

Eliana Maria Gaudenci¹
 Giovana Gaudenci Nardelli²
 Omar Pereira de Almeida Neto³
 Bruna Stephanie Sousa Malaquias⁴
 Bárbara Tallita Carvalho⁵
 Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa⁶

QUALIDADE DE VIDA, SINTOMAS DEPRESSIVOS E INCAPACIDADE FÍSICA DE PACIENTES COM HANSENÍASE

QUALITY OF LIFE, DEPRESSION AND PHYSICAL DISABILITY OF PATIENTS WITH LEPROSY

RESUMO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa com evolução lenta e de natureza crônica, causando impacto no cotidiano dos sujeitos, como sofrimento, abandono, deformidades físicas e problemas psicossociais. **Objetivos:** Descrever o perfil clínico e socioeconômico, avaliar a qualidade de vida (QV), ocorrência de transtornos depressivos e o grau de incapacidade física de pessoas com hanseníase e suas correlações.

Métodos: Estudo transversal, quantitativo, descritivo e analítico, desenvolvido no município de Uberaba (MG), em um centro de saúde especializado. Após o consentimento dos participantes foram realizadas entrevistas com aplicação dos questionários: Clínico e Socioeconômico; Inventário de depressão de Beck- BDI para avaliação dos graus de depressão; Questionário WHOQOL-bref para avaliação da QV. Posteriormente, o Formulário de Classificação de Incapacidades Físicas (IFH) foi preenchido por meio da revisão de prontuários. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética local nº 2173/2014. Análises estatísticas descritivas foram realizadas. **Resultados:** 32 pacientes participaram do estudo, destes 59,4% eram do sexo masculino; manchas na pele ocorreram em 43,8% da amostra. Em relação ao IFH, 37,5% eram de grau I; a QV obteve menor escore no domínio físico do WHOQOL-bref (11,54 ±2,22). O BDI evidenciou que 68,7 % dos pacientes não

Gaudenci EM, Nardelli GG, Almeida Neto OP, Malaquias BSS Carvalho BT, Pedrosa LAK. Qualidade de Vida, Sintomas Depressivos e Incapacidade Física de Pacientes com Hanseníase. Hansen Int. 2015; 40 (2): p. 48-58.

apresentavam sintomas depressivos. As correlações entre QV e IFH foram negativas e significantes ($p < 0,01$) nos domínios físico, psicológico e relações sociais. **Conclusão:** Os resultados possibilitaram conhecer melhor a população e sua realidade. A hanseníase atinge homens e mulheres, a QV e o indicativo de depressão têm 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. A avaliação dos pacientes deve ser feita de maneira rotineira e humanizada, para que ocorra o diagnóstico precoce com a busca ativa de casos, recursos que devem ser priorizados pelas equipes multidisciplinares de saúde.

Descritores: Hanseníase; Qualidade de vida; Perfil de Saúde.

Submetido em 01/06/2016

Aprovado em 29/08/2016

- 1 Mestre em atenção à saúde, docente da graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM.
- 2 Mestranda em Atenção à Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM.
- 3 Mestre em atenção à saúde, docente da Universidade Federal de Uberlândia.
- 4 Acadêmica em Enfermagem pelas Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM.
- 5 Acadêmica em Enfermagem pelas Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM.
- 6 Doutora, docente associada da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM.

ABSTRACT

Leprosy is a chronic and slowly progressing infectious disease that affects the daily lives of carriers, causing suffering, abandonment, physical deformities and psychosocial problems. **Objectives:** To describe the clinical and socioeconomic profile, evaluate the quality of life (QOL), occurrence of depressive disorders, and the degree of disability and investigate correlations between these variables in people with leprosy. **Methods:** This is a cross-sectional, quantitative, descriptive and analytical study, developed in a specialized health center of the city of Uberaba (MG). After receiving consent from the participants, interviews were conducted using questionnaires on clinical and socioeconomic aspects. Moreover, the Beck Depression Inventory (BDI) was used to assess the degree of depression and the WHOQOL-BREF questionnaire was used to assess QoL. Subsequently, the Physical Disability Rating (PDR) form was completed by reviewing patient records. The study was approved by the local Ethics Committee (no. 2173/2014). Descriptive and analytical statistical analysis were performed. **Results:** A total of 32 patients participated in the study, of whom 59.4% were male; Skin blemishes were present in 43.8% of the sample. Regarding the PDR, 37.5% patients were grade I; participants obtained low scores in the physical domain of the WHOQOL-BREF (11.54 ± 2.22). The BDI showed that 68.7% of patients had no depressive symptoms. Correlations between QoL and PDR were negative and significant ($p < 0.01$) in the physical, psychological and social relationship domains. **Conclusion:** The results improve our understanding of this population. Leprosy affects both men and women with the QOL and the depression index being correlated with an older age, higher degree of physical disability, lower familial income, less education, and the productive capability of individuals. Patients must be evaluated routinely and humanely to diagnose the disease early and this requires an active search for cases using resources that must be prioritized by multidisciplinary health teams.

