específico.

## 7. CONCLUSÕES

Este estudo buscou analisar a qualidade de vida, o indicativo para depressão e o grau de incapacidade dos pacientes diagnosticados com hanseníase de qualquer uma das formas que a doença se apresenta, em tratamento há pelo menos 30 dias pacientes atendidos em uma Unidade de Referência.

Os dados analisados mostram que os pacientes com hanseníase e em tratamento eram predominantemente do sexo masculino (59,4%), com idade entre de 22 a 89 anos completos, média de 49,28 anos sendo a faixa etária predominante entre 51 e 60 anos. Dos respondentes 46,9% eram pardos, 40,6% solteiros e 40,6% possuíam o ensino fundamental completo.

A renda familiar predominante, com 43,8%, foi maior que um a três salários mínimos, 56,7% possuem ocupação no setor de serviços e serviços gerais e 37,5% estão desempregados. A variável “trabalhava quando descobriu a doença”, mostrou que 62,5% trabalhavam. Com relação a moradia 59,4% dos participantes moram em casa alugada e 50% coabitam com duas a quatro pessoas. E para 43,8% dos respondentes apenas uma pessoa (contatos examinados) foi avaliada pelos profissionais de saúde.

Observou-se que, sobre as características e a trajetória da doença, com 43,8% manchas na pele obteve o maior percentual como primeiros sintomas notados, 53,1% dos pacientes ao perceber os primeiros sintomas procurou a Unidade Básica de Saúde e o tempo entre os primeiros sintomas e o tratamento foi entre 10 a 12 meses para 53,1% dos pacientes. A classificação operacional prevalente, com 81,3%, foi multibacilar e a forma que a hanseníase se apresenta foi a Dimorfa para 28,1% dos pacientes. Importante citar que 43,8% esta forma não foi avaliada. O tratamento utilizado (PQT) para 84,4% é o para multibacilares.

No que concerne o grau de incapacidade 37,5% dos pacientes foram avaliados com grau 1, 18,8% representaram o grupo com grau 0, 18,8% com o com grau 2 e 25% não haviam sido avaliados.

Houve correlação para a variável idade e grau 2 de incapacidade física, passam-se os anos e aumenta o grau de incapacidade. A renda familiar expressou correlação com o grau 2, ou seja, o grau maior de incapacidade aumenta quanto menor a renda familiar. Ainda

relacionado ao grau de incapacidade encontramos correlação para grau 2 e a a variável situação atual relacionada a ocupação, assim quanto maior for o grau de incapacidade menor a possibilidade de se encontrar economicamente ativo. Apresentou correlação a variável escolaridade com grau 2, conforme o grau é maior, menor são os anos de estudo do indivíduo

Os resultados relacionados à QV dos pacientes mostraram que o domínio com maior impacto negativo foi o físico (47,10 pontos), seguido do psicológico (50,13 pontos). Os domínios com melhor percepção foram das relações sociais (57,55 pontos) o meio ambiente (52,93 pontos).

Ocorreu correlações estatisticamente significativas para o Grau de incapacidade física 2 e os domínios físico, psicológico e relações sociais, atribuindo aos pacientes com grau 2 de incapacidade maior impacto na QV.

Dos 32 pacientes com hanseníase, 68,7 % não apresentaram indicativo de depressão, 12,5% apresentaram disforia e 18,8% representaram o grupo com indicativo para depressão.

A variável idade apresentou correlação estatisticamente fraca e negativa com o indicativo para depressão, conforme a idade avança maior a predisposição para o desenvolvimento de sintomas depressivos. Outra variável que apresentou correlação com o indicativo para depressão foi “situação atual ocupação” e indicativo para depressão que obteve o valor de  $p=0,01$ , possibilitando inferir que maior a possibilidade de apresentar sintomas de depressão para aqueles que estão em situação de desocupados ocupacionalmente. Outra correlação encontrada foi entre o grau de incapacidade e o indicativo para depressão, assim, quanto maior o grau de incapacidade mais o indivíduo pode desenvolver sintomas de depressão.

Os resultados desta pesquisa possibilitaram conhecer melhor a população estudada e sua realidade. Através da análise identificamos que a hanseníase atingi homens e mulheres e que a QV e o indicativo de depressão tem correlação com a idade mais avançada, com o maior grau de incapacidade, com a menor renda familiar, com a escolaridade mais baixa e com a capacidade produtiva dos indivíduos. Isso gera aos pacientes uma limitação social expondo de forma amplificada a vulnerabilidade psicológica, física e nas relações interpessoais, impactando negativamente a QV e propiciando o aparecimento de sintomas depressivos. Entende-se que através deste estudo e de seus

resultados a avaliação dos pacientes possa ser feita de maneira rotineira e humanizada, que ocorra o diagnóstico precoce com a busca ativa de casos novos, recurso que possa ser priorizado pelas equipes multidisciplinares de saúde, com intuito de evitar as sequelas e incapacidades físicas que comprometem substancialmente a qualidade de vida desta população. Vale ressaltar a importância de estudos mais avançados e contínuos sobre o assunto, com a intenção do aprimoramento da atenção à saúde destes pacientes e seus familiares.

## 8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

AN, J. G.; M, J.H.; XIAO, S. X.; XIAO, S. B.; YANG, F. J. **Quality of life in patients with lepromatous leprosy in China.** Eur Acad Dermatol Venereol. 24:827-32. 2010.

ANGELUCCI, R.; SAMPAIO, P.; PROTO, R.; SATO, L.; REHDER, J. R. Análise das principais manifestações oculares de pacientes hansenianos nas regiões norte e sedeste do Brasil. **Rev. Bras. Oftalmologia.** Rio de Janeiro, v.66, n.4, jul./ago.2007.

ALBAN, S. M. **Caracterização molecular de micobactérias isoladas de hansenomas.** Dissertação (Mestrado em Processos Biotecnológicos) – Setor de Tecnologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.

AMARAL, E. P; LANA, F. C. F. Análise espacial da hanseníase na microrregião de Almenara, MG, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 61, p. 701-707, Out. 2008.

ARAÚJO, M. G. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.** v.32, n. 3, p.373-382, 2003.

ARAÚJO, R.R.D.F.; OLIVEIRA, M.H.P. A Irregularidade dos portadores de hanseníase ao Serviço de Saúde. **Hansen. Int.;**28(1):71-78, 2003.

ARAÚJO, R.R.D.F. **Educação conscientizadora na pratica do enfermeiro em hanseníase.** BDEFN - enfermagem (Brasil). Ribeirão Preto; s.n; 144 p, 2005.

BAIALARDI, KS. O estigma da hanseníase: relato de experiência em grupo com pessoas portadoras. **Hansen Inter.;** 32 (1): 27-36. 2008.

BARBOSA, J. C.; RAMOS, J. R. N. A.; ALENCAR, M. J. F.; CASTRO, C. G. J. Pós-alta em Hanseníase no Ceará: limitação da atividade funcional, consciência de risco e participação social. **Rev Bras Enferm.** 61(Esp):727-33. 2008.

