

**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE**  
**Núcleo de Pós Graduação e Pesquisa**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES EM SURTO  
REACIONAL DE HANSENÍASE IDENTIFICADOS EM CENTRO DE  
REFERÊNCIA DE BELO HORIZONTE MG, 2007-2008**

**MARINA DIAS COSTA**

**BELO HORIZONTE**  
**2009**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE**  
**Núcleo de Pós Graduação e Pesquisa**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES EM SURTO  
REACIONAL DE HANSENÍASE IDENTIFICADOS EM CENTRO DE  
REFERÊNCIA DE BELO HORIZONTE MG, 2007-2008**

**Dissertação apresentada ao programa de Pós  
Graduação da Santa Casa de Misericórdia de  
Belo Horizonte, como requisito parcial para  
obtenção do título de mestre em Clínica  
Médica.**

**Orientador: Prof. Dr. Carlos Maurício de  
Figueiredo Antunes**

**BELO HORIZONTE**  
**2009**

C837a Costa, Marina Dias

Avaliação da qualidade de vida de pacientes em Surto Reacional de hanseníase identificados em Centro de Referência de Belo Horizonte MG, 2007-2008./ Marina Dias Costa. Belo Horizonte, 2009. 158 f.

Orientador: Carlos Maurício de Figueiredo Antunes.  
Dissertação. Pós-graduação em Clínica Médica e Biomedicina da

Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte.

1.Hanseníase. 2.Episódios reacionais. 3.Qualidade de vida.  
4.WHOQOL-*brief*. 5. Estigmatização.

I.Antunes, Carlos Maurício de Figueiredo. III.Título.

NLM: WC 335

*Dedico esta dissertação aos meus pais, Ana Maria e José Ronaldo, amores maiores da minha vida, exemplos e incentivadores. Agradeço a vocês pelo auxílio e dedicação incondicional em todos os momentos da elaboração desta pesquisa... é para vocês e por vocês mais esta vitória.*

*Ao meu amor, Rodrigo, meu anjinho, pelo imenso carinho, companheirismo, lealdade, compreensão e incentivo, que tanto me fortalecem.*

*À minha irmã Rosane, pelo amor, companheirismo, apoio, incentivo, dedicação e auxílio fundamental; e ao Fabiano, pelo carinho.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, Ser Supremo, por ter me concedido a sabedoria, o discernimento e a compreensão para os pequenos e grandes adventos da vida.

Ao Professor Dr. Carlos Maurício de Figueiredo Antunes por conduzir esse trabalho, pela sabedoria, auxílio incessante, disponibilidade, paciência, incentivo e otimismo em todos os momentos.

À Dra. Sandra Lyon, coordenadora da residência médica de Dermatologia do Hospital Eduardo de Menezes – FHEMIG, pelos ensinamentos, pelo carinho, amizade e principalmente, pelo estímulo incessante, sempre acreditando em meu potencial.

Em especial ao Fábio de Souza Terra, pela inspiração, apoio, dedicação, incessante disponibilidade e auxílio em todas as etapas desse trabalho, paciência e principalmente pela amizade.

À Juliana Guerra, pelo auxílio na coleta de dados, pela participação ativa nessa trajetória como verdadeira e preciosa amiga.

À Dra. Cida Grossi, uma pessoa que foi essencial no meu processo de aprendizado, pelo exemplo profissional, apoio, carinho e incentivo à busca constante do conhecimento.

À Evani, pela importante contribuição e auxílio na coleta dos dados, pelo carinho e amizade.

Ao tio Fonsa, tia Teca e tia Alda pelo amor, carinho e apoio em todos os momentos e aos demais familiares, que me incentivaram e estimularam nessa jornada.

À Ivanilda, pelo carinho, amizade e apoio.

Aos demais familiares, tios (as) e primos (as), pela torcida e incentivo.

Às grandes amigas Jacqueline, Papaula e Beta pelo carinho, apoio e incentivo.

À Rozana, Luciana e Lourdinha, pela amizade sincera e carinho.

À Rachel, Nina, Ariadna, Claudinha, Luiz, Joaninha e Lili pela amizade, carinho e apoio.

A todos os preceptores e funcionários do Hospital Eduardo de Menezes pelo carinho e incentivo.

À Mery Natali Silva Abreu, pelo apoio técnico na análise estatística dos dados.

Aos professores e às secretárias da pós-graduação da Santa Casa, Shirley e Zélia, pela amizade e atenção de sempre.

Aos colegas da pós-graduação, pelo incentivo, apoio e carinho.

A todos os pacientes de hanseníase, sem os quais esse trabalho não teria sido realizado.

## RESUMO

O presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida de pacientes em surto reacional de hanseníase identificados em Centro de Referência de Belo Horizonte MG. Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, descritivo e analítico, envolvendo 120 pacientes em tratamento de surto reacional de hanseníase, no período de dezembro de 2007 a março de 2008, realizado no ambulatório de Dermatologia do Hospital Eduardo de Menezes da FHEMIG, Belo Horizonte. Dois instrumentos foram utilizados para a coleta de dados: o primeiro, elaborado pela pesquisadora com base nos prontuários dos pacientes para o levantamento das variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas dos participantes do estudo, além das variáveis dependência de ajuda para os cuidados com a higiene, interferência da doença nas atividades profissionais e de lazer e expectativa futura de melhorar a saúde, a dor e as deformidades físicas e o segundo, o instrumento genérico WHOQOL-*bref* da Organização Mundial de Saúde, empregado para avaliar a qualidade de vida (QV). Os dados foram tabulados no programa estatístico SPSS versão 12.0 e analisados por meio do escore médio com aplicação dos seguintes testes estatísticos: Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, Coeficiente de Correlação de Spearman, Teste Qui-quadrado de Pearson, Teste Exato de Fisher, Coeficiente Alfa de Cronbach e Análise Multivariada por meio da Regressão Logística Ordinal. Além disso, foi realizada a análise gráfica por meio de "Box-plot". Adotou-se como nível de significância 5%. Os resultados demonstraram que a mediana da idade dos pacientes estudados foi de 48 anos, sendo a maioria do sexo masculino, casada, residente em cidades circunvizinhas a BH, com 1º grau incompleto, aposentada ou gozando de licença saúde e renda familiar de um a dois salários mínimos vigentes. A maior proporção dos doentes enquadrava-se na forma clínica dimorfa, apresentava grau 1 de incapacidade, tempo de descoberta da hanseníase e de tratamento da mesma de cinco anos ou mais, nenhuma comorbidade e com alterações sensitivas conseqüentes à doença. A maioria dos pacientes relatou não depender em nada de ajuda para os cuidados com a higiene, que a doença interferiu muito tanto nas atividades profissionais quanto nas de lazer e que tinha como expectativa futura em relação à doença melhorar a saúde. Na avaliação da qualidade de vida dos pacientes, o índice mais baixo de qualidade de vida foi observado no domínio físico, tendo como principal determinante a interferência da doença nas atividades profissionais. Índices baixos de qualidade de vida foram também observados na percepção global da qualidade de vida e da saúde e no domínio meio ambiente, sendo que a interferência da hanseníase nas atividades de lazer foi o principal fator determinante para ambos. Os índices mais altos de qualidade de vida foram observados nos domínios psicológico e relações sociais; nestes domínios, os principais determinantes foram, respectivamente, a não interferência nas atividades de lazer e a não dependência de ajuda para os cuidados com a higiene. A consistência interna do WHOQOL-*bref* foi aceitável para as facetas e domínios, indicando uma homogeneidade nos itens avaliados. A hanseníase causa sofrimento que ultrapassa a dor e o mal-estar estritamente vinculados ao prejuízo físico, com grande impacto social e psicológico, justificando estudos para a abordagem da QV dos pacientes e implementação de ações que visem a reintegração dos doentes no contexto social, familiar e profissional.

**Palavras-chave:** hanseníase, episódios reacionais, qualidade de vida, WHOQOL-*bref*, estigmatização.



## ABSTRACT

This study evaluated the quality of life of patients with leprosy reactional states identified at a Reference Center in Belo Horizonte MG. It is an epidemiological, transversal, descriptive and analytical study including 120 patients, from december 2007 to march 2008, carried out at the Dermatology Day Care Clinic of the FHEMIG's Eduardo de Menezes Hospital, in Belo Horizonte, State of Minas Gerais, Brazil. Two instruments were used for data collection: the first was prepared by the researcher, based on patients' records to assess the following variables: social, demographic, economic, clinical, help-dependence, interference of the disease in professional activities and leisure, expectation of improving health, pain and deformities and the second, a generic instrument of the World Health Organization, WHOQOL-*bref*, to assess the quality of life (QOL). Data were tabulated in the statistical program SPSS, version 12.0, and analyzed by the median score with the application of the following statistical tests: Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, Spearman Correlation Coefficient, Pearson's Chi-square test, Fisher's Exact Test, Cronbach's Alpha Coefficient, and Multivariate Analysis by Ordinal Logistic Regression. In addition, the graphic analysis was done by means of a "Box-plot". The significance level was 5%. The results showed that the median age of the patients was 48 years, most of them being male, married, domiciled in Belo Horizonte-neighborhoods, having only incomplete 1st degree schooling, being either retired or on sick leave, and having family income of one or two minimum wages. Most patients were clinically classified as borderline clinical form, with degree 1 disability, five or more years of disease and treatment, no comorbidity, and sensitive damages due to the disease. Most of them reported that they did not depend on any help for cleaning themselves, that the disease interfered very much both in work and leisure, and that they expected to improve their health. With regard to quality of life, the lowest QOL score was observed in the physical domain, and the main determinant was interference of the disease in work. Low QOL scores were also observed in the global perception of quality of life and health and in the environment domain. The interference of leprosy disease in leisure was the main determining factor for both. The highest QOL scores were observed in the psychological and social relationships domains. In these domains the main determinants were, respectively, noninterference in leisure activities and independence of help for personal hygiene. The internal consistency of WHOQOL-*bref* was acceptable for the facets and domains, thus indicating homogeneity in the items evaluated. Leprosy disease causes suffering that surpasses the pain and ill-being linked to physical injury, with a great social and psychological impact. This justifies more studies on approaching the patients' quality of life and implementation of actions for the reintegration of patients in society, family and work.

**Key words:** Leprosy disease, leprosy reactional states, quality of life, WHOQOL-*bref*, stigmatization.

## LISTA DE FIGURAS

Quadro1 - Domínios e facetas do <i>Whoqol-bref</i> .....	55
Figura 1 - Box-plot do domínio físico da escala de qualidade de vida <i>WHOQOL-bref</i> .....	74
Figura 2 - Box-plot do domínio psicológico da escala de qualidade de vida <i>WHOQOL-bref</i> .....	75
Figura 3 - Box-plot do domínio relações sociais da escala de qualidade de vida <i>WHOQOL-bref</i> .....	76
Figura 4 - Box-plot do domínio meio ambiente da escala de qualidade de vida <i>WHOQOL-bref</i> .....	77

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição de frequências das características sócio-demográficas e econômicas dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	62
TABELA 2 - Distribuição de frequências das características clínicas dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	64
TABELA 3 - Distribuição de frequências das variáveis dependência de ajuda, interferência nas atividades profissionais e de lazer e expectativa futura dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	65
TABELA 4 - Distribuição de frequências e apresentação da média, mediana, desvio padrão e percentis (25 e 75) da percepção global da qualidade de vida e da saúde da escala WHOQOL- <i>bref</i> dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	66
TABELA 5 – Distribuição de frequências e apresentação da média, mediana, desvio padrão e percentis (25 e 75) das sete facetas do domínio físico da escala WHOQOL- <i>bref</i> dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	67
TABELA 6 – Distribuição de frequências e apresentação da média, mediana, desvio padrão e percentis (25 e 75) das seis facetas do domínio psicológico da escala WHOQOL- <i>bref</i> dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	69

TABELA 7 - Distribuição de frequências e apresentação da média, mediana, desvio padrão e percentis (25 e 75) das três facetas do domínio relações sociais da escala WHOQOL- <i>bref</i> dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	71
TABELA 8 - Distribuição de frequências e apresentação da média, mediana, desvio padrão e percentis (25 e 75) das oito facetas do domínio meio ambiente da escala WHOQOL- <i>bref</i> dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	72
TABELA 9 - Correlação dos escores de cada domínio e da percepção global da QV e da saúde da escala WHOQOL- <i>bref</i> por idade (em anos) dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	78
TABELA 10 - Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio padrão e comparação dos escores de cada domínio e da percepção global da QV e da saúde da escala WHOQOL- <i>bref</i> por sexo dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	79
TABELA 11 - Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio padrão e comparação dos escores de cada domínio e da percepção global da QV e da saúde da escala WHOQOL- <i>bref</i> por estado civil dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	80
TABELA 12 - Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio padrão e comparação dos escores de cada domínio e da percepção global da QV e da saúde da escala WHOQOL- <i>bref</i> por município de residência dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	81

TABELA 13 - Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio padrão e comparação dos escores de cada domínio e da percepção global da QV e da saúde da escala WHOQOL- <i>brief</i> por escolaridade dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	82
TABELA 14 - Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio padrão e comparação dos escores de cada domínio e da percepção global da QV e da saúde da escala WHOQOL- <i>brief</i> por ocupação dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	83
TABELA 15 - Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio padrão e comparação dos escores de cada domínio e da percepção global da QV e da saúde da escala WHOQOL- <i>brief</i> por renda familiar dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	84
TABELA 16 - Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio padrão e comparação dos escores de cada domínio e da percepção global da QV e da saúde da escala WHOQOL- <i>brief</i> por forma clínica dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	85
TABELA 17 - Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio padrão e comparação dos escores de cada domínio e da percepção global da QV e da saúde da escala WHOQOL- <i>brief</i> por grau de incapacidade física dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	86