Descriptors: Hansen's Disease; Quality of Life; Health Profile.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa com evolução lenta e de natureza crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*, uma bactéria intracelular com tropismo por células cutâneas e nervos periféricos. Devido a sua magnitude e poder incapacitante, esta doença tornou-se foco de campanhas em saúde pública, uma vez que atinge principalmente pessoas em idade economicamente ativa¹.

O impacto provocado pela doença interfere no cotidiano dos sujeitos que veem a hanseníase como uma ameaça constante por ser causa de sofrimento, abandono, deformidades físicas e problemas psicossociais^{2,3}.

Dentre os principais sinais e sintomas da hanseníase podem-se citar manchas na pele, alterações de sensibilidade cutânea, queda de pelos, localizada ou difusa, ptose palpebral, ausência de sudorese local, dor, e comprometimento de nervos periféricos. Em decorrência da ausência de tratamento, complicações podem surgir, como as incapacidades físicas em hanseníase (IFH) que acarretam progressões clínicas mais graves, por consequência do comprometimento de nervos periféricos, esta situação está associada principalmente ao diagnóstico tardio, estimulando estudos sobre este problema de saúde em toda esta complexidade⁴.

Em relação às IFH, a Organização Mundial de Saúde (OMS) revela que cerca de 25% das pessoas acometidas pela hanseníase manifestam alguma incapacidade física.¹ Estudos têm demonstrado que o alto grau de IFH é o responsável pela maior problemática da hanseníase, pois atinge diretamente a produtividade laboral e as atividades da vida diária, além de desencadear transtornos psicossociais e queda na qualidade de vida (QV) de seus portadores^{4,5}. Invariavelmente prejudica a vida diária e as relações interpessoais, causando um padecimento social, econômico e psicológico³.

A avaliação dos pacientes e o monitoramento da reabilitação são ferramentas imprescindíveis para que seja possível mensurar a dimensão e a natureza desses problemas, não apenas os físicos, mas enfocando a depressão, a angústia, o sofrimento, os valores e as crenças, sentimentos que interagem diretamente nas condutas das pessoas acometidas pela hanseníase^{5,6}.

Neste contexto amplo não é possível tratar a hanseníase de forma fragmentada, pois há uma linha tênue entre a saúde mental, a física e a social, que 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 ao estigma e ao preconceito¹.

Desta forma a importância da equipe multidisciplinar se eleva. Cada profissional deve ter a preocupação de compreender e oferecer uma assistência integral onde é primordial agregar os valores, entendimentos, conhecimentos, e os preconceitos que cada paciente percebe em sua rotina¹.

Apesar das IFH possuírem vasto leque de sinais e sintomas, assim como consequências clínicas e psicobiológicas negativas aos pacientes, pouco tem sido discutido na literatura sobre o tema, principalmente com um preditor específico de queda da QV e comprometimento multidimensional em saúde. Descrever o perfil clínico e socioeconômico, avaliar a QV, ocorrência de transtornos depressivos bem como o grau de incapacidade física de pessoas com hanseníase e suas correlações, demonstram ser ferramentas para otimizar o manejo clínico de portadores de hanseníase, organizar o fluxo dos atendimentos nas esferas de atenção à saúde, obter um diagnóstico situacional dos casos e promover a melhoria da QV desta população específica.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, descritiva e analítica.

O estudo foi desenvolvido no município de Uberaba (MG), em um centro de saúde especializado, onde há um setor de hanseníase, referência para 27 municípios que compõem a macrorregião do Triângulo Sul, que assiste em média a 57 pacientes por mês.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Triângulo Mineiro-CEP/UFTM, nº 2173/2014. Todos os participantes do estudo foram devidamente esclarecidos sobre o tema, objetivo e finalidade do trabalho, bem como sobre a garantia de anonimato e sigilo. Conforme o protocolo de ética em pesquisa os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A amostra do estudo foi recrutada pela técnica de conveniência, de forma não probabilística, de modo que todos pacientes diagnosticados com hanseníase em tratamento no Centro de Saúde foram convidados à participação. Foram incluídos na amostra pacientes com diagnóstico médico confirmado em prontuário, que iniciaram o tratamento a pelo menos 30 dias. Foram excluídos aqueles com idade inferior a 18 anos.