BECHELLI, L. M., DOMINGUEZ, M. V. **Disability index for leprosy patients.** Bull. Wld. Hlth. Org. , v. 44, n.5, p. 709- 713, 1971.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fundação Nacional da Saúde. Manual de Prevenção de incapacidades.** Brasília: FNS, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1073/GM** de 26 de setembro de 2000. Publicada no D.O.U. - 188-E -pg 18 -Seção 1 - 28 de setembro, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Para o Controle da Hanseníase – Cadernos da Atenção Básica Nº 10 Série A: Normas e Manuais Técnicos; Nº111. ATDS/SPS/Ministério da Saúde - Brasil. 1a ed.,** Brasília, 89p. 2002.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle da Hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 89 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, 111). 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: MS, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde . **Plano nacional de eliminação da hanseníase em nível municipal 2006-2010**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A responsabilidade da atenção básica no diagnóstico da hanseníase. Informe da atenção básica**; Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

**Brasil**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de prevenção de incapacidades**. 3 ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 195 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, 21). 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância em Saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. **Manual de prevenção de incapacidades**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7ª ed. Brasília, DF. Caderno 7. p. 420-47. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 816 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 2009.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 3.125**, de 7 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRODERSEN, G; HERMANN, R. Qualidade de vida em idosos asilados na região da Amavi. **Revista Caminhos**, Rio do Sul, v. 7, n. 1, p. 197-214, dez. 2006.

BROEKHUIS, S. M. et al. The hand-foot impairment score as a tool for evaluating prevention of disability activities in leprosy: an exploration in patients treated with corticosteroids. **Lepr Rev.** 71(3):344-54. 2002.

CAMELO, R.S. Detecção de casos novos de hanseníase através do exame de contato no Estado do Rio Grande do Sul. Brasil, **Hansen Int.** 31 (2): 15-19. 2006.

CAMPOS, M. O.; RODRIGUES NETO, J. F. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública [online]**, Salvador, v. 32, n. 2, p.232-40, Maio-Ago. 2008.

CASTRO, S. M. S.; WATANABE, H. A. W. Isolamento compulsório de portadores de hanseníase: memória de idosos. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 449-487, jun. 2009.

CASTRO, R. N. C. et al. Avaliação do grau de incapacidade física de pacientes com hanseníase submetidas ao dermatology quality life index em centro de referência e unidades básicas de saúde de São Luis, Maranhão, MA. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, Maranhão, v. 7, p. 390-392, Nov. 2009.

COHEN, J. **Statistical Power analysis for the behavioral sciences**. Hillsdale, N. J, 2nd ed. Lawrence Erlbaum Associates , p. 567. 1988.

CORRÊA, C.M.J. IVO, M.L. HONER, M.R. Incapacidades em sujeitos com hanseníase em um Centro de Referência do Centro-Oeste Brasileiro, entr 2000-2002. **Hansenologia Internacionalis**, v 31, n 2, p 21-8, 2006.

CORRÊA, B.J.; MARCIANO, L.H.S.C.; NARDI S.T.; MARQUES, T.; ASSIS, T.F.; PRADO, R.B.R. Associação entre sintomas depressivos, trabalho e grau de incapacidade na hanseníase. **Acta Fisiatr.**;21(1):1-5. 2014.

COSTA, M.D. **Avaliação da qualidade de vida de pacientes em surto reacional de hanseníase identificadas em Centro de Referência de Belo Horizonte, MG, no período de 2007 e 2008**. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica e Biomedicina) Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Minas Gerais, 2009.

COSTA, M. D. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes em surto reacional de hanseníase tratados em centro de referência. **An. Bras. Dermatol.** [online], vol.87, n.1, pp. 26-35, 2012.

CIF: **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: Edusp, 2003.

COELHO, A. R. **O sujeito diante da hanseníase. Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del-Rei, v. 2, n. 2, p. 364-372, 2008.

CORRÊA, C.M.J. IVO, M.L. HONER, M.R. Incapacidades em sujeitos com hanseníase em um Centro de Referência do Centro-Oeste Brasileiro, entre 2000-2002. **Hansenologia Internacionalis**, v 31, n 2, p 21-8, 2006.

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

DESSUNTI, E. M. et al. Hanseníase: o controle dos contatos no município de Londrina-PR em um período de dez anos. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 61, n. especial, p. 689-693, nov. 2008.

DINIZ O. **Também somos gente (trinta anos entre leprosos)**. Rio de Janeiro: Livraria São José; 1961.

DSM-IV-TR. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** (Trad. Cláudia Dornelles; 4 e.d. rev. – Porto Alegre: Artmed, 2002.

DUARTE, M. T. C.; AYRES, J. A.; SIMONETTI, J. P. Socioeconomic and demographic profile of leprosy carriers attended in nursing consultations. **Rev Latino-am Enfermag**. Set-out; 15(esp):774-9, 2007.

DUCATTI, I. **A hanseníase no Brasil na Era Vargas e a profilaxia do isolamento compulsório: estudos sobre o discurso científico legitimador**. São Paulo: Departamento de História, Programa de Pós-Graduação em História Social, Universidade de São Paulo. Dissertação. 199p. 2009.

EIDT, L. M. **O mundo da vida do ser hanseniano: sentimentos e vivências**. Porto Alegre. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação da PUCRS. 2000.

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. **Revista Saúde Social**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 76-88, Ago. 2004.

EIDT, L.M. Ser hanseniano: sentimentos e vivências. **Hansenologia Internat**. v. 29, n. 1, p. 21-27, 2004.

FEMINA, L. L. et al. Lepra para hanseníase: a visão do portador sobre a mudança de terminologia. **Hansenologia Internacionalis**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 37-48, jan./jun. 2007.

FLECK, P. A. M.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L. et al. Aplicação da versão em português do Instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Saúde Pública** 33(2). p.198-205. 1999.

FLEURY, R. N. Recidivas em hanseníase. **Hansenologia Internacionalis**. v. 31, n. 1, p. 5-6, 2006.

FINEZ, M. A.; SALOTTI, S. R. A. Identificação do grau de incapacidades em pacientes portadores de hanseníase através da avaliação neurológica simplificada. **Journal of the Health Sciences Institute** v. 29, n. 3, p. 171-5, 2011.

FREITAS, C. A. S. L. et al. Consulta de enfermagem ao portador de hanseníase no território da Estratégia da Saúde da Família: percepções de enfermeiro e pacientes. **Rev. bras. enferm.** vol.61, n.spe, pp. 757-763. 2008.

GARBINO, J. A. **Ensaio clínico e neurofisiológico sobre a resposta do nervo ulnar, na hanseníase em reação tipo 1 e 2, sob diferentes regimes de esteróides via oral.** 2006. Dissertação (doutorado em ciências) – Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, São Paulo, 2006.

GARCIA, JRL. Entre a “loucura” e a hanseníase: interfaces históricas das práticas e políticas instituídas. **Hansenologia Internationalis**; 26(1): 14-22. 2001.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad Saúde Pública**; 22 (11): 2449-63, 2006.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** Trad. Márcia Bandeira Nunes. 4. ed.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

GOREINSTEN, C.; ANDRADE, L. Validation of a portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 453-457, apr. 1996.