TABELA 18 - Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio padrão e comparação dos escores de cada domínio e da percepção global da QV e da saúde da escala WHOQOL- <i>bref</i> por tempo de hanseníase dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	87
TABELA 19 - Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio padrão e comparação dos escores de cada domínio e da QV Geral da escala WHOQOL- <i>bref</i> por tempo de tratamento dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	88
TABELA 20 - Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio padrão e comparação dos escores de cada domínio e da percepção global da QV e da saúde da escala WHOQOL- <i>bref</i> por presença de comorbidades dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	89
TABELA 21 - Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio padrão e comparação dos escores de cada domínio e da percepção global da QV e da saúde da escala WHOQOL- <i>bref</i> por presença de alterações sensitivas conseqüentes à hanseníase dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	90
TABELA 22 - Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio padrão e comparação dos escores de cada domínio e da percepção global da QV e da saúde da escala WHOQOL- <i>bref</i> por presença de alterações físicas conseqüentes à hanseníase dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	91
TABELA 23 - Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio padrão e comparação dos escores de cada domínio e da percepção global da QV e da saúde da escala WHOQOL- <i>bref</i> por presença de alterações visuais conseqüentes à hanseníase dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	92

TABELA 24 - Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio padrão e comparação dos escores de cada domínio e da percepção global da QV e da saúde da escala WHOQOL- <i>brief</i> por presença de dor conseqüente à hanseníase dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	93
TABELA 25 - Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio padrão e comparação dos escores de cada domínio e da percepção global da QV e da saúde da escala WHOQOL- <i>brief</i> por dependência de ajuda dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	94
TABELA 26 - Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio padrão e comparação dos escores de cada domínio e da percepção global da QV e da saúde da escala WHOQOL- <i>brief</i> por interferência nas atividades profissionais dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	96
TABELA 27 - Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio padrão e comparação dos escores de cada domínio e da percepção global da QV e da saúde da escala WHOQOL- <i>brief</i> por interferência nas atividades de lazer dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	98
TABELA 28 - Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio padrão e comparação dos escores de cada domínio e da percepção global da QV e da saúde da escala WHOQOL- <i>brief</i> por expectativa futura de melhorar a saúde dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	99

TABELA 29 - Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio padrão e comparação dos escores de cada domínio e da percepção global da QV e da saúde da escala WHOQOL- <i>bref</i> por expectativa futura de melhorar a dor dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	100
TABELA 30 - Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio padrão e comparação dos escores de cada domínio e da percepção global da QV e da saúde da escala WHOQOL- <i>bref</i> por expectativa futura de melhorar as deformidades físicas dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	101
TABELA 31 - Frequências da percepção global da qualidade de vida e da saúde da escala WHOQOL- <i>bref</i> categorizado em quartis dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	102
TABELA 32 - Resultados do modelo final de regressão logística ordinal (chances proporcionais) utilizando como variável resposta os quatro quartis da percepção global da qualidade de vida e da saúde da escala WHOQOL- <i>bref</i> dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	103
TABELA 33 - Frequências do domínio físico da escala WHOQOL- <i>bref</i> categorizado em quartis dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	104
TABELA 34 - Resultados do modelo final de regressão logística ordinal (chances proporcionais) utilizando como variável resposta os quatro quartis do Domínio Físico da escala WHOQOL- <i>bref</i> dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	106



TABELA 35 - Frequências do domínio psicológico da escala WHOQOL- <i>bref</i> categorizado em quartis dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	107
TABELA 36 - Resultados do modelo final de regressão logística ordinal (chances proporcionais) utilizando como variável resposta os quatro quartis do Domínio Psicológico da escala WHOQOL- <i>bref</i> dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	108
TABELA 37 - Frequências do domínio relações sociais da escala WHOQOL- <i>bref</i> categorizado em quartis dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	109
TABELA 38 - Resultados do modelo final de regressão logística ordinal (chances proporcionais) utilizando como variável resposta os quatro quartis do Domínio Relações Sociais da escala WHOQOL- <i>bref</i> dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	110
TABELA 39 - Frequências do domínio meio ambiente da escala WHOQOL- <i>bref</i> categorizado em quartis dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	111
TABELA 40 - Resultados do modelo final de regressão logística ordinal (chances proporcionais) utilizando como variável resposta os quatro quartis do Domínio Meio Ambiente da escala WHOQOL- <i>bref</i> dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	112
TABELA 41 - Avaliação da consistência interna por meio da aplicação do Coeficiente Alfa de Cronbach em cada um dos domínios da escala WHOQOL- <i>bref</i> .....	113
TABELA 42 - Associação entre as variáveis estado civil e dependência de ajuda dos 119 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	114

TABELA 43 - Associação entre as variáveis ocupação e interferência da doença nas atividades profissionais dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	115
TABELA 44 - Associação entre as variáveis renda familiar e interferência da doença nas atividades profissionais dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	116
TABELA 45 - Associação entre as variáveis tempo de hanseníase e interferência da doença nas atividades profissionais e de lazer dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	117
TABELA 46 - Associação entre as variáveis tempo de tratamento e interferência da doença nas atividades profissionais e de lazer dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	118
TABELA 47 - Associação entre as características sócio-demográficas e econômicas e formas clínicas dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	119
TABELA 48 - Associação entre as características clínicas e formas clínicas dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	120
TABELA 49 - Associação entre as variáveis dependência de ajuda, interferência nas atividades profissionais e de lazer e expectativa futura e forma clínica dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008.....	121

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas  
AINEs – Antiinflamatórios não esteróides  
Anti-PGL -1 – Anti glicolipídio fenólico-1  
Anti-TNF – anti Fator de Necrose Tumoral  
BH – Belo Horizonte  
D – Dimorfo  
DD - Dimorfo-dimorfo  
DeCS – Descritores em Ciências da Saúde  
DNA – Ácido desoxiribonucleico  
DT- Dimorfo-tuberculóide  
DV- Dimorfo-virchowiano  
ENR – Eritema Nodoso Hansênico  
FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais  
HIV/AIDS – Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência adquirida  
I – Indeterminada  
IB – Índice Baciloscópio  
IFN- $\gamma$  – Interferon gama  
IGM – Imunoglobulina G  
IL-1 $\beta$  - Interleucina 1 beta  
IL-10 - Interleucina 10  
IL-4 - Interleucina 4  
IL-5 - Interleucina 5  
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde  
*M. leprae - Mycobacterium Leprae*  
*M. tuberculosis - Mycobacterium tuberculosis*  
MB – Multibacilares  
MDT – Multi-Droga-Terapia  
MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System On-Line  
MG – Minas Gerais

MS - Ministério da Saúde  
NUCRN – Núcleo de Convivência em Situações Crônicas de Saúde  
NBR – Normas Brasileiras Regulamentadoras  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
PAC – Programa de Aceleração do Crescimento  
PNCH – Programa Nacional de Controle da Hanseníase  
PB – Paucibacilares  
PCR – Reação de cadeia da polimerase  
PGL-1- antígeno glicolípido fenólico-1  
PIB – Produto Interno Bruto  
PQT – Poliquimioterapia  
Q1 – Primeiro quartil  
Q3 – Terceiro quartil  
QV – Qualidade de Vida  
RNI – Reativos Intermediários do Nitrogênio  
ROI – Reativos Intermediários do Oxigênio  
RR – Reação Reversa  
SCIELO – Scientific Electronic Library Online  
SINAN - Sistema Nacional de Agravos Notificáveis  
SNC - Sistema Nervoso Central  
SNP - Sistema Nervoso Periférico  
SPSS - Statistical Package for Social Science  
T – Tuberculóide  
Th1 – Citocinas tipo 1  
Th2 – Citocinas tipo 2  
TMM-Terapia-Multi-Medicamentosa  
TNF- $\alpha$  - Fator de Necrose Tumoral alfa  
V- Virchowiano  
WHO/OMS - World Health Organization/Organização Mundial de Saúde  
WHOQOL-*bref* - World Health Organization Quality of life abreviado  
WHOQOL Group – World Health Organization Quality of Life Group

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	20
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	23
2.1 HANSENÍASE.....	23
<b>2.1.1 Generalidades</b> .....	23
<b>2.1.2 Histórico e dados epidemiológicos</b> .....	26
<b>2.1.3 Etiologia</b> .....	29
<b>2.1.4 Métodos diagnósticos</b> .....	30
<b>2.1.5 Classificação</b> .....	32
2.1.5.1 Classificação de Madrid.....	32
2.1.5.2 Classificação de Ridley e Jopling.....	33
2.1.5.3 Classificação da Organização Mundial de Saúde.....	33
<b>2.1.6 Manifestações Clínicas</b> .....	33
<b>2.1.7 Reações Hansênicas</b> .....	36
<b>2.1.8 Tratamento</b> .....	40
<b>2.1.9 Imunopatologia da Hanseníase</b> .....	41
2.2 QUALIDADE DE VIDA.....	43
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	50
3.1 OBJETIVO GERAL.....	50
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	50
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	51
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	51
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	51
4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	51
4.4 PERÍODO DE COLETA DE DADOS.....	52
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	52
4.6 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	52
4.7 PROCEDIMENTO DE COLETA.....	57
4.8 ANÁLISE DOS DADOS.....	57
<b>4.8.1 Análise descritiva</b> .....	57
<b>4.8.2 Cruzamentos</b> .....	57
<b>4.8.3 Análise multivariada</b> .....	59
<b>4.8.4 Análise gráfica</b> .....	59
<b>4.8.5 Pesquisa Bibliográfica</b> .....	60
<b>5 RESULTADOS</b> .....	61

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	61
5.2 ESCALA WHOQOL-BREF.....	66
5.3 CRUZAMENTOS COM A ESCALA WHOQOL-BREF.....	78
5.4 ANÁLISE MULTIVARIADA DA ESCALA WHOQOL-BREF.....	102
<b>5.4.1 Percepção global da qualidade de vida e da saúde.....</b>	<b>102</b>
<b>5.4.2 Domínio Físico.....</b>	<b>104</b>
<b>5.4.3 Domínio Psicológico.....</b>	<b>107</b>
<b>5.4.4 Domínio Relações Sociais.....</b>	<b>109</b>
<b>5.4.5 Domínio Meio Ambiente.....</b>	<b>111</b>
5.5 ANÁLISE DA CONSISTÊNCIA INTERNA DA ESCALA WHOQOL-BREF.....	113
5.6 OUTROS CRUZAMENTOS.....	114
<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>122</b>
6.1 INTRODUÇÃO.....	122
6.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	122
6.3 AVALIAÇÃO DA CONSISTÊNCIA INTERNA DO WHOQOL-BREF.....	131
<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>132</b>
7.1 CONCLUSÃO FINAL.....	133
<b>8 PROPOSIÇÕES.....</b>	<b>134</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>135</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>147</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>151</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A crescente evolução tecnológica na assistência à saúde, bem como o processo de transição demográfico-epidemiológico que vem ocorrendo no país nas últimas décadas, tem influenciado de maneira significativa o perfil da população brasileira. Observa-se, ainda, que as possibilidades de maior intervenção sobre o meio ambiente contribuíram para a redução das doenças infecto-contagiosas (BRASIL, 1992).

A hanseníase, no entanto, uma doença infecciosa crônica de alta prevalência no Brasil e em alguns países do mundo, continua sendo um importante problema de saúde pública, com alto poder incapacitante e marginalizante. É causada pelo *Mycobacterium leprae*, bacilo intracelular obrigatório que atinge a pele, anexos e o sistema nervoso periférico. A transmissão da doença ocorre através das vias aéreas superiores, por meio de contato íntimo e prolongado de indivíduos susceptíveis com doentes bacilíferos sem tratamento (ARAÚJO, 2003; OPROMOLLA, 2000).

A hanseníase apresenta um amplo espectro de formas clínicas, geralmente iniciando-se pela forma clínica indeterminada, que pode evoluir para as formas tuberculóide, dimorfa e virchowiana, de acordo com as defesas imunológicas. A detecção precoce, a classificação adequada do tipo de hanseníase, bem como a interpretação de possíveis intercorrências clínicas são indispensáveis para o controle e tratamento dessa afecção.

Durante o curso da doença ou após a alta medicamentosa das drogas hansenóticas, o paciente poderá manifestar quadros reacionais relativos à eliminação de fragmentos bacilares, com grande potencial incapacitante e deformante devido ao risco de dano neural, considerado por muitos estudiosos como a complicação mais séria da moléstia. O paciente passa, contudo, a expressar uma doença imunológica e não mais infecciosa (OPROMOLLA, 2000), constituindo um novo grupo de pacientes, o daqueles que cursam com as chamadas reações hansênicas ou episódios reacionais que, por sua vez, constituem os maiores agravantes da qualidade de vida dos mesmos (RODRIGUES; RODRIGUES; GOULART, 2003).

As incapacidades e deformidades podem acarretar inúmeros problemas, tais como a diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e alterações

psicológicas. São responsáveis, também, pelo estigma e preconceito contra a doença ao longo da história (BRASIL, 2002).

O comprometimento dos nervos periféricos está especialmente relacionado ao diagnóstico tardio da hanseníase e ao manejo terapêutico inadequado das neurites e das reações hansênicas. Por esse motivo, é responsabilidade do médico assistente promover a detecção precoce de casos na população de áreas endêmicas e em grupos de maior risco (contatos intradomiciliares), investigando lesões cutâneas sugestivas de hanseníase e incluindo, na anamnese, alusão a queixas neurológicas. Da mesma forma, nos portadores de hanseníase, as queixas individuais e o exame neurológico devem ser monitorados periodicamente, principalmente naqueles que apresentam maior potencial de desenvolver incapacidades físicas. A avaliação neurológica, feita através da inspeção e palpação de nervos periféricos, da realização dos testes de sensibilidade e avaliação da força muscular, deve fazer parte da rotina de atendimento dos pacientes com hanseníase, pois seus resultados são essenciais para a tomada de decisões sobre a melhor condução dos casos, particularmente aqueles que evoluem com episódios reacionais, que são os principais responsáveis por prolongar o curso silencioso da doença (NOBRE; OLIVEIRA, 2004).