Os procedimentos de coleta ocorreram da seguinte forma: os pacientes atendidos no Centro de Saúde foram abordados individualmente pelos pesquisadores na sala de espera e convidados a participar das entrevistas, após explicação do desenho metodológico

e assinatura do TCLE. Posteriormente, eram encaminhados a um consultório onde as entrevistas foram realizadas, garantindo o conforto e a privacidade do respondente. Apenas um encontro de uma hora foi necessário para cada paciente.

Foram aplicados os instrumentos: Questionário Clínico e Sócioeconômico; Inventário de depressão de Beck-BDI⁷ para avaliação dos graus de depressão, e o Questionário WHOQOL-bref⁸ para avaliação da QV. Posteriormente à entrevista e a aplicação pelos pesquisadores de todos os instrumentos, foi realizada investigação de dados do paciente entrevistado em prontuário clínico para preenchimento e análise do Formulário de Classificação de Incapacidades Físicas¹.

A coleta de dados foi realizada com plantão do pesquisador no Centro de Saúde e realizada nos meses de setembro e outubro de 2014. Para 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.

Para caracterização clínica e socioeconômica dos pacientes foi utilizado um questionário estruturado incluindo variáveis como 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, número de contatos examinados, primeiros sinais e sintomas, tempo entre primeiros sinais, sintomas e diagnóstico, local de atendimento e assistência. O instrumento foi elaborado pelos autores.

O grau de incapacidade foi avaliado como dado secundário através da revisão clínica do prontuário do paciente. Foram analisadas as "Fichas de Avaliação do Grau de Incapacidade Física" preconizadas pelo Ministério da Saúde e preenchidas durante o processo de tratamento¹.

O grau de incapacidade possui escore que varia de zero (0) a dois (2) para comprometimento ocular, de membros inferiores (pés) e superiores (mãos). Os sinais e sintomas do "grau 0" do olho, mão e pé são caracterizados por não existir incapacidade devido à hanseníase. O "grau 1" é definido por redução ou perda da sensibilidade. Por fim o "grau 2" apresenta sinais como lagofalmo (incapacidade de ocluir os olhos), desabamento da pálpebra inferior, triquíase (cílios invertidos para dentro do olho), opacidade corneana central, redução da acuidade visual; Lesões traumáticas em mãos e úlceras tróficas e lesões traumáticas nos pés.

Para avaliação dos graus de depressão foi utilizado o Inventário de depressão de Beck- BDI, validado para

utilização na população brasileira⁷ e composto de 21 itens, com escala de pontuação que varia de 0 a 3. Pelo instrumento 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 à intensidade da depressão e são avaliados pelos escores: <15 - ausência de depressão; entre 16 a 20 - disforia; e >21 - compatível para depressão⁷. O Beck-BDI não confirma o diagnóstico, apenas sugere sintomas de depressão, em outras palavras analisa a presença do indicativo de depressão.

QUESTIONÁRIO WHOQOL – BREEF

Este instrumento, validado para uso na população brasileira⁸, avalia a qualidade de vida (QV). Proposto para adultos, ele tem sido utilizado para mensurar a qualidade de vida relacionada à saúde em grupos enfermos e sadios de indivíduos. É composto por 26 questões, sendo duas destes questionamentos gerais sobre QV e saúde, e 24 sobre quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente⁸. Cada um destes domínios é constituído por facetas que são avaliadas por quatro questões. Cada domínio do WHOQOL-bref foi analisado isoladamente, com escores calculados com emprego das sintaxes disponibilizadas pela OMS. O escore para QV compreendeu de 0 a 100, sendo que o maior número corresponde a melhor QV.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram gerenciados no Programa Microsoft Office Excel® 2010. Foram realizadas digitações por pessoas independentes, e em seguida, foi realizada a validação dos dados para conferência da consistência das planilhas eletrônicas. Para correção das diferenças encontradas, o questionário original foi consultado. Posteriormente, os dados foram importados no Programa Statistical Package for the Social Science® versão 22.0, onde procedeu-se a análise estatística. Foram realizadas análises descritivas dos dados a partir da apuração de frequências simples absolutas e percentuais para as variáveis categorias quantitativas. Os resultados e seus arredondamentos foram apresentados respeitando ao programa esta-

tístico utilizado. Cada domínio do WHOQOL-bref foi analisado isoladamente, com escores calculados com o emprego das sintaxes disponibilizadas pela OMS. O escore para QV compreendeu de 0 a 100, sendo que o maior número corresponde a melhor QV. Com relação ao BDI foram adotados os pontos de corte: <15 - ausência de depressão; entre 16 a 20 - disforia; e compatível para depressão quando o escore for maior que 21 pontos⁷.