GOULART, I.M.B.; DIAS, C.M.; OLIVEIRA, A.C.S.; SILVA, A.A.; ALVES, R.R.; QUARASEMIN, C.R.; SILVA, D.P.; LOPES, M.R.F.; FARIA, G.A. Grau de incapacidade: indicador de prevalência oculta e qualidade de programa de controle da hanseníase em um Centro de Saúde-Escola no município de Uberlândia-MG. **Hansenologia Internacionalis**; 27(1): 5-13. 2002

HEIJERS, M.; VAN DER MEIJ, S. **The fight against stigma: an overview of stigma-reduction strategies and interventions.** *Psychology, Health & Medicine.* v 11, n 3, p 353-363, 2006.

HINRICHSEN, S.; PINHEIRO, M. R. S.; JUCÁ, M. B.; ROLIM, H.; DANDA, G. J. N. Aspectos epidemiológicos da hanseníase na cidade de Recife, PE em 2002. **Anais Brasileiros de Dermatologia.** Rio de Janeiro, v. 79, n. 4, p. 413 - 421, 2004.

JANSEN, K. et al. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, mar. 2011.

KANEKO, K.A.; ZAMBON, V.D.; PEDRAZZANI, E.S. **Casos novos de hanseníase na Região de São Carlos, SP de 1983 a 1988.** *Hansenologia Internacionalis* . v 15, n 1-2, p 5-15, 1990.

- LANA, F. C. F.; AMARAL, E. P.; FRANCO, M. S.; LANZA F.M. Detecção da Hanseníase no Vale do Jequitinhonha – Minas Gerais: redução da tendência epidemiológica ou problemas operacionais para o diagnóstico?. **Hansen Int**; 29(2):118-23. 2004.
- LANA, F. C. F.; CARVALHO, A. P. M.; DAVI, R. F. L. Perfil epidemiológico da hanseníase na microrregião Araçuaí. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 62-67, jan./mar. 2011.
- LAPA, T. M. Análise da demanda de casos de hanseníase aos serviços de saúde através do uso de técnicas de análise espacial. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n.12, p. 2575-2583, 2006.
- LEHMAN, L. F. et al. **A mão na hanseníase**. In: FREITAS, P. P. Reabilitação da mão. São Paulo: Atheneu. Cap. 19, p 301-318, 2005.
- LIMA, L.S.; JADÃO, F.R.S.; FONSECA, R.N.M.; SILVA JR, G.F.; BARROS. NETO, R.C. Caracterização clínica-epidemiológica dos pacientes diagnosticados com hanseníase no município de Caxias, MA. **Revista Brasileira de Clínica Médica**. v 7, p 74-83, 2009.
- LIMA, P.D. et al.. Estudo da prevalência das formas clínicas da hanseníase na cidade de Anápolis-GO. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**. 2012.
- LYON, S.; GROSSI, M. A. F. **Hanseníase**. 1 ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013.
- LUKA, E.E. **Understanding the stigma of leprosy**. Southern Sudan Medical Journal, vol 3 , Issue 3. August, 2010.
- LUSTOSA, A.A. et al. The impact of leprosy on health-related quality of life. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop. [online]**. vol.44, n.5, pp. 621-626. 2011.
- MAIA, M. A. C. et al. Conhecimento da equipe de enfermagem e trabalhadores braçais sobre hanseníase. **Hansen. Int**. v. 25, n. 1, p. 26-30, 2000.
- MANKAR, M.J.; JOSHI, S.M.; VELANKAR, D.H.; MHATRE, R.K.; NALGUNDWAR, A.N. A comparative study of the quality of life, knowledge, attitude and belief about leprosy disease among leprosy patients and community members in Shantivan Leprosy Rehabilitation centre, Nere, Maharashtra, India. **J Glob Infect Dis**.;3(4):378-82. 2011.
- MANTELLINI, G. G; GONÇALVES, A; PADOVANI, C. R. Incapacidades Físicas em Hanseníase: Coisa do Passado ou Prioridade na Prevenção?. **Hansen Int**. 34(2):33-39. 2009.
- MARQUES, D. M. **Classificação operacional da hanseníase baseada no número de lesões cutâneas (OMS) X classificação clinicobaciloscópica – validação para alocação do paciente na poliquimioterapia**. 2006. 87 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2006.

MARTINS, B. D. L. TORRES, F. N. OLIVEIRA, M. L. W. Impacto na qualidade de vida em pacientes com hanseníase: correlação do DLQ1 com diversas 136 variáveis relacionadas à doença. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. v 83, n 1, p 39-43, 2008.

MARTINS, G. **Perfil epidemiológico de hanseníase em Patrocínio. Levantamento de dados sobre a hanseníase em Patrocínio/MG no período de 2005 a 2008**. Monografia (Graduação em Enfermagem) UNICERP, MG, 2009.

MARZLIAK, M. L. C. et al. Breve histórico sobre os rumos do controle da Hanseníase no Brasil e no Estado de São Paulo. **Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 39-44, 2008. Suplemento 1. 2008.

MATHERS, C.D; EZZATI, M.; LOPEZ, A.D. Measuring the burden of neglected tropical diseases: the global burden of disease framework. *PLoS Negl Trop Dis* 1: e114, 2007.

MENDES, V. O. **Repercussões da hanseníase no cotidiano de pessoas e seus familiares**. 2004. 48 p. Monografia. (Especialização) – Residência em Saúde da Família, Universidade Vale do Acaraú – UVA, Sobral, 2004.

MINAS GERAIS. **Seminário Estadual de Avaliação em Hanseníase - Minas Gerais**. Belo Horizonte, out. 2009.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.7-18, 2000.

MINUZZO, D. A. **O homem paciente de hanseníase (lepra): representação social, rede social familiar, experiência e imagem corporal**. 2008. Dissertação (Mestrado em Políticas de Bem-Estar em Perspectiva: evolução, conceitos actores) – Universidade de Évora, 2008.

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.**, vol.43, n.1. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Temática de Dermatologia Sanitária. **Hanseníase: atividades de controle e manual de procedimentos**. Brasília (DF); 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Guia para o controle da hanseníase**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7ª ed. Brasília, DF. Caderno 7. p. 420-47. 2009.

MOSCHIONI, C.; ANTUNES, C.M.F.; GROSSI, M.A.F.; LAMBERTUCCI, J.R. Risk factors for physical disability at diagnosis of 19,283 new cases of leprosy. **Rev Soc Bras Med Trop.**;43(1):19-22. 2010.

MOURA, S.H.L.; GROSSI, M.A.F. **Avaliação de incapacidades físicas e transtornos psicossociais em pacientes de hanseníase em centro de referência de Minas Gerais.** Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. 2010.

MORENO, C. M. C.; ENDERS, B. C.; SIMPSON, C. A. Avaliação das capacitações de hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. **Rev. Bras. Enf.** v. 61, número especial, 2008.