A situação de endemidade, associada a baixas condições socioeconômicas e ambientais, a gravidade da doença, o surgimento de intercorrências clínicas ou complicações paralelas e a quantidade de medicação exigida para aliviar os sintomas, agravadas pelo elevado percentual de pacientes que apresentam incapacidades em consequência da hanseníase, com repercussão negativa em sua vida social, podem interferir significativamente na qualidade de vida dos mesmos (AQUINO *et al.*, 2003)

Como o conceito de saúde é muito amplo e subjetivo, apesar de muitos médicos considerarem a importância do comprometimento da qualidade de vida de seus pacientes, essa avaliação, infelizmente, não é tão acurada em demonstrar seu real impacto (MARTINS; TORRES; OLIVEIRA, 2008; LISS, 1994). Médicos e pacientes costumam ter diferentes avaliações sobre o estado de saúde de um mesmo paciente (MARTINS; TORRES; OLIVEIRA, 2008; BISQUERA; SARRIEIRA; MARTÍNEZ, 2004; BRASIL, 2002). O entendimento de qualidade de vida pode estar relacionado, por exemplo, à satisfação de necessidades fundamentais básicas do ser humano. Portanto, se a satisfação dessas for privada de alguma forma, isso acaba por gerar grande tensão (LIMA; GUALDA, 2000; LISS, 1994; OLIVEIRA, 1994). Assim, torna-se fundamental que os profissionais atuantes na área de saúde



empreguem esforços contínuos para a percepção e identificação das necessidades humanas afetadas, bem como das expectativas individuais dos pacientes, além de tornarem-se imprescindíveis o resgate e a valorização dos mesmos enquanto pessoas, que têm a sua forma singular de pensar, agir e/ou sentir. Nas últimas décadas, portanto, vem crescendo o interesse médico nesse campo, com o desenvolvimento de diversos questionários de avaliação da qualidade de vida relacionados à saúde. Ao estarem alertas e sensíveis para tais aspectos, os profissionais certamente poderão auxiliar, criando condições de estabelecer medidas objetivas para a abordagem do problema e suas conseqüências, visando uniformizar as diferentes visões, permitindo realizar comparações inter e intrapessoais e, assim, possibilitar, além do prolongamento da sobrevida, uma melhoria na qualidade de vida dos indivíduos acometidos.

O presente estudo propõe-se a avaliar a qualidade de vida de pacientes em surto reacional de hanseníase identificados em Centro de Referência situado no município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

A saúde nos dias atuais se apresenta como um conceito abrangente, complexo e positivo que se apóia nos recursos sociais, pessoais e não somente, na capacidade física ou condições biológicas dos indivíduos (BRASIL, 2002).

Diante do exposto, Oliveira, Lenardt e Tuoto (2003) afirmaram que a existência humana desenvolve-se imersa num contexto demarcado pela presença de várias doenças. Em determinadas épocas, era crescente o surgimento de doenças infecto-contagiosas que, aos poucos, foram dando lugar às doenças crônicas e hoje coabitam o espaço no processo saúde-doença, atingindo a sociedade juntamente com o processo de industrialização e urbanização, o aumento da população em situação de estresse gerado pelo estilo de vida, que susceptibiliza o ser humano a desenvolver doenças crônico-degenerativas, tais como Hipertensão Arterial grave, Diabetes Mellitus e Insuficiência Renal Crônica.

Dentre as doenças infecto-contagiosas que continuam sendo um problema de saúde pública em nosso país, destaca-se a Hanseníase.

### 2.1 HANSENÍASE

#### 2.1.1 Generalidades

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa crônica, granulomatosa, causada pelo *Mycobacterium leprae* e que se manifesta principalmente através de sinais e sintomas dermatoneurológicos. Sua transmissão ocorre de pessoa a pessoa através do contato íntimo e prolongado com doentes das formas bacilíferas sem tratamento (SAMPAIO; RIVITTI, 2007; ARAÚJO, 2003; BRASIL, 2002; OPROMOLLA, 2000; CUNHA, 1997; TALHARI, 1994).

O aparecimento da doença e de suas diferentes manifestações clínicas depende, dentre outros fatores, da relação entre parasita/hospedeiro, podendo ocorrer após um longo período de incubação que, em geral, varia de dois a sete anos

(BRASIL, 2002), podendo atingir até 20 anos (SAMPAIO; RIVITTI, 2007).

As vias aéreas superiores constituem a principal via de eliminação e porta de entrada dos bacilos. As secreções orgânicas como leite materno, suor, urina, fezes, esperma e secreção vaginal podem eliminar bacilos, mas não possuem importância na disseminação da infecção (SAMPAIO; RIVITTI, 2007; TALHARI *et al.*, 2006; VAN BEERS; DEWIT; KLASTER, 1996).

O homem é admitido como único reservatório natural do bacilo, porém, existem relatos do provável encontro da micobactéria em musgos da Costa do Marfim e da Noruega e também em animais selvagens naturalmente infectados (tatus e macacos). Entretanto, esses achados epidemiológicos não têm papel na cadeia de transmissão da doença (SAMPAIO; RIVITTI, 2007; VISSCHEDIJK *et al.*, 2000).

A hanseníase pode atingir indivíduos de todas as idades e de ambos os sexos, raramente ocorrendo em crianças. Observa-se que crianças menores de quinze anos adoecem mais quando há uma maior endemicidade da doença e que há 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, outros fatores relacionados aos níveis de endemia e à situação socioeconômica, assim como desfavoráveis e precárias condições de vida e de saúde, além de elevado número de pessoas convivendo em um mesmo ambiente, parecem influenciar o risco de adoecer (SAMPAIO; RIVITTI, 2007; BRASIL, 2002).

Não há evidências de que fatores raciais tenham influência na maior ou menor susceptibilidade dos indivíduos à infecção (SAMPAIO; RIVITTI, 2007).

O diagnóstico da hanseníase é essencialmente clínico e 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).

A problemática da hanseníase não se limita apenas à detecção de casos, devendo ser considerado, também, o alto potencial incapacitante da doença, que pode interferir no trabalho e na vida social, acarretando perdas econômicas e traumas psicológicos (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1995). Segundo inúmeros autores (TALHARI *et al.*, 2006; SINGHI *et al.*, 2004; KAUFMANN; MARIAM; NEVILLE, 1982), o caráter mórbido da hanseníase associa-se principalmente aos episódios reacionais e ao acometimento neural, que podem interferir significativamente na qualidade de vida dos pacientes, inclusive com auto-

estigmatização e sensação de vergonha. Tal problema se agrava pelo fato de a enfermidade estar historicamente marcada por muito medo, associado à idéia de doença mutilante e incurável, provocando atitudes de rejeição e discriminação ao doente, com sua eventual exclusão da sociedade (TSUTSUMI *et al.*, 2007; MONTEIRO, 2004).

Assim, a combinação de preconceito social, limitação funcional e sofrimento humano que acompanham a hanseníase explicam por que a doença é mais temida do que outras, inclusive doenças fatais. Em vários contextos, a imagem social negativa da hanseníase afeta sua avaliação, a disponibilidade de medidas eficazes para a prevenção e tratamento e o manejo das possíveis intercorrências clínicas, com evidente reflexo na efetividade das ações desenvolvidas a fim de conseguir sua eliminação (FELICIANO; KOVACS, 1997).

O trabalho de prevenção do dano na hanseníase, seja físico ou mental, deve ser iniciado no momento da confirmação diagnóstica, sendo importante a adoção de uma linguagem comum por todos os profissionais de saúde, garantindo a melhor compreensão do processo infeccioso, tratamento adequado, incentivo à participação ativa nas atividades preventivas e de reabilitação, bem como a melhora da auto-estima dos pacientes (CRISTOFOLINI, 1988). A presença de incapacidades em um paciente curado, por exemplo, evidencia que o diagnóstico foi tardio e o tratamento inadequado (BRASIL, 2002). Essa premissa compromete a qualidade de vida do doente e requer desenvolvimento de ações mais complexas que não devem deixar de ser contempladas na atenção integral ao doente (MONTEIRO, 2004).

Dessa forma, segundo Cristofolini (1988), “a dinâmica da prevenção e tratamento das incapacidades na hanseníase está baseada no princípio da integridade biopsicossocial do ser humano”. Assim, somente a ação interdisciplinar entre médico, fisioterapeuta, assistente social e psicólogo poderá conduzir o paciente à aceitação da terapia, uma vez que “as estatísticas comprovam que a doença acomete indivíduos em que o nível cultural é sempre muito baixo [...], o que dificulta a compreensão das justificativas terapêuticas” (NAKAE, 2002; SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 1999; OLIVEIRA, 1990; SANTOS, 1990). Essa afirmação pode ser comprovada pela observação de que, na maioria das vezes, os indivíduos já buscaram o tratamento em farmácias e/ou com outros médicos, sem sucesso. Ainda a esse respeito, Oliveira, Gomes e Oliveira (1999) relataram que, na experiência

adquirida da realidade dos serviços de saúde, observa-se que a doença funciona como um fator desencadeante de outros problemas que se iniciam antes mesmo do diagnóstico definitivo, em decorrência dos sinais dermatológicos e de manifestações neuríticas responsáveis pela diminuição da capacidade laboral.

Para Elsen, Marccone e Santos (2002), dificuldades no relacionamento podem ocorrer tanto nas relações mais íntimas, como na família, bem como nas relações sociais mais distanciadas. A forma como a hanseníase é incorporada no âmbito da realidade familiar e as mudanças que ocasiona na vida dos portadores e nos membros de sua família estão diretamente relacionadas com o funcionamento do ciclo vital familiar e com o significado atribuído a experiências prévias com problemas de saúde em geral e a conhecimentos anteriores adquiridos sobre a hanseníase, em particular (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1995). A doença é um elemento que propicia comportamentos inusitados e, eventualmente, conflitos familiares, por vezes de difícil assimilação. No momento em que é revelado o “nome” da doença, costuma haver um impacto nas pessoas do convívio, fragilizando a todos os familiares. O contexto familiar é bastante complexo e necessita uma compreensão que leve em conta a inserção no contexto sócio-econômico e a situação do momento vivido (ELSEN; MARCONE; SANTOS, 2002; OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 1999). CLARO (1993) constatou, por exemplo, que o impacto negativo que a doença provoca ocorre de uma forma mais intensa entre os pacientes com melhor situação sócio-econômica, principalmente por conhecerem a relação entre hanseníase e lepra.

Rojas, Gonzales e Hernandez (1993) observaram, ao abordarem as características psicossociais da lepra, “que as pessoas mantêm diversas crenças e atitudes acerca da enfermidade, influenciadas em parte pelo nível educacional e antecedentes sócio-culturais”. Esses autores consideraram, ainda, que quanto maior o tempo de doença acompanhado de deformidades, maior a probabilidade de o doente desenvolver alterações psíquicas. O conflito do portador de hanseníase pode se dar tanto pelo “medo” do contágio, quanto pela possibilidade de exclusão social (ELSEN; MARCONE; SANTOS; 2002).

### **2.1.2 Histórico e Dados Epidemiológicos**

Não se conhece a época exata do aparecimento da hanseníase, apesar do avanço das investigações. Existem poucos registros, referências e discussões sobre o aparecimento da doença, o que torna difícil uma abordagem mais precisa sobre o tema (SAMPAIO; RIVITTI, 2007; CUNHA, 1997). No entanto, as primeiras referências são apenas descrições da doença e foram encontradas na Índia e no Egito, datadas do século VII a.C. (CUNHA, 1997). Dificilmente pode se provar que a descrição da doença no Velho Testamento (Leviticus) com o nome tsara'th, por exemplo, tratava-se realmente de Hanseníase, sendo possível que se tratasse até de manchas dermatológicas de outra etiologia (SAMPAIO; RIVITTI, 2007; CUNHA, 1997).

Os sacerdotes tinham a missão de diagnosticar e tratar a doença, visto que era relacionada à fraqueza oriunda de pecados e que devia ser combatida através de sacrifícios, purificações e rituais que incluíam desde a queima de objetos pessoais até a exclusão do contato direto do doente com o que se julgava puro, assim como um pássaro, a mangerona, a água ou a madeira de cedro (CHUORAQUI, 1978).

Quanto à Idade Média, podem ser encontradas apenas informações do que se pensava e do que se sabia em relação à Lepra, nos manuscritos deixados pelos médicos da época. Além desses manuscritos, a arte e a literatura também contribuíram para descrever a doença (CUNHA, 1997).

Além da deformidade física, a falta de informações sobre o modo de transmissão, controle ou cura e o medo da exclusão social que acompanhavam os doentes nessa época, contribuíram para que a doença fosse temida nas populações medievais. Todavia, a relação divina com as calamidades, flagelos e doenças era um fato aceitável pela grande maioria das pessoas. Os próprios médicos se valiam desses preceitos para justificar seu fracasso e a permanência da doença.

Os medievais acreditavam na existência de seres misteriosos que habitavam os céus e que provocavam as tempestades, a loucura e as doenças. Portanto, convinha tratar com prudência os que eram responsáveis por sua saúde ou doença, prosperidade ou miséria. Muitos santos, que também habitavam os céus, eram invocados a proteger as pessoas das diversas doenças que, por sua vez, recebiam nomes de santos. Assim, a Peste Bubônica recebeu o nome de “mal de São Roque ou de São Sebastião”, a Gangrena era chamada de “fogo de Santo Antônio” e a lepra de “mal de São Lázaro”. Lázaro, no Novo Testamento, em Lucas 16,19-31, tem suas lesões sendo lambidas por cães (CUNHA, 1997).