As correlações entre as características socioeconômicas e demográficas, as características e trajetória da doença, foram verificadas através do teste de Correlação de Pearson quando as variáveis eram quantitativas (com análises bivariadas). A Correlação de Spearman foi o recurso estatístico nas correlações onde uma das variáveis era ordinal. Utilizado 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 adotado, em 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 forte⁹. O nível de significância para os testes foi de 0,05% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Um total de 32 participantes compuseram a amostra deste estudo. A tabela 1 apresenta as características socioeconômicas, demonstrando que houve predomínio de pacientes do sexo masculino (59,4%), com idade média de 49,28 anos ($\pm 16,93$), predominantemente pardos (46,9%), solteiros (40,6%), com ensino fundamental completo (40%), renda de 3 a 5 salários mínimos (43,8%), ativos economicamente (62,5%) quando diagnosticados. Os resultados e seus arredondamentos foram apresentados respeitando o programa estatístico utilizado.

Tabela 1 – Características socioeconômicas dos pacientes diagnosticados com hanseníase a pelo menos 30 dias- Uberaba-MG, 2014.

Variáveis	N (n=32)	%
Sexo		
Masculino	19	59,4
Feminino	13	40,6
Faixa etária		
20 - 30 anos	4	12,5
31 - 40 anos	8	25,0
41 - 50 anos	5	15,6
51 - 60 anos	9	28,1
61 - 70 anos	2	6,3
71 - 80 anos	3	9,4
≥81 anos	1	3,1
Cor da pele		
Parda	15	46,9
Branca	9	28,1
Preta	7	21,9
Amarela	1	3,1
Estado Civil		
Solteiro	13	40,6
Casado	11	34,4
Separado/Divorciado	5	15,6
Viúvo/a	2	6,3
Outro	1	3,1
Escolaridade		
Ens. Fund. Compl.	13	40,6
Ens. Med. Incompl.	10	31,3
Ens. Fund. Incompl.	7	21,9
Sem escolaridade	2	6,3
Renda familiar		
Sem renda fixa	5	15,6
Até 1 salário mínimo	9	28,1
>1 e até 3 salários mínimos	14	43,8
>3 e até 5 salários mínimos	3	9,4
> 5 salários mínimos	1	3,1
Trabalhava quando descobriu a doença		
Sim	20	62,5
Não	12	37,5
Situação atual		
Desempregado	12	37,5
Autônomo	9	28,1
Empregado	6	18,8
Do lar	5	15,6
Moradia		
Alugada	19	59,4
Própria	11	34,4
Instituição	1	3,1
Outro	1	3,1

Em relação às características clínicas, estas são apresentadas na tabela 2. O sinal clínico prevalente observado foi manchas na pele (43,8%). A procura pelo Centro de saúde a partir dos primeiros sintomas ocorreu em 53,1% dos pacientes. O tempo entre o aparecimento dos primeiros sintomas e o tratamen-

to foi entre 10 a 12 meses, para 53,1% dos pacientes. Em média, foram 4,54 dias entre o diagnóstico e o início do tratamento. A hanseníase multibacilar (81,3%) com forma clínica não determinada (43,1%) prevaleceu na amostra avaliada, assim como o tratamento multibacilar (84,4%).

Tabela 2 – Características clínicas da doença e grau de incapacidade física dos pacientes diagnosticados com hanseníase em tratamento há pelo menos 30 dias- Uberaba-MG, 2014