MORENO, C. M. C. **Avaliação do impacto de treinamento de clínica em hanseníase e sua contribuição para o aumento da detecção da doença no Estado do Rio Grande do Norte.** 2008. 98 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Natal, 2008.

MOTA, D. D. C. F. **Fadiga em doentes com câncer colo-retal: fatores de risco e preditivos.** 128f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

NASCIMENTO, A.M.F. **Avaliação da qualidade de vida, do desempenho nas atividades diárias e da consciência de risco das pessoas acometidas pela hanseníase após a alta da poliquimioterapia padrão OMS no município de Nova Iguaçu/RJ.** [Dissertação]. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2012.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Prevención de Incapacidad y Rehabilitación.** (Série de informes técnicos, 668). 1981.

ORSINI, M. B. P. **Estudo da função dos nervos periféricos de pacientes com hanseníase acompanhados por um período médio de 18 anos após o início da poliquimioterapia.** 2008. Dissertação (Mestrado em ciências da Saúde) – Programa de Pós- Graduação em Ciência da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

OWEN, B. M.; STRATFORD, C. J. Assessment of the methods available for testing sensation in leprosy patients in a rural setting. **Leprosy Review.** London, v. 66 Mar;66(1):55-62. 1995.

PEDRAZZANI, E. S. Levantamento sobre as ações de enfermagem no programa de controle da hanseníase no estado de São Paulo. **Rev Latino Am Enfermagem.** 3(1): 109-15. 1995.

PEDROSA, L. A. K. **Crenças das pessoas portadoras de hanseníase sobre sua doença: base para a compreensão de suas ações em saúde.** Ribeirão Preto. 157 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 1991.

PEREIRA, M. E. **Psicologia social dos estereótipos**. São Paulo, SP: EPU. 2002.

PEREIRA, H. L. A. et al. Imaging methods evaluation in osteoarticular and peripheral nerves involvement in leprosy. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 30-35, 2006.

PIERI, F.M. **A atenção aos doentes de hanseníase no sistema de saúde de Londrina, PR**. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 107 p. 2013.

PIMENTEL, M.I.F.; NERY, J.A.C.; BORGES, E.; ROLO, R.; SARNO, E.N. Silent neuritis in multibacillary leprosy evaluated through the development of disabilities before, during and after multidrug therapy. *An Bras Dermatol*. 79(2):169-79. 2004

PINHEIRO, M. M. O. **Hanseníase em registro ativo no município de Passos, MG-Brasil 2007**. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde). Universidade de Franca, Minas Gerais, 2007.

PINTO, P. G. H. R. O estigma do pecado: a lepra durante a Idade Média. **Rev Saúde Coletiva**. 5(1):131-144. 1995.

PINTO, J. M. de S. **Vida sufocada: sofrimentos de pessoas com pneumopatias crônicas e a promoção da saúde pelo autocuidado**. 2005. 161 p. Dissertação (Mestrado em Educação em Saúde) Centro de Ciências da Saúde, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2005.

PRINCE, M. et al. No health without mental health. **The Lancet**, London, v. 370, n. 9590, p. 859-877, sep. 2007.

PROTO, R. S. et al. Qualidade de vida em hanseníase: análise comparativa entre pacientes da região Amazônica com pacientes da região do ABC, São Paulo, Brasil. **An. Bras. Dermatol**. vol.85, n.6, pp. 939-941. 2010.

QUEIROZ, M.S.; PUNTEL, M.A. **Aendemia hanênica : uma perspectiva multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

QUINO, D. M. C. et al. Perfil dos pacientes com hanseníase em área hiperendêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 36, n.1, p.57-64, jan-fev, 2003.

REIS, F.J.; SAADI, L.M.; GOMES, M,K.; GOSLING, A.P,; CUNHA, A.J. Pain in leprosy patients: shall we always consider as a neural damage? **Lepr Rev**. ;82(3):319-21. 2011.

- REIS, F.J.J.; GOMES, M.K.; CUNHA, A. J. L. A. Avaliação da limitação das atividades diárias e qualidade de vida de pacientes com hanseníase submetidos à cirurgia de neurólise para tratamento das neurites. **Fisioter. Pesqui.**, vol.20, n.2, pp. 184-190, 2013.
- SAMPAIO, R. F. Aplicação da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 9, n. 2, p. 129-136, 2005.
- SAMPAIO, S. A. P.; RIVITTI, E. A. **Dermatologia**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas. 1585p. 2007.
- SANGI, K. C. C. *et al.* Hanseníase e estado reacional: história de vida de pessoas acometidas. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 209-214, Jun. 2009.
- SANTOS JUNIOR, E. B. *et al.* Verificação dos acometimentos e das incapacidades físicas em pacientes portadores de hanseníase do município de Santa Fé do Sul-SP. **Revista de Pesquisa Científica**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 79-85, 2005.
- SANTOS, L. A. C; FARIA, L; MENEZES, R. F. Contrapontos da história da hanseníase no Brasil: cenários de estigma e confinamento. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 167-190, Jun. 2008.
- SCOTT, J. **The psychological needs of leprosy patients**. *Leprosy Review*, v 71, p 486-491, 2000.
- SCHETTINI, A. P. M. *et al.* Hanseníase históide de localização restrita. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. v. 83. n, 5, p. 470-472, Set. 2008.
- SILVA, D. M. G. V; VIEIRA, R. M.; KOSCHNIK, Z.; AZEVEDO, M.; SOUZA, S. S. Qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.55, n.5, p.562-567, set./out. 2002a.
- SILVA, G. M.; PATROCINIO, L. G.; GOULART, I. M. B. Avaliação Otorrinolaringológica na Hanseníase Protocolo de um Centro de Referência. **Arq. Int. Otorrinolaringol**, São Paulo, v.12, n.1, p. 77-81, 2008.
- SILVA, C. M. F. P.; PINTO, L. W.; CUNHA, R. V.. Hanseníase em Dourados/MS: perfil epidemiológico e distribuição espacial no período de 2005 a 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - **Fundação Oswaldo Cruz**. 2012.
- SINGHI, M. K; GHIYA, B. C.; GUPTA, D.; KACHHAWA, D. **Disability rates in leprosy**. *Indian Journal of Dermatology Venereology and Leprology*, v 70, n 5, p 314-316, 2004.
- SILVA SOBRINHO, R.A.; MATHIAS, T.A.F.; GOMES, E.A.; LINCOLN, P.B. Avaliação do grau de incapacidade em hanseníase: uma estratégia para sensibilização e capacitação

da equipe de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. vol.15, n.6, pp. 1125-1130. ISSN 0104-1169. 2007.

SOUZA, M.M.; SILVA, G.B.; HENRIQUES, M.E.R.M. Significado de ser idoso/doente de Hanseníase. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, Goiás, v. 07, n. 03, p. 327-332, 2005.

TENG, C. T.; HUMES, E. C.; DEMETRIO, F. N. Depressão e comorbidades clínicas. **Rev Psiquiatr Clín.** 32(3):149-59. 2005.

TRINDADE, M. A. B., LIMA, F. D., ALMEIDA, R. G. Incapacidades físicas em hanseníase no momento do diagnóstico — I Avaliação das incapacidades. **Hansenologia Internationalis**, v.12, n.2, p. 21-28, 1987.