Fatores climáticos, nutricionais, econômicos, movimentos migratórios e, principalmente, a terapia inadequada, facilitaram a propagação da endemia.

Em 1985, o número de casos de hanseníase no mundo, principalmente nas regiões tropicais, era calculado entre 13 e 14 milhões, com quase 5,5 milhões de casos registrados. Desde a introdução da MDT (Multi-DrogaTerapia) ou TMM (Terapia Multi-Medicamentosa) pela OMS (Organização Mundial de Saúde), adotada no Brasil com a denominação de PQT (Poli-Quimio-Terapia), ocorreu uma diminuição surpreendente da endemia em todo o mundo. De 13-14 milhões em 1985, o número de casos caiu, em 1996, para 1,3 milhões de doentes e o total de casos registrados caiu de 5.351.408 para 926.259. No final de 1999, o total de casos conhecidos era de 753.000. Em 1991, a OMS aprovou uma resolução para eliminar a hanseníase como problema de saúde pública, sendo que, para isso, seria necessária alcançar a prevalência de menos de um caso para cada 10.000 habitantes (SAMPAIO; RIVITTI, 2007). Atualmente, apenas três países ainda não atingiram a meta de eliminação da hanseníase: Brasil, Nepal e Timor-Leste (WHO, 2008).

De acordo com a OMS, a Índia ocupa o primeiro e o Brasil, responsável por cerca de 85% dos casos do total de casos das Américas (SAMPAIO; RIVITTI, 2007), o segundo lugar em números de casos detectados. Um aspecto que ainda preocupa é a prevalência oculta, definida como a estimativa da proporção de pacientes com incapacidades físicas (grau I e II) entre os casos detectados, proposta como indicador epidemiológico para avaliar o atraso no diagnóstico da hanseníase (ARAUJO, 2003).

No Chile, a hanseníase nunca foi registrada e na Argentina e Uruguai, está praticamente eliminada (SAMPAIO; RIVITTI, 2007).

A hanseníase é considerada endêmica em todo o território brasileiro, apresentando uma distribuição irregular, com alta prevalência nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (BARROS; OLIVEIRA, 2000). A redução de casos em menores de 15 anos de idade é prioridade do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH). Esses casos têm relação com doença recente e focos de transmissão ativos e seu acompanhamento epidemiológico é relevante para o controle de hanseníase. A meta estabelecida pelo PNCH para o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) é a redução do coeficiente de detecção dos casos novos em menores de 15 anos de idade em 10,0%, no país, até 2011 (BRASIL, 2008).

### 2.1.3 Etiologia

O agente etiológico da hanseníase é o *Mycobacterium leprae*, bacilo álcool-ácido resistente quando corado pelo método de Ziehl-Neelsen, pertencente à Classe *Actinobacteria*, Subclasse *Actinobacteridae*, Ordem *Actinomycetales*, Subordem *Corynebacterineae*, família *Mycobacteriaceae*, Gênero *Mycobacterium* e Espécie *Leprae*. Foi o médico norueguês Gerhard Armauer Hansen, pesquisador sobre o tema que identificou, em 1873, o bacilo como o causador da “lepra”, a qual teve seu nome trocado para hanseníase em homenagem ao seu descobridor. Ainda que o termo lepra (*leprosy*) seja adotado na maioria dos países, no Brasil, o mesmo foi substituído por hanseníase também devido ao seu caráter estigmatizante (SAMPAIO; RIVITTI, 2007).

O bacilo de Hansen é um parasita intracelular obrigatório, não cultivável, predominante em macrófagos, aerófilo e com tropismo pelas células de Schwann, nas quais induz necrose caseosa, principal causa das deformidades características da doença. É Gram positivo e tem atividade Dopa oxidase.

Apresenta-se nos tecidos humanos como um bastonete reto ou ligeiramente encurvado, medindo aproximadamente 1 a 8 micra de comprimento por 0,2 a 0,5 micra de largura e sua reprodução ocorre por fissão binária (WIKIPEDIA, 2005; AMADOR, 2004; MADEIRA, 2000).

A localização corporal das lesões hansênicas nos pacientes (pele, mucosas e nervos periféricos) sugere que o bacilo tem preferência por temperaturas menores que 37°C (AMADOR, 2004; MADEIRA 2000).

O *M.leprae* apresenta crescimento lento, com tempo de geração, em média, de 12 a 14 dias. O bacilo pode manter-se viável por até 10 dias sob temperatura de 4°C fora do organismo humano em fragmentos de biópsia ou suspensão. Nas secreções nasais, o bacilo pode sobreviver por até sete dias à temperatura de 20.6°C e umidade de 43,7%, embora com o aumento da temperatura e da umidade, sua viabilidade possa diminuir. Bacilos irregularmente corados são considerados inviáveis, ou seja, incapazes de produzir doença (AMADOR, 2004; MADEIRA, 2000; LEIKER; NUNZI, 1981).

Ao microscópio óptico comum, nas preparações para bacterioscopia, os bacilos de Hansen podem estar isolados, agrupados ou em aglomerados compactos,



chamados “globias”, sendo a única micobactéria que apresenta esse tipo de disposição (SAMPAIO; RIVITTI, 2007).

À microscopia eletrônica, a parede do *M.leprae* apresenta duas camadas, sendo a interna eletrodensa, a externa elétron-transparente e, abaixo dela, uma membrana plasmática. A cápsula, que é correspondente à camada elétron-transparente, é constituída de dois lípidos, o dimicocerosato e o ftiocerol, além do glicolípido fenólico-1 (PGL-1). Esse último contém um grupamento trissacarídico específico do *M.leprae*, que serve de acceptor de laminina  $\alpha$  2 da célula de Schwann do sistema nervoso periférico, sendo, por isso, a única micobactéria neurotrópica existente.

Demonstrou-se, ainda, que o *M. leprae* é um bacilo com alto poder infectante e baixo poder patogênico. Assim sendo, após a sua entrada no organismo, não ocorrendo a sua destruição, o mesmo irá se localizar na célula de Schwann e na pele. Sua disseminação para outros tecidos pode ocorrer nas formas mais graves da doença, nas quais o agente infectante não encontra resistência contra a sua multiplicação. Nesse caso, os linfonodos, olhos, testículos e fígado podem abrigar grande quantidade de bacilos (ARAÚJO, 2003).

#### **2.1.4 Métodos Diagnósticos**

O diagnóstico da hanseníase é clínico, baseado na definição de caso e na história epidemiológica do paciente.

A baciloscopia é considerada o exame complementar mais útil no diagnóstico; é de fácil execução e baixo custo, realizada em esfregaços cutâneos de raspado dérmico, utilizando basicamente quatro sítios de coleta: lesão suspeita ou área com sensibilidade alterada, lóbulos auriculares (os dois) e cotovelo contralateral à lesão. Na ausência de lesão cutânea, preconiza-se a coleta de material de ambos os cotovelos e ambos os lóbulos auriculares (BRASIL, 2001). A coloração é feita pelo método de Ziehl-Neelsen e o resultado apresenta-se sob a forma de índice baciloscópico (IB), numa escala que vai de zero a seis. A baciloscopia mostra-se negativa (IB=0) nas formas clínicas indeterminada e tuberculóide, fortemente positiva na forma virchowiana e revela resultado variável na forma dimorfa (ARAÚJO, 2003). O exame baciloscópico tem importância na

classificação clínica da hanseníase (BRASIL, 2002) e, apesar da boa acurácia, o método tem sido pouco utilizado na prática clínica devido à falta de infra-estrutura disponível para a realização da coleta, coloração e leitura dos esfregaços (PORICHHA, 2001; OPROMOLLA, 2000; HUNTER; BRENNAN, 1981). Apresenta alta especificidade (próxima a 100%) e baixa sensibilidade, sendo negativo em até 70% dos pacientes de hanseníase (GROSSI, 2005; MOSCHELLA, 2004; LANA *et al*, 2000).

Pode-se realizar, ainda, exame histopatológico da pele em casos de dúvidas diagnósticas ou para classificação, utilizando-se a biópsia do nervo para diagnóstico diferencial com outras neuropatias. A histopatologia, muitas vezes, não é característica, chegando a ser duvidosa e, portanto, não é considerada padrão-ouro (MOSCHELLA, 2004).

A reação de Mitsuda, reação padrão da imunidade mediada por células, é um teste de aplicação intradérmica e leitura tardia - 28 dias. Pode ser utilizada na classificação da doença e na definição do prognóstico e não possui valor para o diagnóstico (SAMPAIO; RIVITTI, 2007; ARAÚJO, 2003; BRASIL, 2001). O resultado do teste é positivo quando há formação de pápula infiltrada e negativo quando há ausência de alteração cutânea. A capacidade e potencialidade da resposta imune celular pode ser avaliada através de sua realização, em associação com a carga bacilar. Assim, indivíduos susceptíveis à doença apresentam quantidade elevada de bacilos (medida pelo índice baciloscópico) e ausência de resposta imune celular (Mitsuda negativo), enquanto que os resistentes têm hiperreatividade imunológica celular (Mitsuda positivo) e ausência de bacilos na lesão. Nas formas intermediárias, contudo, pode ocorrer um equilíbrio entre esses dois fatores (LYON, 2005; GOULART; PENNA; CUNHA, 2002; FOSS, 1999; TALHARI; NEVES, 1997). O teste de Mitsuda pode ser empregado em estudos epidemiológicos, mas atualmente, não se recomenda sua aplicação rotineira (TALHARI *et al.*, 2006).

Em áreas endêmicas, a infecção na população pode ser detectada pela presença de elevados títulos de anticorpos IgM contra o *M. leprae*. A pesquisa do anticorpo anti-PGL-1 é utilizada para relacionar a presença deste com a forma clínica, atividade e evolução da doença (ARAÚJO, 2003; ABULAFIA; VIGNALE, 2001; BRASIL, 2001; FOSS; CALLERA, 1993). Apesar

da produção de anticorpos específicos contra o *M. leprae* em grande quantidade nas formas multibacilares, sabe-se que ela é ineficaz para a eliminação dos bacilos. Há estudos inconclusivos que procuram estabelecer uma relação entre a positividade ao anti-PGL-1 e o risco de adoecer ou de identificar infecção subclínica (BARROS; OLIVEIRA, 2000).

A identificação do *M. leprae* pela reação em cadeia da polimerase (PCR) tem sido estudada em centros de pesquisa, mas não é realizada rotineiramente (ARAÚJO, 2003). Além disso, estudos moleculares envolvendo citocinas e quimiocinas têm sido realizados para investigar sua potencial utilidade como marcadores biológicos no diagnóstico e manutenção da hanseníase (COSTA, R.D, 2008; MENDONÇA *et al.*, 2007).

Uma vez concluído o processo de diagnóstico, o doente deve ser classificado operacionalmente para fins de tratamento (BRASIL, 2004).

### **2.1.5 Classificação**

Diversas classificações foram propostas ao longo dos anos na tentativa de abordar os inúmeros aspectos clínicos, imunológicos, evolutivos, prognósticos e terapêuticos da hanseníase (GROSSI, 2005), sendo as mais importantes e mais utilizadas, as seguintes:

#### **2.1.5.1 Classificação de Madrid**

Foi proposta no VI Congresso Internacional de Leprologia realizado em Madrid, em 1953. São considerados critérios clínicos, compreendendo a morfologia das lesões cutâneas e as manifestações neurológicas e baciloscópicas. Nessa classificação, consideram-se dois pólos imunologicamente estáveis e opostos (virchowiano e tuberculóide) e dois grupos imunologicamente instáveis (indeterminado e dimorfo) que, com a evolução natural da doença, caminhariam em direção a um dos pólos (INTERNATIONAL CONGRESS OF LEPROSY, 1953). Apesar de ainda ser muito difundida, é considerada falha, uma vez que a baciloscopia não é realizada como rotina na maioria dos serviços de saúde (OPROMOLLA, 2000).

#### 2.1.5.2 Classificação de Ridley e Jopling

A classificação proposta por Ridley e Jopling, em 1962-1966, é a mais utilizada em pesquisas e leva em consideração a imunidade dentro de um espectro de resistência do hospedeiro. Essa classificação não inclui a forma indeterminada no espectro e o exame histopatológico é indispensável para sua utilização. Apresenta dois tipos polares estáveis, o tuberculóide e o virchowiano, e os interpolares, imunologicamente instáveis: dimorfo-dimorfo, dimorfo-tuberculóide e o dimorfo-virchowiano (MOSCHIONI, 2007; AMADOR, 2004; ARAÚJO, 2003; RIDLEY; JOPLING, 1966).

#### 2.1.5.3 Classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) do Brasil adotam a classificação que emprega como critério de alocação dos pacientes para finalidade de tratamento, a ausência ou positividade da baciloscopia e, mais recentemente, o número de lesões cutâneas menor ou igual a cinco lesões ou maior que cinco lesões, respectivamente classificados como paucibacilares (PB) e multibacilares (MB) (BRASIL, 2002; OMS, 1995).

#### 2.1.6 Manifestações Clínicas

A hanseníase indeterminada (I) é o estágio inicial e, em geral, transitório da doença, que 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). A forma clínica em questão caracteriza-se pelo aparecimento de máculas ou áreas circunscritas com distúrbios 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; ARAÚJO, 2003).