Variáveis	N %	(n=32)
Sintomas		
Manchas na pele	14	43,8
Formigamento	6	18,8
Nódulos	5	15,6
Dor	4	12,5
Espessamento de nervos	2	6,3
Perda de sensibilidade	1	3,1
Serviço de Saúde		
Unidade básica de saúde (UBS)	17	53,1
Ambulatório	12	37,5
Estratégia de saúde da família/ Equipe de Agentes Comunitários de Saúde (ESF/EACS)	2	6,3
Não sabe	1	3,1
Primeiros sintomas até iniciar Tratamento		
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
Tempo para iniciar o tratamento		
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
Classificação Operacional		
Multibacilar	26	81,3
Paucibacilar	6	18,8
Forma clínica		
Não Classificada	14	43,8
Dimorfa	9	28,1
Indeterminada	7	21,9
Tuberculóide	2	6,3
Tratamento utilizado		
Esquema Multibacilar	27	84,4
Esquema Paucibacilar	5	15,6
Nº de pessoas na moradia		
1	1	3,1
2-4	16	50,0
>4	15	46,9

Nº de contatos examinados		
1	14	43,8
2-4	12	37,5
>4	6	18,8
Abandono do tratamento		
Sim	6	18,8
Não	26	81,3
Grau de Incapacidade Física		
Grau 0	6	18,8
Grau1	12	37,5
Grau 2	6	18,8
Não avaliado	8	25,0

Os dados referentes à classificação da IFH são demonstrados na tabela 2. Observa-se que o Grau I predominou na amostra estudada (37,5%), seguido pela ausência de classificação destes pacientes (25%).

Tabela 3 – Medidas de tendência central, de variabilidade e consistência interna para os domínios de qualidade de vida dos pacientes diagnosticados com hanseníase em tratamento há pelo menos 30 dias. Uberaba- MG, 2014.

Domínio	Média	Desvio Padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo	Coefficiente α de Cronbach	Escore total
Físico	11,54	2,22	5,71	14,86	0,74	47,10
Psicológico	12,02	1,91	6,67	14,67	0,75	50,13
Relações Sociais	13,21	2;23	8,00	16,00	0.80	57,55
Meio Ambiente	12,47	1.10	10,50	14,50	0,77	52,93

Os resultados relacionados à QV dos pacientes diagnosticados com hanseníase em tratamento estão expostos na tabela 3. Foi possível observar que o domínio que apontou menor escore médio foi o físico (11,54 \pm 2,22) e escore total de 47,10 pontos. Os valores do coeficiente α de Cronbach foram maiores que 0,70 confirmando a boa consistência interna deste instrumento na população em investigação.

Tabela 4 – Correlação entre os escores médios dos domínios de QV e o grau de incapacidade física dos pacientes diagnosticados com hanseníase em tratamento há pelo menos 30 dias. Uberaba-MG, 2014.

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

^aCorrelação de Pearson

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

As correlações entre os escores de QV e IFH, observadas na tabela 4 foram negativas e significantes ($p < 0,01$) para todos os domínios físico ($r = -0,25$), psicológico ($r = -0,18$) e relações sociais ($r = -0,24$) da

classificação grau 2 da doença, inferindo que quanto menor o escore de qualidade de vida, maiores são os graus de incapacidade física.

Tabela 5 – Frequência dos escores totais dos pacientes diagnosticados com hanseníase em tratamento há pelo menos 30 dias, de acordo com o Inventário de Depressão de Beck-BDI, Uberaba-MG, 2014

Variável	N	%
Ausência de depressão	22	68,7
Disforia	4	12,5
Compatível com depressão	6	18,8

A avaliação dos sintomas depressivos é expressa na tabela 5. Observa-se que a maioria dos pacientes avaliados (68,7%) não demonstraram sintomas referentes à depressão, seguidos por 18,8% compatíveis com a sintomatologia de pacientes depressivos.

DISCUSSÃO

Neste estudo, a maioria dos pacientes foram do sexo masculino (59,4%) assim como em outras pesquisas de delineamento metodológico semelhante^{10,11}. A idade dos pacientes do presente estudo foi maior que as faixas etárias de estudos prévios publicados, o que pode ser justificado pelo envelhecimento da população brasileira, que propicia uma maior suscetibilidade ao acometimento de doenças infectocontagiosas¹⁰⁻¹². Os dados confluíram com estudos^{10,12,13} onde os pacientes encontram-se em plena atividade laboral e sua produtividade fica comprometida, sendo muitas vezes necessário o afastamento do trabalho.

A cor da pele parda (46,9%) também corrobora com a literatura, levando em consideração à miscigenação étnica brasileira, uma vez que não existe a predisposição à infecção pelo bacilo da hanseníase relacionado a cor da pele. Em relação ao estado civil, os dados encontrados divergem da literatura, uma vez que estudos indicam que a maioria dos pacientes acometidos são casados. Sabe-se que estado civil vigora de forma preponderante na QV e rede de apoio durante o diagnóstico e tratamento da hanseníase^{11,14}.