TSUTSUMI, A. IZUTSU, T. ISLAM, M. AMED, J. NAKAHARA, S. TAKAGI, F. WAKAI, S. **Depressive status of leprosy patients in Bangladesh : Association with self-perception of stigma.** *Leprosy Review*, v 75, p 57-66, 2004.

TSUTSUMI, A. IZUTSU, T. ISLAM, M. AMED, J. NAKAHARA, S. TAKAGI, F. WAKAI, S. **The quality of life, mental health, and perceived stigma of leprosy patients in Bangladesh.** *Social Science & Medicine*. v 64, p 2443-2453, 2007.

VAN BRAKEL, W. **Measuring leprosy stigma – a preliminary review of the leprosy literature.** *International Journal of Leprosy and other Mycobacterial Diseases*. v 71, p 190-197, 2003.

VERONESI, R. *Tratado de Infectologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2004.

VIEIRA, C.S.C.A. et al. Avaliação e controle de contatos faltosos de doentes com hanseníase. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 61, 2008.

VISSCHEDIJK, J; VAN DE BROEK, J.; EGGENS, H.; LEVER, P.; VAN BEERS, S.; KLASTAR, P. *Mycobacterium leprae – millennium resistant! Leprosy control on the threshold of a new era.* **Tropical Medicine and International Health**, v.5, n.6, p.388-399, 2000.

WHITE, C. Sociocultural considerations in the treatment of leprosy in Rio de Janeiro, Brazil. **Leprosy Review.**, London, v. 73, p.356-365, Aug. 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Programme de recherches médicales de l'OMS 1964 1968.** Genebra : WHO. 366 p. 1969.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/WHO. Global leprosy situation, 2010. **Weekly Epidemiological Record**, Geneva, v. 35, n. 85, p.337-348, aug. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **QUALITY OF LIFE ASSESSMENT (WHOQOL). Position paper from the World Health Organization.** *Soc. Sci. Med.*, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/WHO. **The world health report 2001. Mental health: new understanding new hope.** Genebra: WHO; 2001.

YAMASHITA, J. T. et al. Hanseníase: novos métodos e recursos diagnósticos. In: **Anais Brasileiros de Dermatologia.** Rio de Janeiro, 71(4): 343 349, jul./ago., 1996.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Senhor (a) está sendo convidado para participar da pesquisa: “QUALIDADE DE VIDA, DEPRESSÃO E INCAPACIDADE FÍSICA DE PESSOAS COM HANSENÍASE ATENDIDAS EM UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA”. O objetivo principal deste estudo é de avaliar a qualidade de vida e depressão e sua correlação com incapacidade física de pessoas com pela hanseníase. Estas informações poderão ajudar na elaboração de propostas para melhorar o atendimento de saúde e da qualidade de vida desta população. Primeiramente o (a) Senhor (Sra.) estará respondendo a questionários na qual irá avaliar o seu grau de compreensão e aspectos de sua situação de vida e saúde. Posteriormente, estaremos aplicando outro questionário que contém perguntas relacionadas à depressão.

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, ou mesmo em relação ao seu atendimento na UBS. A sua participação será voluntária e o senhor (a) não terá direito a remuneração. As informações obtidas serão analisadas em conjunto, não sendo divulgada a identificação de nenhum usuário. Além disto, o (a) Senhor (Sra) tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados da pesquisa. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. O (a) Senhor (Sra) receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Caso tenha alguma reclamação sobre esta pesquisa também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO, pelo telefone (34) 3318-5854 ou com o Pesquisador Responsável através do telefone (34) 9976-2671

Uberaba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Sujeito da pesquisa Nome/Assinatura

\_\_\_\_\_  
RG

\_\_\_\_\_  
Profª Drª Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa

Pesquisador Responsável

## APÊNDICE B - Declaração do pesquisador

### **Declaração do pesquisador**

DECLARO, para fins de realização de pesquisa, ter elaborado este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cumprindo todas as exigências da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, e que obtive, de forma apropriada e voluntária, o consentimento livre e esclarecido do declarante acima qualificado para a realização desta pesquisa.

Uberaba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Profª Drª Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa

Pesquisador Responsável

## APÊNDICE C- Instrumento de coleta de dados

### Instrumento de Coleta de Dados

#### Informações gerais

Data da coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Número do questionário: \_\_\_\_\_ Iniciais: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_Municí

pio: \_\_\_\_\_

Digitador: \_\_\_\_\_ Data da digitação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### Notificação:

1. Número: \_\_\_\_\_

2. Município: \_\_\_\_\_

3. Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

4. Classificação Operacional:

1 ( ) PB 2 ( ) MB

5. Forma clínica no diagnóstico:

1 ( ) Indeterminada 2 ( ) Tuberculóide 3 ( ) Dimorfa

4 ( ) Virchowiana 5 ( ) Não classificado

6. Grau de Incapacidade Física no diagnóstico:

1 ( ) Grau 0 2 ( ) Grau 1 3 ( ) Grau 2 4 ( ) Não avaliado

7. Tratamento utilizado:

1 ( ) PB 2 ( ) MB 3 ( ) Alternativo (ROM)

4 ( ) Outros: \_\_\_\_\_

8. Número de contatos examinados: \_\_\_\_\_

9. Sexo:

1 ( ) Feminino 2 ( ) Masculino

10. Idade: \_\_\_\_\_

11. Raça/cor:

1 ( ) Branca 2 ( ) Preta 3 ( ) Amarela 4 ( ) Parda 5 ( ) Indígena 6 ( ) outra

12. Estado civil:

1 ( ) Solteiro 2 ( ) Casado 3 ( ) Separado/Divorciado

4 ( ) Viúvo 5 ( ) Outro: \_\_\_\_\_

13. O Sr (a). trabalhava quando descobriu que tinha Hanseníase?

1 ( ) Não 2 ( ) Sim

14. Ocupação (especificar):

---

15. Situação ocupacional atual:

1 ( ) Desempregado 2 ( ) Empregado 3 ( ) Autônomo 4 ( ) Do lar

16. Qual a renda familiar?

1 ( ) Sem renda 2 ( ) Sem renda fixa (serviço eventual)

3 ( ) Até 1 salário mínimo (SM) 4 ( ) >1 e até 3 SM

5 ( ) >3 e até 5 SM 6 ( ) > 5 SM

17. Qual sua escolaridade ?

1 ( ) Sem escolaridade 2 ( ) Ensino fundamental incompleto

3 ( ) Ensino fundamental completo 4 ( ) Ensino Médio incompleto

5 ( ) Ensino médio (completo) 6 ( ) Ensino superior (incompleto)

7 ( ) Ensino superior (completo)

18. A casa onde o Sr (a). reside é:

1 ( ) Própria 2 ( ) Alugada 3 ( ) Instituição (asilar/abrigo)

4 ( ) Não tem moradia 5 ( ) Outro: \_\_\_\_\_

19. Número de pessoas que moram na sua casa

1 ( ) 1 2 ( ) 2 a 4 3 ( ) mais de 4

20. Qual (is) foram os primeiros sintomas de Hanseníase que o (a) Sr (a). percebeu?

1 ( ) manchas na pele 2 ( ) formigamento ou dormência de membros

3 ( ) nódulos 4 ( ) queda de pelos 5 ( ) espessamento de nervos 6 ( ) dor

7 ( ) ausência de sudorese local 8 ( ) perda de sensibilidade

21. Qual foi o primeiro serviço de saúde que o(a) Sr.(a) procurou quando começou a ter os sintomas da Hanseníase?

1 ( ) ESF/EACS 2 ( ) UBS 3 ( ) Ambulatório de referência

4 ( ) Domicílio 5 ( ) Hospital 6 ( ) Consultório particular

7 ( ) Outro: \_\_\_\_\_ 8 ( ) Não sabe

22. Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da Hanseníase, quanto tempo demorou para descobrir que tinha a doença?