No pólo de resistência ao bacilo, encontra-se a doença localizada e não contagiosa, a hanseníase tuberculóide (T), que expressa resposta imune competente para morte bacilar. Essa forma clínica caracteriza-se por lesões em placas bem delimitadas, de cor róseo-eritematosa ou eritêmato-acastanhada, contornos regulares ou irregulares formando lesões circulares, anulares, circinadas ou geográficas. São em geral únicas ou em número reduzido, anestésicas e de distribuição assimétrica, podendo localizar-se em qualquer região da pele. Os distúrbios sensitivos nas lesões cutâneas são, em geral, bastante acentuados, assim como alterações da sudorese e vasomotoras. Pode haver alopecia total ou parcial. O comprometimento neural é intenso, precoce e assimétrico, podendo causar incapacidades. A baciloscopia é negativa. A hanseníase T, juntamente com a I, constituem as formas PB da hanseníase. Apesar da possibilidade de cura espontânea na forma T, a orientação é de que os casos sejam tratados para reduzir o tempo de evolução da doença e o risco de dano neural.

Observam-se, ainda, as variedades infantil e a forma neural pura da hanseníase. A primeira manifesta-se em crianças conviventes com portadores de formas bacilíferas e localiza-se principalmente na face, podendo se apresentar como nódulos, placas, lesões tricofitóides ou sarcoídicas. Na forma neural pura, por sua vez, ocorrem alterações sensitivas sem o aparecimento de lesões cutâneas.

No outro pólo da doença, encontra-se a forma disseminada e contagiosa, MB, a hanseníase virchowiana (V), que decorre da incapacidade da resposta imune para impedir a multiplicação e eliminação do bacilo. Admite-se que a forma V possa evoluir a partir da forma I ou se apresentar como tal, desde o início. Sua evolução crônica caracteriza-se pela infiltração progressiva e difusa da pele, mucosas das vias aéreas superiores, olhos, testículos, nervos, podendo afetar, ainda, os linfonodos, o fígado e o baço. Apresenta polimorfismo muito grande das lesões e na pele, descrevem-se pápulas, nódulos e máculas. A infiltração é mais acentuada na face e nos membros. A pele torna-se luzidia, xerótica, com aspecto apergaminhado e tonalidade semelhante ao cobre, vinhosa. Há rarefação dos pelos nos membros, cílios e supercílios (madarose). A infiltração da face, incluindo os pavilhões auriculares, com madarose e manutenção da cabeleira, forma o quadro conhecido como “fácies leonina”. O comprometimento nervoso ocorre nos ramúsculos da pele, na inervação vascular e nos troncos nervosos. Esses últimos vão apresentar deficiências funcionais e seqüelas tardias. São sinais precoces de hanseníase V, a obstrução nasal, rinorréia

serossangüinolenta e edema de membros inferiores. A forma V apresenta baciloscopia fortemente positiva e representa, nos casos virgens de tratamento, importante foco infeccioso ou reservatório da doença.

As formas interpolares, dimorfo-dimorfo (DD), dimorfo-tuberculóide (DT) e dimorfo-virchowiana (DV) refletem graduais variações da resistência ao bacilo que tendem a se aproximar das características de cada uma das formas polares T e V (DHARMENDRA, 1989; JOPLING; MC DOUGALL, 1991; RIDLEY; JOPLING, 1966).

Os pacientes portadores das formas MB são considerados a principal fonte de infecção e disseminação da doença, não obstante o papel dos PB na cadeia de transmissão já ter sido demonstrado. A existência de portadores sadios tem sido relatada pelos estudos de DNA utilizando a técnica da reação em cadeia da polimerase (PCR), entretanto, o papel desses na transmissão e o seu risco de adoecimento não está definido (VISSCHEDIJK *et al.*, 2000).

Os testes de sensibilidade apresentam limitações para serem feitos em crianças muito novas, adultos ansiosos, manipuladores ou indivíduos incapazes de compreender as instruções oferecidas antes de sua execução. Na dúvida, deve-se lançar mão de provas complementares como o teste da histamina e o da pilocarpina, de fácil realização. A palpação de nervos e sua avaliação funcional têm como objetivo principal pesquisar possíveis alterações neurológicas provocadas pela hanseníase. Deve-se realizar a palpação dos troncos nervosos acessíveis e a avaliação funcional (sensitiva, motora e autonômica) daqueles mais freqüentemente comprometidos pela doença. Cumpre lembrar que qualquer ramo ou tronco nervoso superficial poderá ser afetado, especialmente nas partes mais superficiais, onde estão mais sujeitos aos traumatismos e passagem por estruturas osteoligamentosas (áreas de constrição). Na palpação, deve ser avaliado o calibre do nervo em comparação ao contralateral, a presença de dor, fibrose ou nodulações. Os nervos comumente avaliados são: o nervo ulnar, o mediano, o radial e o radial cutâneo, nos membros superiores e, nos membros inferiores, o tibial posterior e o fibular comum; no segmento cefálico, o grande auricular e o nervo facial, que é motor e não é palpável (ARAÚJO, 2003).

A avaliação da função motora de grupos musculares específicos deve ser feita principalmente nos pacientes em tratamento, com a finalidade de detecção precoce de incapacidades. Seqüelas bem definidas podem ser encontradas já no período do diagnóstico, tais como: paralisia facial do tipo periférico unilateral ou bilateral, ou paralisia do ramo orbicular do nervo zigomático, provocando o lagoftalmo, epífora e

exposição da córnea; mão em garra (garra do quarto e quinto quirodáctilos ou garra completa); mão caída; pé caído e garra de artelhos que pode ser acompanhada do mal perfurante plantar (TALHARI; NEVES, 1997).

A evolução crônica e insidiosa da doença pode ser sobreposta por fenômenos inflamatórios agudos, localizados ou sistêmicos, os chamados episódios reacionais ou reações hansênicas.

### **2.1.7 Reações hansênicas**

Os quadros reacionais podem ocorrer espontaneamente antes, durante ou após o tratamento específico ou, ainda, estarem associados a situações clínicas como vacinação, anemia, puberdade, gestação, parto, intervenção cirúrgica, estresse físico e/ou psicológico, infecções intercorrentes (virais, bacterianas, etc) e uso de drogas, sendo as mais comuns: antibióticos, iodeto de potássio, progesterona e vitamina-A. No entanto, os fatores precipitantes e mecanismos fisiopatológicos envolvidos no desencadeamento de ambos os tipos de reação permanecem ainda mal definidos (SCOLLARD *et al.*, 2006; SAMPAIO *et al.*, 2000).

Eventualmente, o quadro reacional pode ser o motivo que leva o paciente a procurar ajuda médica e, só então, ser diagnosticada a doença.

Os eventos reacionais podem incidir em qualquer uma das formas clínicas, exceto na hanseníase indeterminada (JOPLING; MC DOUGALL, 1991; DHARMENDRA, 1989; RIDLEY; JOPLING, 1966) embora sejam mais freqüentes em pacientes com as formas V, DV, DD e DT. Considerando que os episódios reacionais podem ocorrer em qualquer fase da PQT, o aparecimento das reações está, também, associado à resposta terapêutica e à capacidade de resposta imunológica do paciente (FOSS, 2003).

Há dois tipos de reações hansênicas que refletem dois diferentes tipos de respostas imunológicas e que, provavelmente, constituem as bases para as manifestações clínicas de ambas:

a) Reação tipo 1 ou Reação Reversa (RR): envolve, geralmente, as formas dimorfas (DT, DD e DV) e pode, eventualmente, ocorrer na forma T e, raramente, na V. Clinicamente, caracteriza-se por sinais de inflamação aguda, tais como dor, eritema, infiltração e edema de lesões pré-existentes, às vezes acompanhadas de

novas lesões. Geralmente não há comprometimento sistêmico, as manifestações são localizadas, como neurites isoladas ou acompanhadas de lesões cutâneas. Os casos muito graves podem cursar com ulceração profunda e necrose acentuada, levando a seqüelas irreversíveis. Todo o processo da RR tem sido associado a um súbito aumento da imunidade mediada por células, constituindo exemplo típico da reação de hipersensibilidade do tipo tardia “in vivo”, reação tipo IV de Coombs & Gell. Com a involução da reação, as lesões tornam-se descamativas. Apesar de apresentar um quadro clínico geralmente bem localizado, esse tipo de reação é muito preocupante, porque é freqüentemente acompanhado de espessamento de um ou mais nervos periféricos, podendo ocorrer de forma aguda, seguido de sintomas de dor e acentuação da sensibilidade em todo o trajeto neural comprometido e, dependendo da gravidade, podendo levar à formação de abscesso neural. O acometimento do nervo pode atingir as fibras sensitivas e motoras dos troncos nervosos periféricos, gerando lesões definitivas e incapacidades físicas. Quadros clínicos como mão em garra, pé caído e paralisia facial, acompanhados de espessamento neural e perda de sensibilidade das áreas afetadas são as seqüelas da reação aguda, a qual necessita de tratamento adequado o mais rápido possível. Logo, as neuropatias constituem-se em quadros graves, que requerem intervenção e conduta médica imediata, para prevenir o estabelecimento de incapacidades. Raramente, os episódios de RR persistem mais que poucos meses.

b) Reação tipo 2 ou Eritema Nodoso Hansênico (ENH): envolve as formas DD, DV e V, reconhecidas como MB, porque os pacientes apresentam grande número de bacilos. Tal reação foi originalmente descrita por Murata (Japão), em 1912 e, atualmente, é reconhecida como alteração da imunidade humoral, sendo exemplo de reação imunológica, com predomínio da reação por imunocomplexos circulantes (Tipo III), da classificação de Coombs & Gell. O ENH tende a ocorrer durante a PQT, quando as lesões cutâneas estão em involução; entretanto, existem casos em que a reação é a primeira manifestação, precedendo o diagnóstico de hanseníase ou, ainda, ocorrendo após o tratamento específico. Não é muito raro encontrarmos pacientes com ENH durante ou após o uso de antibióticos para tratamento de amigdalite, por exemplo, sugerindo que esse antibiótico teve alguma atividade sobre os bacilos em indivíduos sem manifestação clínica de hanseníase, seguindo mecanismo semelhante ao observado durante o tratamento específico com a PQT. Nesse tratamento, há destruição bacilar acentuada, liberação de frações antigênicas de *M.leprae* e indução



da formação do anticorpo específico, anticorpo anti-glicolípido fenólico-1 (anti-PGL1), resultando na síndrome de imunocomplexos circulantes, com depósito do complexo antígeno-anticorpo nos espaços teciduais, em vasos sanguíneos e em linfáticos. Essas alterações imunológicas culminam com o aparecimento abrupto de nódulos e/ou placas infiltradas, dolorosas, de coloração rósea, que podem evoluir para pústulas e bolhas, com posterior ulceração e formação de necrose, nas formas mais graves do ENH, como no “eritema nodoso necrotizante”. As lesões preexistentes tendem a permanecer inalteradas. Há comprometimento do estado geral, com apresentação de febre e estado de toxemia, que pode vir acompanhado de infartamento ganglionar generalizado, dores musculares e ósseas (geralmente dor tibial), artrite, irite, iridociclite, orquite, epididimite e neuropatia. Frequentemente, encontra-se, no paciente com ENH, edema de mãos, pés e face. A reação inflamatória neural tem características menos agressivas, devido à evolução mais lenta do que a observada na RR.

As reações de ENH podem regredir rapidamente, mas podem, também, persistir durante anos, como formas crônicas e recorrentes de ENH, que podem ter manifestações clínicas intermitentes ou contínuas, dependendo da capacidade de resposta inflamatória do paciente. Reações intermitentes são aquelas que evoluem com duração de 1-2 semanas e permanecem sem reações pelo período de 1-2 meses. Podem ainda ser moderadas ou graves. ENH intermitente moderado é, geralmente, acompanhado de febre e comprometimento do estado geral moderado, com sintomas de neurite, especialmente espessamento e dor no nervo e em seu trajeto, porém, sem perda da função. Já na forma grave do ENH intermitente, predomina febre elevada, com grave comprometimento geral, lesões pustulosas e/ou ulceradas, neurite acentuada e perda da função motora, edema em articulações e, em alguns casos, sinais de iridociclite ou orquite.

Nas formas de ENH contínuo, não há período de remissão do quadro reacional e o paciente permanece durante toda a evolução com quadro moderado ou grave (como descrito anteriormente), tornando-se altamente debilitado e, se não conduzido adequadamente, pode ter evolução muito grave, que pode cursar com lesões hepáticas, renais, tromboembolia pulmonar e coagulação intravascular disseminada (FOSS, 2003).

Estima-se que as reações (RR e ENH) possam atingir cerca de 30% dos indivíduos com hanseníase e que, no Brasil, as mesmas cheguem a

comprometer mais de 50% dos casos MB. Além disso, a frequência do ENH no Brasil encontra-se mais elevada do que em outras partes do mundo (CUNHA, 2001; MANANDHAR; LEMASTER; ROCHE, 1999; GALLO *et al.*, 1997; BECX-BLEUMINK; BERHE, 1992), o que pode ser decorrente da realização dos estudos em centros de referência. Por outro lado, trabalhos que documentaram declínio acentuado da ocorrência de ENH, incluíram doentes com carga bacilar mais baixa (CUNHA, 2001).

O diagnóstico correto e o tratamento adequado e precoce das reações hansênicas são de grande valor para a prevenção de incapacidades, principalmente para evitar o dano neural. A busca de fatores desencadeantes deve ser rotineira, especialmente para infecções intercorrentes. A reação do tipo 1 pode ser tratada com analgésicos ou anti-inflamatórios não hormonais (AINEs), quando o quadro clínico for discreto e sem neurites. No entanto, pacientes que apresentam neurite, placas reacionais extensas sobre trajeto nervoso ou com risco de ulceração, devem receber prednisona, na dose de 1 a 2mg/kg/dia até a regressão do quadro, quando então se inicia a redução progressiva do corticóide. Dose de manutenção deve ser feita por período mínimo de dois meses. A imobilização do membro afetado pela neurite e fisioterapia na fase de recuperação são medidas complementares necessárias para alguns casos. Neurites refratárias aos corticóides poderão necessitar de tratamento cirúrgico (ARAÚJO, 2003; TALHARI; NEVES, 1997; NAAFS, 1996).