Dados referentes à escolaridade e renda foram ao encontro com a literatura^{15, 16,17}. Estas variáveis contribuem de forma significativa como fator de risco para a hanseníase, bem como, para o abandono e ou não aderência ao tratamento, assim como de outras doenças

infecciosas, tais como tuberculose, esquistossomose, Doença de Chagas, dengue, leishmaniose e malária¹⁶.

Em relação às características clínicas, nota-se que manchas na pele (43,8%) são manifestações constantemente descritas na literatura^{1,4,18}. A procura dos pacientes pela Unidade Básica de Saúde (53,1%) demonstra a importância da esfera de atenção primária na prevenção e promoção da saúde e na recuperação de agravos, além de levar a uma maior acessibilidade da população aos serviços de saúde^{19,20}.

No que tange aos dados relacionados ao tempo entre o aparecimento dos primeiros sintomas e o tratamento, sabe-se que grandes são os desafios para a quebra da cadeia de transmissão. A queda da cadeia de transmissão é tratada como prioritária pelo Pacto pela Vida preconizado pelo Ministério da Saúde, de modo que a procura pelo serviço de saúde e o início do tratamento devem ser cada vez menores^{21,22}.

A classificação operacional multibacilar da hanseníase encontrada neste estudo (81,3%), assim como a forma clínica dimorfa (28,1%) são semelhantes à dados clínicos apresentados em pesquisas prévias^{23,24}.

Em decorrência da classificação operacional encontramos na variável "tratamento utilizado", 84,4% para o tratamento para multibacilares. Estes dados diferem em aproximadamente 3,4%, quando comparados ao resultado da variável "classificação operacional" que corresponde a um paciente classificado como paucibacilar, porém sem forma clínica diagnosticada, assim por recomendação do Ministério da Saúde, foi administrado o tratamento para multibacilar.

Dados acerca da IFH obtidos nesta pesquisa apontam que o grau I (37,5%) foi o mais prevalente na amostra. Em estudo realizado no Rio de Janeiro, com pacientes submetidos a cirurgia de neurólise os dados encontrados foram semelhantes com relação aos

graus de incapacidade física^{20,21,23}. No entanto, em outros estudos o grau 2 de incapacidade física obteve os maiores percentuais.^{20,22}

A ocorrência de percentuais maiores para grau 1 e 2 de incapacidades físicas remete a um diagnóstico tardio, principalmente pela evolução da doença, e a ausência de tratamento e acompanhamento. A falta de expressão de políticas públicas de saúde acarreta intensos comprometimentos físicos e percentuais de incapacidades nas atividades de vida diária, reduzindo a QV dos pacientes^{21,23}.

Nesta perspectiva, está clara a relação cíclica estabelecida entre a hanseníase e déficits na QV, uma vez que o acometimento neural provocado pela doença pode levar a lesões cutâneas e conseqüentemente, desencadear incapacidades físicas e sequelas de etiologias variadas^{24,25}.

O domínio físico da QV apresentou os menores escores (11,54 ±2,22) na amostra estudada. Evidencia-se que as características incapacitantes dos portadores de hanseníase são altamente comprometidas diante dos inúmeros sintomas vividos pelos portadores. Desta forma, não só as limitações físicas, mas também psicológicas e sociais, além de obstáculo para as atividades corriqueiras, são fatores que contribuem para baixos escores de QV^{18,26}, pois há repercussão no autocuidado, refletida em medo, ansiedade, solidão, assim influenciando na evolução negativa da doença^{18,23}.

As correlações negativas e estatisticamente significativas ($p < 0,01$) encontradas neste estudo solidificam novamente a relação inversamente proporcional entre QV e IFH. Maiores graus de comprometimento físico são sinônimos de déficits multifatoriais em qualidade de vida, afetando de forma direta vários domínios que compõe o conceito de QV. Diversos estudos têm encontrado correlações estatisticamente semelhantes^{14, 19, 21, 24}. Reforçando assim a urgência de um diagnóstico precoce e tratamento com início imediato com intuito de minimizar uma baixa na QV decorrente dos efeitos das IFH¹².

Com relação aos escores de depressão, obtidos através do instrumento BDI, a maioria dos participantes (68,7 %) não apresentaram escores indicativos de depressão. Este resultado diverge de estudos publicados, onde os sintomas depressivos apareceram em aproximadamente 50% dos casos^{18,24}.