1 ( ) < 1 mês 2 ( ) 1 a 3 meses 3 ( ) 4 a 6 meses

4 ( ) 7 a 9 meses 5 ( ) 10 a 12 meses 6 ( ) > 12 meses

23. Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da Hanseníase, quanto tempo demorou para iniciar o tratamento ?

1 ( ) < 1 mês 2 ( ) 1 a 3 meses 3 ( ) 4 a 6 meses

4 ( ) 7 a 9 meses 5 ( ) 10 a 12 meses 6 ( ) > 12 meses

24. O(a) Sr.(a) abandonou o tratamento ?

1 ( ) sim 2 ( ) não

APÊNDICE D- Solicitação de autorização para a coleta de dados junto a Secretaria Municipal de Saúde –Uberaba- MG.

**Autorização da Prefeitura do Município de Uberaba  
Uberaba (MG), de dezembro de 2013.**

PREZADO PROF DR  
FAHIM MIGUEL SAWAN  
DD.SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE UBERABA-MG  
Assunto: Autorização para COLETA DE DADOS EM UBS

Senhor Secretário

Venho por meio de esta solicitar a V.S.<sup>a</sup> AUTORIZAÇÃO para a realização da coleta de dados da pesquisa intitulada

O Senhor (a) está sendo convidado para participar da pesquisa: : “QUALIDADE DE VIDA, DEPRESSÃO E INCAPACIDADE FÍSICA DE PESSOAS COM HANSENÍASE ATENDIDAS EM UMA UNIDADE DE REFÊNCIA” a ser destinada ao Trabalho de Dissertação de Mestrado de Eliana Maria Gaudenci, mestranda do Programa de Pós Graduação em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa. O local da coleta deverá acontecer no Centro de Saúde Prof.<sup>o</sup> Eurico Vilela, no período de 06 meses. A identidade e as informações fornecidas pelos sujeitos serão mantidas em sigilo, respeitando a Lei 466/12. Vale ressaltar que a presente investigação terá início após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

Desde já agradecemos sua colaboração.

Atenciosamente,

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa  
Orientadora /PROF.<sup>a</sup> DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UFTM

## ANEXOS

### ANEXO 1- Formulário de classificação do grau de incapacidades físicas

#### Formulário de classificação do grau de incapacidades físicas

GRAUS	OLHO	MÃO	PÉ
	Sinais e sintomas	Sinais e sintomas	Sinais e sintomas
0	Nenhum problema com os olhos devido a Hanseníase	Nenhum problema com as mãos devido a Hanseníase	Nenhum problema com os pés devido a Hanseníase
1	Diminuição ou perda da sensibilidade	Diminuição ou perda da sensibilidade	Diminuição ou perda da sensibilidade
2	Lagofalmo e/ ou ectrópio;	Lesões traumáticas	Úlceras tróficas e lesões traumáticas
	Triquíase	Garras	
	Opacidade corneana central	Reabsorção	Pé caído
			Reabsorção
		Mão caída	Contratura
Acuidade visual menor que 0,1 ou não contar dedos a 6 m	Contratura		