As manifestações clínicas da reação do tipo 2 mostram-se polimorfas e, muitas vezes, arrastam-se por meses ou anos. As drogas usadas são talidomida, analgésicos e antiinflamatórios não hormonais, prednisona, clofazimina e pentoxifilina (ARAÚJO, 2003; BRASIL, 2002; BRASIL, 2000; FOSS, 1999). Além disso, há relatos de casos de pacientes em uso de azatioprina, metotrexate, zinco oral e anticorpo monoclonal quimérico anti-TNF, infliximab, para o tratamento de ENH (KAHAWITA; WALKER; LOCKWOOD, 2008).

### 2.1.8 Tratamento

O tratamento da hanseníase compreende: quimioterapia específica, supressão dos surtos reacionais, prevenção de incapacidades físicas, reabilitação física e psicossocial. Esse conjunto de medidas deve ser desenvolvido em serviços de saúde da rede pública ou particular, mediante notificação de casos à autoridade sanitária competente. As ações de controle são realizadas em níveis progressivos de complexidade, dispondo-se de centros de referência locais, regionais e nacionais (ARAÚJO, 2003).

Os esquemas poliquimioterápicos têm como princípio a associação de drogas e o fornecimento da medicação é gratuito em todo o país (BRASIL, 2000). Tais esquemas vêm sendo utilizados como tratamento oficial no Brasil desde 1986, aplicando-se a cerca de 95% dos casos e considerados altamente eficazes e bem tolerados pela maioria dos doentes (GROSSET, 2000). A PQT é, então, administrada através de esquemas-padrão, de acordo com a classificação operacional do doente, conforme a Portaria 1.073, 2000. Dessa forma, tem-se que:

a) Esquema PB padrão: utiliza para adultos a combinação de rifampicina e dapsona, sendo a rifampicina administrada em seis doses mensais supervisionadas de 600mg e a dapsona, em doses diárias auto-administradas de 100mg;

b) Esquema MB padrão: utiliza para adultos a combinação de rifampicina, dapsona e clofazimina; são administradas 12 doses mensais supervisionadas de 600mg de rifampicina, 300mg mensais de clofazimina, com doses diárias auto-administradas de 50mg dessa última e dapsona, em doses diárias auto-administradas de 100mg.

A PQT previne a evolução da doença, bem como as incapacidades físicas e possíveis deformidades provocadas pela hanseníase. Logo no início do tratamento, a transmissão da doença é interrompida, pois os medicamentos destroem o bacilo, que se torna inviável para infectar novos indivíduos (BRASIL, 2004).

É possível, no entanto, que alguns casos MB apresentem pouca melhora das lesões e da infiltração cutânea e que, por isso, possam necessitar de 12 doses adicionais de PQT-MB (BRASIL, 2001). Entretanto, foi

constatado no estudo de Mendes (2004), que indivíduos em tratamento MB apresentam sinais e sintomas mais agravantes à sua vida, trazendo modificações em sua auto-imagem e repercutindo significativamente na qualidade de vida, no seu cotidiano e no de seus familiares.

Existem, ainda, os ditos tratamentos alternativos, disponíveis nos centros de referência para pacientes com impossibilidade de usar os esquemas padronizados, também conforme a Portaria 1.073 (ARAÚJO, 2003; BRASIL, 2002; BRASIL, 2001).

Para pacientes pediátricos e idosos com baixo peso são mantidos os mesmos esquemas-padrão, com doses adaptadas ao peso corporal, conforme a Portaria 1.073 de 26 de setembro de 2000 (BRASIL, 2000).

### **2.1.9 Imunopatologia na hanseníase**

A rota de entrada do *M. leprae*, sua concentração e a natureza das células apresentadoras de antígenos podem influenciar o tipo de resposta expressada pelas células T CD4 + antígeno-específicas. Quando há predomínio da ação de linfócitos Th1, manifesta-se a imunidade celular e quando o predomínio é de Th2, a resposta imune é mediada por anticorpos (imunidade humoral) (FULYA *et al.*, 2006; ; MACHADO *et al.*, 2004; CUNHA, 2001; DELVES; ROITT, 2000).

Assim, a contenção ou disseminação do bacilo depende diretamente do envolvimento da subpopulação de linfócitos T predominante, da atividade macrófaga e de quando e como uma determinada citocina está disponível no sítio da presença do parasita. Citocinas do tipo 1 ou Th1, tais como fator de necrose tumoral alfa e interferon gama (TNF- $\alpha$  e IFN- $\gamma$ , respectivamente), intensificam a capacidade fagocítica de monócitos e neutrófilos por meio de Reativos Intermediários do Oxigênio (ROI) e do Nitrogênio (RNI), elementos fundamentais para a destruição bacilar no interior dos macrófagos (SANTOS *et al.*, 2005).

No pólo tuberculóide, a exacerbação da imunidade celular e a produção das citocinas pró-inflamatórias interleucina 1 beta (IL-1 $\beta$ ) e TNF- $\alpha$  impedem a

proliferação bacilar, mas podem se tornar lesivas ao organismo, causando lesões cutâneas e neurais pela ausência de fatores reguladores (COSTA, 2008). Por outro lado, citocinas do tipo 2 ou Th2, tais como as interleucinas 4, 5 e 10 (IL-4, IL-5 e IL-10), presentes nas lesões virchowianas, encontram-se mais fortemente correlacionadas a uma resposta imune celular ineficiente frente à infecção pelo bacilo. As formas dimorfas, por sua vez, representam um padrão clínico e imunológico de resposta intermediária, sendo que as citocinas expressadas tanto *in vitro* quanto *in vivo* podem não estar relacionadas a nenhum padrão já descrito (ARAÚJO, 2003; CUNHA, 2001; SAMPAIO; SARNO, 1998; FOSS, 1999).

A importância da resposta imune na hanseníase não se restringe apenas à determinação do seu espectro clínico. No decorrer da doença e, muitas vezes após o início ou término do tratamento, alguns pacientes podem apresentar manifestações clínicas agudas, secundárias à liberação de antígenos e reações de hipersensibilidade. Essas intercorrências são representadas pelas reações hansênicas ou episódios reacionais (WALKER; LOCKWOOD, 2007; MACHADO *et al.*, 2004; GALLO *et al.*, 1996). Contudo, ainda não são totalmente esclarecidos os mecanismos regulatórios capazes de desencadear ou controlar os episódios reacionais (CUNHA, 2001; MUNK *et al.*, 1999). O TNF- $\alpha$ , em particular, é uma citocina produzida por diversas células, sobretudo macrófagos ativados, e está implicado na patogênese e história natural da hanseníase e dos episódios reacionais. Essa molécula é liberada nas reações hansênicas, indicando ser capaz de mediar efeitos imunopatológicos e danos teciduais em portadores da moléstia (FOSS, 1999; VAN BEERS; DEWIT; KLASTAR, 1996).

## 2.2 QUALIDADE DE VIDA

A preocupação com a qualidade de vida dos indivíduos em condições crônicas de saúde tem sido tema constante nos trabalhos desenvolvidos pelo grupo de pesquisa NUCRN (Núcleo de Convivência em Situações Crônicas de Saúde), cujos pesquisadores acreditam que mesmo quando não é possível modificar o curso da vida e da doença, é possível que as pessoas nessas condições mantenham-se saudáveis. Resultados de estudos desse grupo de pesquisa mostraram que maneiras saudáveis de enfrentar a condição crônica podem ser aprendidas por meio do processo educativo no qual se exercita, principalmente, o compartilhar experiências em grupos de convivência (SILVA *et al.*, 2002a).

Qualidade de vida (QV) é uma noção eminentemente humana e abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades. Tais significados refletem o momento histórico, a classe social e a cultura a que pertencem os indivíduos (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003).

A expressão “qualidade de vida” começou a ser utilizada nos Estados Unidos, após a 2ª Guerra Mundial, com o objetivo de descrever a aquisição de bens materiais, tais como: casa, carro, investimentos, dinheiro, viagens, entre outros. Posteriormente, o conceito foi ampliado com a finalidade de se medir o desenvolvimento econômico de uma sociedade, comparando diferentes cidades e regiões por intermédio de indicadores econômicos como, por exemplo, o produto interno bruto (PIB) e a renda per capita. Passou, mais tarde, a mensurar o desenvolvimento social, por meio da saúde, educação, moradia, transplante, entre outros (BOWLING, 1997).

Na cultura oriental, a QV passou a ser mais divulgada após a 2ª Guerra Mundial, ganhando um sentido comunista, pois no período pós-guerra houve grande crescimento econômico e a qualidade de vida era avaliada segundo os bens possuídos (FARQUHAR, 1995).

Segundo o mesmo autor, QV passou a ser utilizada como crítica a valores externos como os efeitos de exploração de recursos naturais, os efeitos do crescimento econômico, a poluição ambiental e as condições de vida da população. Nessa perspectiva, adquiriu, então, uma conotação política e social.

Na sociedade atual, o assunto qualidade de vida vem sendo muito discutido e utilizado dentro do campo de pesquisas, tendo recebido atenção crescente, não somente da literatura científica, mas também através de campanhas publicitárias,

meios de comunicação e plataformas políticas. Além disso, a qualidade de vida vem sendo considerada como poderosa frase no discurso popular, tornando-se até mesmo um “clichê”; é também motivo de interesse de pesquisas de várias áreas especializadas como: Sociologia, Antropologia, Política, Medicina, Enfermagem, Psicologia, Economia, Geografia, História Social e Filosofia (KAWAKAME; MIYADAHIRA, 2005; GAÍVA, 1998).

O conceito de qualidade de vida começou a ser aplicado aos serviços de saúde desde 1970, sendo utilizado por profissionais de saúde, por ocasião da implantação dos serviços de saúde comunitários. Inicialmente, o termo qualidade esteve apenas vinculado às atividades de atendimento ambulatorial e hospitalar, gerando um aumento dos custos hospitalares, devido à necessidade de implementar melhorias na área física, equipamentos e contratação de profissionais. Em anos mais recentes, o foco da qualidade de vida tem sido dirigido aos pacientes, principal cliente do sistema de saúde. Diagnóstico correto, tratamento adequado e, principalmente, a satisfação do paciente, têm sido frequentemente considerados como fatores integrantes do conceito de QV (CASTRO *et al.*, 2003).

Assim, para Kawakame e Miydahira (2005), a QV vem surgindo como uma nova meta a ser alcançada pela medicina e área da saúde, já que o principal objetivo do sistema de saúde não pode ser somente a cura e o controle da doença, bem como a prorrogação da morte, mas deverá proporcionar melhoria da QV das pessoas pertencentes a diferentes contextos sociais.

Todavia, o conceito de QV vem sendo introduzido na literatura internacional ao lado de parâmetros tradicionalmente utilizados, tais como controle dos sintomas, índices de mortalidade e aumento da expectativa de vida, como uma nova dimensão a ser considerada na avaliação dos resultados dos tratamentos, bem como nas decisões sobre a alocação de recursos na área da saúde (KIMURA, 1999).

Segundo Fayers (2000), a QV, hoje, é tema de pesquisa imprescindível na área da saúde, visto que seus resultados contribuem para aprovar e definir tratamentos e avaliar custo/benefício do cuidado prestado.

O interesse por medir a QV na área da saúde, segundo Gaíva (1998), surge à medida que avanços na Medicina têm proporcionado quedas nas taxas de mortalidade de algumas doenças e aumento na expectativa de vida, de um modo geral, quando se considera que “viver não é somente sobrevivência”, mas viver com alguma qualidade.

Muitos são os termos utilizados e comparados à expressão “qualidade de vida” nos dias de hoje; porém, o grande número desses não reduz a dificuldade e a complexidade de definição desse indicador. Dentre os termos mais usados podemos citar: satisfação com a vida, saúde, trabalho, bem-estar, felicidade, lazer, autoestima, valores e necessidades (SUZUKI, 2002).

O conceito de QV tem sido definido por diversos autores e de diferentes maneiras. O conceito mais comumente utilizado por pesquisadores, porém, controverso, baseia-se na própria definição de saúde da OMS, ou seja, a percepção individual de um “completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou enfermidade” (FERRAZ, 1998).

Entretanto, o grupo de qualidade de vida da OMS, sob a coordenação de John Orley, define especificamente a QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores, nos quais vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Nessa definição, incluem seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual (WHOQOL, 1995).

No entanto, Hornquist (1990), ao discutir QV dentro de uma perspectiva global, argumenta que estará relacionada a outros componentes como capacidade física, estado emocional, interação social, atividade intelectual, situação econômica e autopercepção de saúde.

O mesmo autor definiu como fatores determinantes da QV os seguintes indicadores, chamados de subjetivos: orgânicos (saúde e estado funcional), psicológicos (autoestima, identidade, aprendizado, conhecimentos), sociais (relacionamento, vida familiar, vida sexual), comportamentais (hábitos, lazer, vida profissional, capacidade de autocuidado), materiais (renda, habitação, economia privada, capacidade para se mover) e estruturais (posição social e significado da própria vida).

Martins, França e Kimura (1996) relataram que a QV é um conceito intensamente marcado pela subjetividade, que integra todos os componentes essenciais da condição humana, sejam físicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais.

Quanto a esses indicadores subjetivos, Minayo, Hartz e Buss (2000) relataram que “eles respondem como as pessoas sentem ou o que pensam de suas vidas, ou



como percebem o valor dos componentes materiais, reconhecendo como base social da qualidade de vida”.