Apenas um estudo encontrado a partir de revisão bibliográfica temática encontrou resultados semelhantes a esta pesquisa, com ausência de sintomas depressivos na amostra investigada, porém utilizando outros instrumentos de mensuração da depressão, como a Escala de Depressão Hamilton e o *Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)*²².

Sabe-se que sintomas depressivos em pacientes com hanseníase estão relacionados ao preconceito e exposição social a que estes se encontram, além do medo e da falta de informação acerca da doença. Pesquisas realizadas com pacientes com hanseníase indicam que os principais acometimentos psicológicos vão além da depressão, tais como ansiedade, vergonha e alterações da imagem corporal, que acabam sendo traduzidos como depressão^{7,8,27}.

CONCLUSÕES

Os resultados desta pesquisa possibilitaram conhecer melhor a população estudada e sua realidade. Através da análise identificamos que a hanseníase atinge homens e mulheres ea QV e o indicativo de depressão têm 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 nos pacientes uma limitação social, expondo de forma amplificada a vulnerabilidade psicológica, física, e das relações interpessoais, impactando negativamente a QV e propiciando o aparecimento de sintomas depressivos. Assim, pacientes com hanseníase necessitam de tratamentos de longa duração e devem ser acompanhados por equipes especializadas com avaliações frequentes e monitoramento constante.

Com a análise e compreensão destes resultados, bem como com a leitura de publicações acerca do tema, grandes são os desafios para reduzir o impacto causado pela hanseníase em questões relacionadas à qualidade de vida, índices de depressão e com as incapacidades físicas causadas pela doença.

Evidencia-se a necessidade de estudos posteriores de cunho metodológico longitudinal e com intervenções em saúde, a fim de apreciar os escores das variáveis tratadas neste estudo, resultando em desfechos terapêuticos positivos para esta população.

Entende-se que através deste estudo e de seus resultados a avaliação dos pacientes possa ser feita de maneira rotineira e humanizada, para que ocorra o diagnóstico precoce com a busca ativa de casos novos, recurso que possa ser priorizado pelas equipes multidisciplinares de saúde, com o intuito de evitar as sequelas e as incapacidades físicas que comprometem substancialmente a qualidade de vida desta população e de seus familiares.

REFERÊNCIAS

- 1 World Health Organization. Global leprosy situation. *Wkly Epidemiol Rec* [Internet]. 2010 [cited 2016 Mar 16];35(85):337-48. Available from: <http://www.who.int/wer/2010/wer8535.pdf?ua=1>
- 2 Coelho AR. O sujeito diante da hanseníase. *Pesqui-Prát Psicossociais* [Internet]. 2008 [citado em 2016 Fev 18];2(2):364-72. Disponível em: http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapip/coelho_artigo.pdf
- 3 Luka EE. Understanding the stigma of leprosy. *Southern Sudan Medical Journal* [Internet]. 2010 [cited 2016 Fev 29];3(3):1-4. Available from: http://www.southsudanmedicaljournal.com/assets/files/Journals/vol_3_iss_3_aug_10/Leprosy%20stigma.pdf
- 4 Mantellini GG, Gonçalves A, Padovani, CR. Incapacidades físicas em hanseníase: coisa do passado ou prioridade na prevenção?. *Hansen Int* [Internet]. 2009 [citado em 2016 Jan 28];34(2):33-39. Disponível em: http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=10970
- 5 Costa MD, Terra FS, Costa RD, Lyon S, Costa AMDD, Antunes CMF. Avaliação da qualidade de vida de pacientes em surto reacional de hanseníase tratados em centro de referência. *An Bras Dermatol*. 2010;87(1):26-35. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962012000100003>
- 6 Pieri FM. A atenção aos doentes de hanseníase no sistema de saúde de Londrina, PR [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2013.
- 7 Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res*. 1996 Apr;29(4):453-7.
- 8 Fleck MPA, Lima AF, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VR, Comey S. Association of depressive symptoms and social functioning in primary care service, Brazil. *Rev Saude Publica*. 2002;36(4):431-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000400008>
- 9 Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale, USA: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
- 10 Finez MA, Salotti, SRA. Identification of the degree of impairment in leprosy patients through a simplified neurological evaluation. *J Health Sci Institute* [Internet]. 2011 [cited 2016 Jan 25];29(3):171-5. Available from: http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2011/03_jul-set/V29_n3_2011_p171-175.pdf
- 11 Jansen K, Mondin TC, Ores LC, Souza LDM, Konradt CE, Pinheiro RT, et al. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(3):440-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300005>
- 12 Castro RNC, Veloso TC, Matos LJS Filho, Coelho LC, Pinto LB, Castro AMNC. 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. *Rev Bras Clín Médica*. 2009 [citado em 2016 Fev 17];7:390-2. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n6/a007.pdf>
- 13 Silva RA Sobrinho, Mathias TAF, Gomes EA, Lincoln PB. Avaliação do grau de incapacidade em hanseníase: uma estratégia para sensibilização e capacitação da equipe de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007;15(6):1125-30. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000600011>
- 14 Nascimento AMF. 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: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina; 2012.
- 15 Duarte MTC, Ayres JA, Simonetti JP. Socioeconomic and demographic profile of leprosy carriers attended in nursing consultations. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007; 15(Spe):774-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000700010>
- 16 Pieri FM, Ramos ACV, Crispim JA, Pitiá ACA, Rodrigues, LBB, Silveira, RS, et al. Fatores associados às incapacidades em pacientes diagnosticados de hanseníase: um estudo transversal. *Hansen Int* [Internet]. 2012 [citado em 2016 Mar 18];37(2):22-30. Disponível em: http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=12010.
- 17 Amaral EP, Lana FCF. Análise espacial da hanseníase na microrregião de Almenara, MG, Brasil. *Rev Bras Enfermagem*. 2008;61(Spe):701-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000700008>
- 18 Santos KS, Fortuna CM, Santana FR, Gonçalves MFC, Marciano FM, Matumoto S. Significado da hanseníase para pessoas que viveram o tratamento no período sulfônico e da poliquimioterapia. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23(4):620-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0323.2596>