# ANEXO 2 - Sistema de informação de agravos de notificação - ficha de notificação

## Sistema de informação de agravos de notificação - ficha de notificação

República Federativa do Brasil		SINAN		Nº	
Ministério da Saúde		SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		HANSENÍASE	
<b>Caso confirmado de Hanseníase: pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia:</b> - caso (SC) de pele com alteração de sensibilidade, acometimento de nervo (S) com espessamento neural, baciloscopia positiva					
Dados Gerais	1	2 - Individual		3	
	2	HANSENÍASE		4	
Localização	1	2		3	
	4	5		6	
Dados do Paciente	3		4		5
	6		7		8
Dados do Paciente	9		10		11
	12		13		14
Dados do Paciente	15		16		17
	18		19		20
Dados do Paciente	21		22		23
	24		25		26
Dados do Paciente	27		28		29
	30		31		32
Dados do Paciente	33		34		35
	36		37		38
Dados do Paciente	39		40		41
	42		43		44
Dados do Paciente	45		46		47
	48		49		50
Dados do Paciente	51		52		53
	54		55		56
Dados do Paciente	57		58		59
	60		61		62
Dados do Paciente	63		64		65
	66		67		68
Dados do Paciente	69		70		71
	72		73		74
Dados do Paciente	75		76		77
	78		79		80
Dados do Paciente	81		82		83
	84		85		86
Dados do Paciente	87		88		89
	90		91		92
Dados do Paciente	93		94		95
	96		97		98
Dados do Paciente	99		100		101
	102		103		104
Dados do Paciente	105		106		107
	108		109		110
Dados do Paciente	111		112		113
	114		115		116
Dados do Paciente	117		118		119
	120		121		122
Dados do Paciente	123		124		125
	126		127		128
Dados do Paciente	129		130		131
	132		133		134
Dados do Paciente	135		136		137
	138		139		140
Dados do Paciente	141		142		143
	144		145		146
Dados do Paciente	147		148		149
	150		151		152
Dados do Paciente	153		154		155
	156		157		158
Dados do Paciente	159		160		161
	162		163		164
Dados do Paciente	165		166		167
	168		169		170
Dados do Paciente	171		172		173
	174		175		176
Dados do Paciente	177		178		179
	180		181		182
Dados do Paciente	183		184		185
	186		187		188
Dados do Paciente	189		190		191
	192		193		194
Dados do Paciente	195		196		197
	198		199		200
Dados do Paciente	201		202		203
	204		205		206
Dados do Paciente	207		208		209
	210		211		212
Dados do Paciente	213		214		215
	216		217		218
Dados do Paciente	219		220		221
	222		223		224
Dados do Paciente	225		226		227
	228		229		230
Dados do Paciente	231		232		233
	234		235		236
Dados do Paciente	237		238		239
	240		241		242
Dados do Paciente	243		244		245
	246		247		248
Dados do Paciente	249		250		251
	252		253		254
Dados do Paciente	255		256		257
	258		259		260
Dados do Paciente	261		262		263
	264		265		266
Dados do Paciente	267		268		269
	270		271		272
Dados do Paciente	273		274		275
	276		277		278
Dados do Paciente	279		280		281
	282		283		284
Dados do Paciente	285		286		287
	288		289		290
Dados do Paciente	291		292		293
	294		295		296
Dados do Paciente	297		298		299
	300		301		302
Dados do Paciente	303		304		305
	306		307		308
Dados do Paciente	309		310		311
	312		313		314
Dados do Paciente	315		316		317
	318		319		320
Dados do Paciente	321		322		323
	324		325		326
Dados do Paciente	327		328		329
	330		331		332
Dados do Paciente	333		334		335
	336		337		338
Dados do Paciente	339		340		341
	342		343		344
Dados do Paciente	345		346		347
	348		349		350
Dados do Paciente	351		352		353
	354		355		356
Dados do Paciente	357		358		359
	360		361		362
Dados do Paciente	363		364		365
	366		367		368
Dados do Paciente	369		370		371
	372		373		374
Dados do Paciente	375		376		377
	378		379		380
Dados do Paciente	381		382		383
	384		385		386
Dados do Paciente	387		388		389
	390		391		392
Dados do Paciente	393		394		395
	396		397		398
Dados do Paciente	399		400		401
	402		403		404
Dados do Paciente	405		406		407
	408		409		410
Dados do Paciente	411		412		413
	414		415		416
Dados do Paciente	417		418		419
	420		421		422
Dados do Paciente	423		424		425
	426		427		428
Dados do Paciente	429		430		431
	432		433		434
Dados do Paciente	435		436		437
	438		439		440
Dados do Paciente	441		442		443
	444		445		446
Dados do Paciente	447		448		449
	450		451		452
Dados do Paciente	453		454		455
	456		457		458
Dados do Paciente	459		460		461
	462		463		464
Dados do Paciente	465		466		467
	468		469		470
Dados do Paciente	471		472		473
	474		475		476
Dados do Paciente	477		478		479
	480		481		482
Dados do Paciente	483		484		485
	486		487		488
Dados do Paciente	489		490		491
	492		493		494
Dados do Paciente	495		496		497
	498		499		500
Dados do Paciente	501		502		503
	504		505		506
Dados do Paciente	507		508		509
	510		511		512
Dados do Paciente	513		514		515
	516		517		518
Dados do Paciente	519		520		521
	522		523		524
Dados do Paciente	525		526		527
	528		529		530
Dados do Paciente	531		532		533
	534		535		536
Dados do Paciente	537		538		539
	540		541		542
Dados do Paciente	543		544		545
	546		547		548
Dados do Paciente	549		550		551
	552		553		554
Dados do Paciente	555		556		557
	558		559		560
Dados do Paciente	561		562		563
	564		565		566
Dados do Paciente	567		568		569
	570		571		572
Dados do Paciente	573		574		575
	576		577		578
Dados do Paciente	579		580		581
	582		583		584
Dados do Paciente	585		586		587
	588		589		590
Dados do Paciente	591		592		593
	594		595		596
Dados do Paciente	597		598		599
	600		601		602
Dados do Paciente	603		604		605
	606		607		608
Dados do Paciente	609		610		611
	612		613		614
Dados do Paciente	615		616		617
	618		619		620
Dados do Paciente	621		622		623
	624		625		626
Dados do Paciente	627		628		629
	630		631		632
Dados do Paciente	633		634		635
	636		637		638
Dados do Paciente	639		640		641
	642		643		644
Dados do Paciente	645		646		647
	648		649		650
Dados do Paciente	651		652		653
	654		655		656
Dados do Paciente	657		658		659
	660		661		662
Dados do Paciente	663		664		665
	666		667		668
Dados do Paciente	669		670		671
	672		673		674
Dados do Paciente	675		676		677
	678		679		680
Dados do Paciente	681		682		683
	684		685		686
Dados do Paciente	687		688		689
	690		691		692
Dados do Paciente	693		694		695
	696		697		698
Dados do Paciente	699		700		701
	702		703		704
Dados do Paciente	705		706		707
	708		709		710
Dados do Paciente	711		712		713
	714		715		716
Dados do Paciente	717		718		719
	720		721		722
Dados do Paciente	723		724		725
	726		727		728
Dados do Paciente	729		730		731
	732		733		734
Dados do Paciente	735		736		737
	738		739		740
Dados do Paciente	741		742		743
	744		745		746
Dados do Paciente	747		748		749
	750		751		752
Dados do Paciente	753		754		755
	756		757		758
Dados do Paciente	759		760		761
	762		763		764
Dados do Paciente	765		766		767
	768		769		770
Dados do Paciente	771		7		

## ANEXO 3- Inventário de depressão de Beck

### INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Data da coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Número do questionário: \_\_\_\_\_ Iniciais: \_\_\_\_\_

Neste questionário há 21 grupos com afirmativas. Por favor, leia cada uma com cuidado. Escolha a única afirmação em cada grupo que melhor descreva o modo como você esteve se sentindo na SEMANA PASSADA, INCLUSIVE HOJE! Circule o número do lado da afirmação que você escolheu. Se várias afirmações no grupo parecem aplicar-se igualmente bem, circule cada uma.

#### LEIA todas as afirmações em CADA grupo ANTES de fazer a sua escolha

1 - Eu não me sinto triste. Eu me sinto triste. Eu me sinto triste o tempo todo e não consigo sair disso. Eu estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	0 1 2 3	12 - Eu não perdi o interesse pelas outras pessoas. Eu estou menos interessado nas outras pessoas do que costumava estar. Eu perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. Eu perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.	0 1 2 3
2 - Eu não estou particularmente desencorajado em relação ao futuro. Eu me sinto desencorajado em relação ao futuro. Eu sinto que não tenho nada porque esperar. Eu sinto que o futuro não tem esperanças e que as coisas não podem melhorar	0 1 2 3	13 - Eu tomo decisões mais ou menos tão bem quanto eu sempre consegui. Eu adio tomar decisões mais do que costumava adiar. Eu tenho maior dificuldade para tomar decisões do que antes. Eu não consigo mais tomar decisão alguma.	0 1 2 3
3 - Eu não me sinto um fracasso. Eu sinto que falhei mais do que a média das pessoas Quando olho para trás em minha vida, tudo o que consigo ver é um monte de fracassos. Eu sinto que sou um fracasso completo como pessoa.	0 1 2 3	14 - Eu não sinto que minha aparência esteja pior do que era. Eu estou preocupado que esteja parecendo velho ou não atraente. Eu sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer não atraente. Eu acredito que pareço feio.	0 1 2 3
4 - Eu obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava ter. Eu não gosto das coisas do modo como costumava gostar. Eu não obtenho satisfação real de mais nada. Eu estou insatisfeito ou entediado com tudo.	0 1 2 3	15 - Eu consigo trabalhar aproximadamente tão bem quanto antes. É necessário um esforço extra para começar qualquer coisa. Eu tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa. Eu não consigo mais fazer trabalho algum.	0 1 2 3
5 - Eu não me sinto particularmente culpado. Eu me sinto culpado durante uma boa parte do tempo. Eu me sinto bastante culpa do durante a maior parte do tempo. Eu me sinto culpado o tempo todo	0 1 2 3	16 - Eu consigo dormir tão bem quanto o habitual. Eu não durmo tão bem quanto costumava dormir. Eu acordo 1 a 2 horas mais cedo do que o habitual e acho difícil voltar a dormir. Eu acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir	0 1 2 3
6 - Eu não sinto que estou sendo punido. Eu sinto que posso ser punido. Eu espero ser punido. Eu sinto que estou sendo punido.	0 1 2 3	17 - Eu não fico mais cansado que o habitual. Eu fico cansado mais facilmente do que costumava ficar. Eu fico cansado ao fazer quase qualquer coisa. Eu estou cansado demais para fazer qualquer coisa	0 1 2 3
7 - Eu não me sinto decepcionado comigo. Eu estou decepcionado comigo. Eu estou aborrecido comigo. Eu me odeio	0 1 2 3	18 - Meu apetite não está pior do que o habitual. Meu apetite não está tão bom quanto costumava ser. Meu apetite está muito pior agora. Não tenho mais nenhum apetite.	0 1 2 3
8 - Eu não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa. Eu me crítico pelas minhas fraquezas ou erros. Eu me incrimino o tempo todo pelas minhas falhas. Eu me incrimino por tudo de ruim que acontece.	0 1 2 3	19 - Eu perdi pouco ou nenhum peso ultimamente. Eu perdi mais de 2,5 Kg. Eu perdi mais de 5 Kg. Eu perdi mais de 7,5 Kg. Eu estou propositalmente tentando perder peso, comendo menos: SIM ( ) NÃO ( )	0 1 2 3
9 - Eu não tenho pensamento nenhum de me matar. Eu tenho pensamentos de me matar, mas não os colocaria em prática. Eu gostaria de me matar. Eu me mataria se tivesse uma oportunidade.	0 1 2 3	20 - Eu não estou mais preocupado sobre a minha saúde do que o habitual. Eu estou preocupado com problemas físicos como mal-estares e dores ou desconforto estomacal, ou constipação. Eu estou muito preocupado com meus problemas físicos e é difícil pensar em outras coisas. Eu estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em mais nada.	0 1 2 3

<p><b>10</b> - Eu não choro mais do que o habitual.  Eu choro mais agora do que costumava chorar.  Eu choro o tempo inteiro agora.  Eu costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo chorar mesmo que queira.</p>	<p>0 1 2 3</p>	<p><b>21</b> - Eu não percebi nenhuma mudança recente em meu interesse por sexo  Eu estou menos interessado em sexo do que costumava estar. Eu  estou muito menos interessado em sexo agora  Eu perdi completamente o interesse por sexo.</p>	<p>0 1 2 3</p>
<p><b>11</b> - Eu não estou mais irritado agora do que sempre estou.  Eu fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava ficar.  Eu me sinto irritado o tempo inteiro agora.  Eu não fico nem um pouco irritado por coisas que costumavam me irritar.</p>	<p>0 1 2 3</p>		

## ANEXO 4 - Questionário de avaliação de qualidade de vida WHOQOL – bref

**WHOQOL – Bref**

Instrumento de coleta de dados sobre a qualidade de vida

Data da coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Número do questionário: \_\_\_\_\_ Iniciais: \_\_\_\_\_

**Instruções**

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas.

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

**1- Como você avaliaria sua qualidade de vida?**

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

**2 - Quão satisfeita você está com a sua saúde?**

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

**3 - Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?**

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

**4 - O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?**

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

**5- O quanto você aproveita a vida?**

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

**6 – Em que medida você acha que a sua vida tem sentido**

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

**7 - O quanto você consegue se concentrar?**

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

**8- Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?**

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

**9 - Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?**

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

**10 - Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?**

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

**11 - Você é capaz de aceitar sua aparência física?**

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

**12 - Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?**

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

**13 - Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?**

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

**14 - Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?**

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

**15 - Quão bem você é capaz de se locomover?**

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
1	2	3	4	5

**16 - Quão satisfeita você está com o seu sono?**

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

**17 - Quão satisfeita você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?**

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
--------------------	--------------	---------------------------------	------------	------------------

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**18 - Quão satisfeita você está com sua capacidade para o trabalho?**

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

**19 - Quão satisfeita você está consigo mesmo?**

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

**20 - Quão satisfeita você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?**

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

**21 - Quão satisfeita você está com sua vida sexual?**

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

**22 - Quão satisfeita você está com o apoio que você recebe de seus amigos?**

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

**23 - Quão satisfeita você está com as condições do local onde mora?**

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

**24 - Quão satisfeita você está com o seu acesso aos serviços de saúde?**

Muito	Insatisfeito	Nem satisfeito	Satisfeito	Muito
-------	--------------	----------------	------------	-------

insatisfeito		nem insatisfeito		satisfeito
1	2	3	4	5

**25 - Quão satisfeita você está com o seu meio de transporte?**

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

**26 - Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?**

Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? \_\_\_\_\_

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? \_\_\_\_\_

**Você tem algum comentário sobre o questionário?**

## ANEXO 5 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba (MG)**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP**  
 Av. Frei Paulino, 30 (Centro Educacional e Administrativo da UFTM) – 2º andar – Bairro Nossa Senhora da Abadia  
 38025-180 - Uberaba-MG - TELEFAX: 34-3318-5854  
 E-mail: [cep@pesqpg.uftm.edu.br](mailto:cep@pesqpg.uftm.edu.br)

### IDENTIFICAÇÃO

**TÍTULO DO PROJETO: QUALIDADE DE VIDA, DEPRESSÃO E INCAPACIDADE FÍSICA DE PESSOAS COM HANSENÍASE ATENDIDAS EM UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA**  
**PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: LEILA APARECIDA KAUCHAKJE PEDROSA**  
**INTUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM**  
**DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 16 /12/2013**  
**PROTOCOLO CEP/UFTM: 2173**

### PARECER

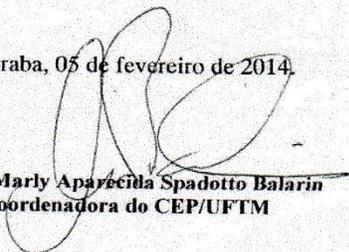
De acordo com as disposições da Resolução CNS 196/96, o Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM considera o protocolo de pesquisa **aprovado**, na forma (redação e metodologia) como foi apresentado ao Comitê.

Conforme a Resolução 196/96, o pesquisador responsável pelo protocolo deverá manter sob sua guarda, pelo prazo de no mínimo cinco anos, toda a documentação referente ao protocolo (formulário do CEP, anexos, relatórios e/ou Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos – TCLE assinados, quando for o caso) para atendimento ao CEP e/ou à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

Toda e qualquer alteração a ser realizada no protocolo deverá ser encaminhada ao CEP, para análise e aprovação.

O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início da realização do projeto.

Uberaba, 05 de fevereiro de 2014.

  
 Prof.<sup>a</sup> Marly Aparecida Spadotto Balarin  
 Coordenadora do CEP/UFTM