- 19 Neiva RJ. A hanseníase enquanto doença e representação social nas mulheres do Vale do Jequitinhonha – MG [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2015.
- 20 Silva MFC. Relação entre a irregularidade do tratamento poliquimioterápico e a ocorrência de episódios reacionais em pacientes com Hanseníase [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Oswaldo Cruz; 2015.
- 21 Nascimento GRC, Barrêto AJR, Brandão GCG, Tavares CM. Ações do enfermeiro no controle de hanseníase. *RevEletrEnferm* [Internet]. 2011 Out/Dez [citado em 2016 Mar 16];13(4):743-50. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a20.htm>.
- 22 Moura LMA, Pereira MA, Veloso LC. Estratégias utilizadas pelos serviços de saúde na detecção precoce da hanseníase: uma revisão integrativa. *Rev. Saúde em foco* [Internet]. 2015 [citado em 2016 Abr 13];2(1):130-50. Disponível em: <http://www4.fsanet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/524/850>
- 23 Reis MR, Albuquerque KR, Silva MP, Nascimento FCV, Paiva MP. Vivência de enfermeiros da atenção básica nas ações de controle da hanseníase no município de Teresina-PI. *Rev Saúde em foco* [Internet]. 2015 [citado em 2016 Abr 30];2(2):115-24. Disponível em: <http://www4.fsanet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/883/866>
- 24 Cassol AM, Campos AP Junior, Morais JS, Machado MS, Ramos ML. Perfil epidemiológico e incapacidades físicas em pacientes com hanseníase no centro de saúde de Barra do Garças – MT. *Interdisciplinar* [Internet]. 2015 [citado em 2016 Abr 08];13(1):64-8. Disponível em: <http://revista.univar.edu.br/index.php/interdisciplinar/article/view/421>
- 25 Rosa G, Lima M, Brito W, Moreira A. Análise da completude do grau de incapacidade em hanseníase da regional de saúde de Rondonópolis/MT. *RevGestão & Saúde* [Internet]. 2016 [citado em 2016 Abr 07];7(1):82-95. Disponível em: <http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/1075/pdf>.
- 26 Gomes JR. “Desatando nós” no diálogo entre equipe e usuários subsídios para a captação dos contatos de pacientes portadores de hanseníase do Ambulatório Souza Araújo [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Oswaldo Cruz; 2015.
- 27 Pereira DL, Brito LM, Nascimento AH, Ribeiro EL, Lemos KRM, Alves JN, et al. Estudo da prevalência das formas clínicas da hanseníase na cidade de Anápolis-GO. *Ensaio e Ciência*. 2012 [citado em 2016 Abr 01];16(1):1-13. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/260/26025372004.pdf>

Elia Maria Gaudenci
Rua Monte Alverne 633
Bairro Estados Unidos
Uberaba – MG.
CEP: 38015-360
E- mail: elianagaudenci.enfermagem@gmail.com
Fone: 34 37006710