Vale ressaltar que, de acordo com os mesmos autores, também existem os indicadores de caráter objetivo que permeiam a QV, caracterizando-a. Assim, esses indicadores objetivos referem-se a aspectos globais da vida, cujas referências são a satisfação das necessidades básicas e das necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade, avaliando itens como renda, emprego/desemprego, população abaixo da linha de pobreza, consumo alimentar, moradia com disponibilidade de água encanada e sistema de esgoto, disponibilidade de energia elétrica, transporte, qualidade do ar, concentração de moradores por domicílio, entre outros.

Percebeu-se, então, que, para conceituar e caracterizar a QV, é necessário abordar os indicadores objetivos e subjetivos, pois foi verificado que nem sempre somente a presença dos aspectos objetivos significava bem-estar ou felicidade. Assim, os indicadores subjetivos referem-se à satisfação pessoal em relação aos aspectos objetivos da QV (KAWAKAME; MIYADAHIRA, 2005).

Outra definição de QV que merece destaque refere-se ao de Oleson (1990), que diz ser “a experiência cognitiva manifestada pela satisfação com os domínios de vida importantes para o indivíduo e como uma experiência afetiva manifestada pela felicidade com os diferentes domínios de vida”.

Minayo, Hartz e Buss (2000) fazem referência a três aspectos de fundamental importância na formulação do conceito de QV. Primeiramente, deve-se analisar o aspecto histórico, no qual o bem-estar de uma mesma sociedade relaciona-se ao momento no qual se encontra inserida; em segundo lugar, tem-se o aspecto cultural, que se refere às peculiaridades de valores e necessidades próprias de cada cultura e, por fim, o das classes sociais que, devido às disparidades existentes entre os diversos níveis sociais, proporcionam concepções diversas para a expressão “qualidade de vida”.

Ao se analisar o conceito de QV relacionado à saúde, três domínios podem ser considerados: o domínio psicológico que considera principalmente a adaptação e aceitação da pessoa à doença; o social, que envolve a capacidade de exercer trabalho remunerado e/ou atividades domésticas e o físico, relacionado a aspectos como mobilidade, sono, alimentação, sensibilidade dolorosa, entre outros (NORDENFELT, 1994).

Como pode ser observado, apesar de serem muitas as tentativas, ainda não existe um consenso entre os autores sobre o conceito de QV. Pode-se notar, ainda, que isso é decorrente da complexidade e da subjetividade do assunto, uma vez que, cada vez mais, novos temas passam a englobar essa definição (GUSMÃO; PIERIN, 2004).

Os atributos de QV analisados por Schwartzmann (1998) referem-se a três categorias prioritárias. São elas: ter satisfação com sua vida em geral; capacidade mental para avaliar a sua própria vida como satisfatória ou não e um estado aceitável de saúde física, mental e emocional, de acordo com as necessidades da pessoa. Esses atributos indicam a concepção de QV, ou seja, da forma como as pessoas percebem sua própria vida ou da forma como conduzem o cotidiano. Isso varia de pessoa para pessoa, não podendo ser generalizado para todos os indivíduos.

Assim, a QV, bem como a felicidade, depende das expectativas e do plano de vida de cada indivíduo. Dessa maneira, o que é uma vida de boa qualidade para uma pessoa pode não ser para outra (KAWAKAME; MIYADAHIRA, 2005; GAÍVA, 1998).

Contudo, a QV assume um cunho essencialmente subjetivo por estar ligada às prioridades de cada indivíduo e ao seu contexto de vida. A QV está centrada basicamente nas necessidades humanas e, como essas necessidades não são únicas e se modificam, logo, a QV não é a mesma em todo lugar, ou seja, depende do contexto em que está inserida (GAÍVA, 1998). Em suma, QV implica um processo de avaliação de como se vive e, conseqüentemente, do contexto em que se processa esse viver e de seus componentes (SAUPE; BROCA, 2004).

Tem havido um interesse crescente em transformar o conceito de QV em uma medida quantitativa, que possa ser usada em ensaios clínicos e modelos econômicos. O número de ferramentas usadas para avaliar quantitativamente a QV continua a se expandir, mas somente um pequeno número delas tem sido objeto de testes rigorosos para determinar sua consistência e capacidade para definir objetivos de tratamento de médio e longo prazo (PEREIRA *et al.*, 2003).

Os instrumentos de mensuração da QV relacionada à saúde, de acordo com Seidl e Zannon (2004), tendem a manter o caráter multidimensional e avaliam, ainda, a percepção geral da QV, embora a ênfase habitualmente recaia sobre sintomas, incapacidades ou limitações ocasionadas por enfermidade.

Cabe destacar que, na literatura médica e social, não existe um consenso sobre os itens que devem ser levados em consideração na avaliação da QV de um

paciente. Dispõe-se, atualmente, de questionários específicos e genéricos (CASTRO *et al.*, 2003).

Zanei (2006) relata que os instrumentos para avaliação da QV são conhecidos como gerais quando idealizados para aplicação em populações sadias ou doentes, indicados para estudos populacionais ou epidemiológicos, planejamentos e avaliação geral do sistema de saúde.

Os instrumentos específicos têm como vantagem a capacidade de detectar particularidades da QV em determinadas situações, avaliando de maneira individual e específica determinados aspectos, tais como as funções física, sexual, o sono, a fadiga, etc. Têm como desvantagem a dificuldade de compreensão do fenômeno e a dificuldade de validar as características psicométricas do instrumento (reduzido número de itens) (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003).

Para os mesmos autores, os questionários genéricos abordam o perfil de saúde, procuram englobar todos os aspectos importantes relacionados à mesma e refletem o impacto de uma doença sobre o indivíduo. Podem ser usados para estudar indivíduos da população geral ou de grupos específicos, como portadores de doenças crônicas. Assim, permitem comparar a QV de indivíduos sadios com doentes ou de portadores da mesma doença, vivendo em diferentes contextos sociais e culturais.

No contexto da qualidade de vida de portadores de hanseníase, vale mencionar que o estigma causado por essa doença afeta a saúde mental e QV, embora poucos estudos tenham pesquisado este assunto nessa população. Alguns estudos mostraram que os pacientes com hanseníase têm uma alta prevalência de problemas psiquiátricos comparados à população geral ou com pacientes com outras doenças (TSUTSUMI *et al.*, 2007; JOSEPH; RAO, 1999).

Tal estigma e a discriminação, segundo Tsutsumi *et al.* (2004), resultam numa alta porcentagem de hansenianos que se sentem desesperados e que verbalizam idéias suicidas sendo que alguns de fato tentam o suicídio. Além disso, tem sido demonstrado que a depressão em pacientes com hanseníase é significativamente mais severa do que a observada na população geral.

Além desses aspectos de saúde mental, pesquisadores têm também apontado que a QV dos pacientes com hanseníase e suas famílias são grandemente afetadas - socialmente, economicamente e psicologicamente - pelo estigma imposto pela sociedade (TSUTSUMI *et al.*, 2004; SCOTT, 2000).

O estudo de Joseph e Rao (1999) informou que indivíduos da Índia que tinham sido curados da hanseníase tinham uma menor qualidade de vida que a população geral.

Oliveira (1990) e Helene (1993) observaram que os portadores de hanseníase com deficiências ou com sinais aparentes apresentam prejuízos ou mudanças na área de relacionamento interpessoal, psicológica, social, moral e econômica.

Por fim, a hanseníase causa grande prejuízo para a vida diária e as relações interpessoais, provocando sofrimento que ultrapassa a dor e o mal-estar estritamente vinculados ao prejuízo físico, com grande impacto social e psicológico. Esse prejuízo na qualidade de vida associa-se de forma mais importante a algumas situações específicas da doença, como forma clínica multibacilar, reação hansênica e incapacidade física (TALHARI *et al.*, 2006; SINGHI *et al.*, 2004; BRASIL, 2002; KAUFMANN; MARIAM; NEVILLE, 1982).

Dessa forma, faz-se necessária, ainda para os mesmos autores, a abordagem multidisciplinar do paciente, ações que visem não só à eliminação, mas também à prevenção de incapacidades, estímulo à adesão ao tratamento e combate ao estigma social, a fim de minimizar o impacto da doença sobre a vida do indivíduo.

### 3 OBJETIVOS

Esta pesquisa teve como objetivos:

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade de vida de pacientes em surto reacional de hanseníase identificados em Centro de Referência de Belo Horizonte, MG.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Verificar se as variáveis sociodemográficas e econômicas idade, sexo, estado civil, município de residência, escolaridade, ocupação (profissão) e renda familiar interferem na qualidade de vida dos pacientes em surto reacional de hanseníase;
- 2- Verificar se as variáveis clínicas forma clínica, grau de incapacidade física, tempo de descoberta da hanseníase, tempo de tratamento da hanseníase, presença de comorbidades, presença de alterações sensitivas, físicas, visuais e presença de dor interferem na qualidade de vida dos pacientes em surto reacional de hanseníase;
- 3- Verificar se as variáveis dependência de ajuda para os cuidados com a higiene, interferência da hanseníase nas atividades profissionais e de lazer e expectativa futura de melhorar a saúde, a dor e as deformidades físicas interferem na qualidade de vida dos pacientes em surto reacional de hanseníase;
- 4- Verificar se houve associação significativa entre as diferentes formas clínicas apresentadas pelos pacientes em surto reacional de hanseníase e as demais variáveis estudadas.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, descritivo e analítico, envolvendo pacientes de hanseníase em surto reacional.

A pesquisa epidemiológica é baseada na coleta sistemática de informações sobre eventos ligados à saúde em uma população definida e na quantificação desses eventos. Esse tipo de estudo objetiva descrever a frequência, distribuição, padrão e tendência temporal de eventos ligados à saúde em populações específicas (BLOCH; COUTINHO, 2002).

O estudo descritivo é a distribuição de frequência das doenças e dos agravos à saúde, em função de variáveis ligadas ao tempo, ao espaço e à pessoa, possibilitando o detalhamento do perfil epidemiológico, com vistas à promoção da saúde (ROUQUAYROL; FILHO, 1999).

Segundo Polit e Hungler (1995), a pesquisa descritiva é de grande valor para o estudo de fenômenos naturais, tornando-se possível descrever as relações observadas entre as variáveis. Geralmente são categorizadas em transversal, ou seja, o fator e o efeito são observados num mesmo momento histórico. O caráter instantâneo de um estudo se define quando a produção de dados é realizada em um único momento no tempo, como se fosse um corte transversal do processo em observação (ROUQUAYROL; FILHO, 1999).

### 4.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida dentro da rotina de atendimento do Ambulatório de Dermatologia do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), Centro de Referência em Dermatologia Sanitária no Estado.

### 4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo constituiu-se de 120 pacientes em tratamento de surto reacional de Hanseníase no Centro de Referência em Dermatologia Sanitária, situado no município de Belo Horizonte-MG, selecionados durante o período da coleta de dados.

#### 4.4 PERÍODO DE COLETA DE DADOS

O levantamento de dados desenvolveu-se nos meses de dezembro de 2007 a março de 2008 após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Eduardo de Menezes - FHEMIG e da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Conforme a Resolução 196/96 que trata de Pesquisa Envolvendo os Seres Humanos, foram obedecidos os seguintes princípios (GAUTHIER *et.al.*, 1998; BRASIL, 1996):

- solicitação de autorização prévia a administração geral e diretoria clínica do hospital onde o estudo foi desenvolvido;
- aos participantes da pesquisa foi solicitada a concordância por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantido o anonimato e o direito de desistência em qualquer fase da mesma (Apêndice A);

Encaminhou-se o Projeto de Pesquisa aos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital Eduardo de Menezes - FHEMIG e da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte para apreciação, sendo o parecer aprovado em 12 de setembro de 2007 e 30 de novembro de 2007, respectivamente (Anexo A).

#### 4.6 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, dois instrumentos foram utilizados:

O primeiro instrumento (Apêndice B) foi elaborado pela pesquisadora, com base nos prontuários dos pacientes atendidos pelos profissionais do Centro de

Referência Estadual em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da FHEMIG, para o levantamento das variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas dos participantes do estudo, bem como das variáveis dependência de ajuda para os cuidados com a higiene, interferência da hanseníase nas atividades profissionais e de lazer e expectativa futura de melhorar a saúde, a dor e as deformidades físicas.

O segundo instrumento (Anexo B) foi destinado para a coleta de dados referentes à “qualidade de vida”. Utilizou-se o *WHOQOL-bref* (World Health Organization Quality abreviado), instrumento testado e validado em várias culturas, sob a coordenação do *WHOQOL Group* da OMS (World Health Organization Quality of Life Group) (SAUPE; BROCA, 2004).

De acordo com Zanei (2006), esse instrumento de medida criado pelo grupo fundamenta-se no pressuposto de que a qualidade de vida é uma construção subjetiva (percepção individual), multidimensional (envolvendo aspectos culturais, sociais e de meio ambiente) e que abrange tanto aspectos positivos quanto negativos.

O Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolveu a versão abreviada do *WHOQOL-100*, o *WHOQOL-bref*. Esse consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e saúde e as demais, 24, representando cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. Assim, diferente do *WHOQOL-100* em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de quatro questões, no *WHOQOL-bref* cada faceta é avaliada por apenas uma questão (THE WHOQOL GROUP, 1998).

Vale mencionar que essa versão abreviada surgiu da necessidade de se ter um instrumento de aplicação rápida, mas que preservasse as características do questionário original, ou seja, que mantivesse seu caráter abrangente, passível de ser aplicado em qualquer cultura (perspectiva transcultural) e que mantivesse suas propriedades enquanto instrumento de medida (SKEVINGTON.; LOTFY.; CONNEL, 2004).

Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países diferentes, com a finalidade de se obter um instrumento genérico que pudesse ser aplicado em qualquer cultura ou país. A preocupação da OMS era a de obter um questionário de caráter internacional, considerando que, na concepção do grupo, há um “universal cultural” de qualidade de vida, ou seja, sentimento de bem estar psicológico, boas condições físicas, estar



socialmente integrado e funcionalmente competente, independente de nacionalidade, cultura ou época (FLECK *et al.*, 2000; THE WHOQOL GROUP, 1998).

No Brasil, tanto o questionário de 100 itens como a versão abreviada foram traduzidos e validados pelo Grupo WHOQOL – Brasil da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (FLECK *et al.*, 2000).

O WHOQOL-*brief* é composto de quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (Quadro 1), com suas respectivas facetas, além de duas questões (um e dois), referentes à percepção global do indivíduo em relação à sua qualidade de vida e saúde, que são calculadas em conjunto para gerar um único escore, independente dos escores dos domínios (WHOQUOL GROUP, 2007; ZANEI, 2006).

**Quadro 1** – Domínios do WHOQOL-*bref* e suas respectivas facetas

<b>Domínios do WHOQOL- <i>bref</i> e suas respectivas facetas</b>
<b>Domínio 1 – Domínio físico</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>3. Dor e desconforto</li> <li>4. Dependência de medicação ou tratamentos</li> <li>10. Energia e fadiga</li> <li>15. Mobilidade</li> <li>16. Sono e repouso</li> <li>17. Atividades da vida cotidiana</li> <li>18. Capacidade de trabalho</li> </ul>
<b>Domínio 2 – Domínio psicológico</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>5. Sentimentos positivos</li> <li>6. Espiritualidade / religião / crenças pessoais</li> <li>7. Pensar, aprender, memória e concentração</li> <li>11. Imagem corporal e aparência</li> <li>19. Auto-estima</li> <li>26. Sentimentos negativos</li> </ul>
<b>Domínio 3 – Relações sociais</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>20. Relações pessoais</li> <li>21. Atividade sexual</li> <li>22. Suporte (apoio) social</li> </ul>
<b>Domínio 4 – Meio Ambiente</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>8. Segurança física e proteção</li> <li>9. Ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima)</li> <li>12. Recursos financeiros</li> <li>13. Oportunidade de adquirir novas informações e habilidades</li> <li>14. Participação e oportunidades de recreação e lazer</li> <li>23. Ambiente no lar</li> <li>24. Cuidados de saúde e sociais</li> <li>25. Transporte</li> </ul>

FONTE: FLECK *et al.* (2000).

As questões do WHOQOL-*bref* possuem quatro tipos de escalas de respostas: intensidade, capacidade, frequência e avaliação. Essas escalas são do tipo Likert, sendo que a escala de intensidade varia de *nada a extremamente*; a escala de capacidade varia de *nada a completamente*; a escala de avaliação de *muito insatisfeito a muito satisfeito* e *muito ruim a muito bom* e a escala de frequência varia de *nunca a sempre*. Essas escalas de respostas são graduadas de forma crescente, de um a cinco, sendo decrescente apenas para as questões de número três, quatro e 26. Cada um dos quatro domínios e percepção global do indivíduo em relação à sua qualidade de vida e saúde (questões um e dois) apresenta um escore correspondente, que é calculado com base na sintaxe SPSS do WHOQOL-*bref* (ANEXO C) (WHOQOL Group, 2007).

Com relação à utilização do WHOQOL-*bref* para avaliação da QV, há uma vasta literatura, sobretudo internacional, relatando sua aplicação em pacientes portadores de doenças crônicas, como distúrbios psiquiátricos, neurológicos, portadores de HIV/AIDS, hipertensos, renais crônicos, entre outras (DANTAS, SAWADA, MALERBO, 2003; SKEVINGTON; LOTFY; CONNELL, 2004).

É importante ressaltar que esse instrumento apresenta como ponto forte a inclusão de um domínio para a avaliação da QV relacionada ao meio ambiente, além de abordar a satisfação com o sono e com a vida sexual, aspectos que não estão presentes em alguns instrumentos de QV (ZANEI, 2006; SOUZA; CINTRA; GALLANI, 2005).

Pesquisadores concluíram que o WHOQOL tem boa capacidade psicométrica para mensurar a qualidade de vida e que a estrutura do construto é comparável nas diferentes culturas, reforçando a sua importância como ferramenta transcultural. Assim, o uso desse instrumento tende a aumentar nos próximos anos, dadas as suas características transculturais, permitindo a comparação de seus resultados em diferentes populações (SEIDL; ZANNON, 2004; DANTAS, SAWADA, MALERBO, 2003).

Outros estudos realizados com o objetivo de avaliar a qualidade de vida de uma determinada população também utilizaram a versão abreviada em português do instrumento elaborado pela OMS, o WHOQOL-*bref* (DANTAS, SAWADA, MALERBO, 2003).

## 4.7 PROCEDIMENTO DE COLETA

Após autorização da Administração Geral e Diretoria Clínica do hospital e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Eduardo de Menezes - FHEMIG, foi iniciada a coleta de dados.

Antes da coleta, apresentou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes do estudo e, mediante a sua concordância em participar da pesquisa, foram apresentados os dois instrumentos, os quais foram preenchidos pelo próprio pesquisador.

Optou-se pela coleta de dados na forma de entrevista, considerando-se a possibilidade de os sujeitos apresentarem dificuldade visual, baixo nível instrucional e dificuldade de escrever devido a danos causados pela doença. Dessa forma, quando o respondente não entendia o significado de alguma questão do *WHOQOL-bref*, era relida a pergunta de forma pausada, evitando dar sinônimos ou explicações às palavras, assim como a escala de respostas.

## 4.8 ANÁLISE DOS DADOS

### 4.8.1 Análise descritiva

Inicialmente, foi feita uma análise descritiva das variáveis utilizadas no estudo. Para as variáveis nominais ou categóricas, foram feitas tabelas de distribuição de freqüências. Para as variáveis contínuas, foram utilizadas medidas de tendência central e variabilidade.

### 4.8.2 Cruzamentos

Para a análise dos dados, foi utilizado o software SPSS (Statistical Package for Social Science) versão 12.0, que é o modelo recomendado e validado para o instrumento de qualidade de vida (AXEXO B), o qual torna possível a obtenção dos escores (WHOQUOL GROUP, 2007).

O escore, calculado para o instrumento de qualidade de vida – WHOQOL-*bref*, com base na sintaxe SPSS do WHOQOL-*bref*, consiste na atribuição de valores às “respostas nominais”, de tal forma que se possibilite entender a variação entre elas e estabelecer uma resposta que represente a percepção da maioria dos entrevistados (WHOQOL GROUP, 2007; BISQUERA; SARRIERA; MARTINEZ, 2004).

Foi ainda calculado o coeficiente alfa de Cronbach para avaliar a consistência interna dos itens da escala WHOQOL-*bref*. Seu valor pode variar entre zero e um, sendo que quanto maior for o valor, maior a consistência interna e confiabilidade do instrumento, ou maior a congruência entre os itens, indicando a homogeneidade na medida do mesmo fenômeno. Assim, sugere-se que o valor do Alfa de Cronbach seja acima de 0,60 (ZANEI, 2006).

Segundo Guillermin e Bombardier (1993), o Coeficiente Alfa de Cronbach testa as correlações entre os itens do instrumento em cada um dos seus domínios. Quanto maior o alfa, maior a homogeneidade dos itens avaliados, indicando a acurácia da medida.

Para a comparação dos escores da percepção global do indivíduo em relação à sua qualidade de vida e saúde e dos quatro domínios com as variáveis, foi utilizado o teste de Mann-Whitney (comparação de dois grupos) ou teste de Kruskal-Wallis (comparação de três ou mais grupos). Optou-se por testes não paramétricos devido ao caráter assimétrico das escalas de qualidade de vida (SOARES; SIQUEIRA, 2002).

Na correlação dos escores da percepção global do indivíduo em relação à sua qualidade de vida e saúde e dos quatro domínios e a idade (contínua), foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman. Esse é um coeficiente de correlação não paramétrico, já que as escalas de QV têm caráter assimétrico (SOARES; SIQUEIRA, 2002).

Para os demais cruzamentos, foram utilizados o teste Qui-quadrado de Pearson ou teste Exato de Fisher.

Na comparação dos fatores categóricos associados à forma clínica (Dimorfa e Virchowiana), foram utilizados o teste Qui-quadrado de Pearson ou teste Exato de Fisher. Para os fatores contínuos foi utilizado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney.

Para todos os testes estatísticos, considerou-se o nível de significância de 5%, ou seja, os dados foram estatisticamente significativos para  $p \leq 0,05$ .

#### 4.8.3 Análise Multivariada

Para avaliar a associação entre o escore de qualidade de vida nos quatro domínios da escala WHOQOL-*brief* e percepção global do indivíduo em relação à sua QV e saúde, com as características clínicas, sociodemográficas e econômicas, além das variáveis dependência de ajuda, interferência nas atividades profissionais e de lazer e expectativa futura de melhorar a saúde, a dor e as deformidades dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional, foi empregada análise multivariada por meio da regressão logística ordinal.

A variável resposta foi definida como o escore de qualidade de vida codificado em quatro categorias, de acordo com os quartis de cada domínio.

Dentre os modelos de regressão logística ordinal existentes, optou-se por utilizar o modelo de chances proporcionais, mais indicado quando a variável resposta é uma variável contínua que foi agrupada, como foi nesse caso (ABREU *et al.*, 2008).

Na regressão logística, o procedimento consistiu em selecionar inicialmente as variáveis que na análise univariada apresentaram valor  $p \leq 0,20$ . Ajustou-se o modelo logístico eliminando individualmente as variáveis. Foi considerado como critério para permanência das variáveis no modelo final o valor  $p \leq 0,05$ . Foi estimada a razão de chances (OR) para cada covariável. Esse modelo fornece uma única estimativa de OR para todas as categorias comparadas, devido à premissa de chances proporcionais. Essa premissa foi testada para todas as variáveis individualmente e para o modelo final. O ajuste do modelo foi avaliado por meio do teste de Deviance (ABREU *et al.*, 2008).

#### 4.8.4 Análise gráfica

O gráfico conhecido como “Box-plot” ou gráfico de caixa, apresenta informações sobre a variabilidade da variável estudada; assim, evidencia os valores

mais e menos frequentes. Outro papel importante desse gráfico é o auxílio na identificação de possíveis pontos atípicos (“outliers”), além da informação sobre a forma de distribuição da variável. Sua aplicação é fortemente recomendável quando se tem interesse na comparação de grupos. Esse gráfico é construído com base em cinco medidas de posição. O primeiro quartil (Q1), a mediana e o terceiro quartil (Q3), menor e maior valor. Os pontos fora da caixa e a uma distância superior a  $1,5 \times Q1 - Q3$  - a distância interquartil - são denominados de “outliers” (SOARES; SIQUEIRA, 2002).

#### **4.8.4 Pesquisa Bibliográfica**

Para o levantamento bibliográfico, as bases de dados Bireme, MedLine, LILACS, PubMed e Scielo foram consultadas. Os termos pesquisados foram selecionados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): hanseníase, episódios reacionais, qualidade de vida, WHOQOL e estigmatização. Outras fontes utilizadas foram os artigos publicados nos últimos anos nos idiomas português e inglês. Também foram utilizados acervos de bibliotecas universitárias e particulares, onde foram selecionados artigos de periódicos, teses, dissertações, monografias, anais de eventos científicos, dentre outros materiais relevantes para o estudo.

Para as citações no texto e referências foram seguidas as normas de citações em documentos (NBR 10520) e referências (NBR 6023) preconizadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), utilizando-se o sistema de citação autor-data; assim sendo, as referências foram organizadas em ordem alfabética.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

De acordo com a Tabela 1, em relação às características sociodemográficas e econômicas dos 120 pacientes estudados com diagnóstico de hanseníase em surto reacional, 51,7% apresentavam mediana de 48 anos ou mais, sendo a idade média  $\pm$  desvio padrão de  $46,9 \pm 14,3$  anos, com idade mínima de 15 e máxima de 78 e 65% dos doentes são pertencentes ao sexo masculino. A maioria dos indivíduos é casada (65%), não mora em Belo Horizonte (58,3%), apresenta 1º grau de escolaridade (74,2%), é aposentado ou goza de licença saúde (53,3%) e tem renda familiar mensal de um a dois salários mínimos vigentes (70%).



Tabela 1

Distribuição de frequências das características sociodemográficas e econômicas dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

Variáveis	Frequência	Percentual
<b>Idade</b>		
<b>*48 (15-78)</b>		
<48	58	48,3
≥48	62	51,7
<b>Sexo</b>		
Feminino	42	35,0
Masculino	78	65,0
<b>Estado civil</b>		
Casado	78	65,0
Solteiro	32	26,7
Viúvo	9	7,5
Outros	1	0,8
<b>Município de Residência</b>		
BH	50	41,7
Outras cidades	70	58,3
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	15	12,5
1º grau	89	74,2
2º grau	14	11,7
Superior	2	1,7
<b>Ocupação</b>		
Aposentado/licença saúde	64	53,3
Do lar	8	6,7
Outras	48	40,0
<b>Renda Familiar Mensal</b>		
Menos de 1 salário	5	4,2
1 a 2 salários	84	70,0
3 a 5 salários	27	22,5
Mais de 5 salários	4	3,3

Fonte: Dados da pesquisa

\* = mediana (mínimo-máximo)

Em relação às características clínicas da amostra estudada, a maioria dos pacientes (56,7%) apresentava a forma clínica dimorfa, segundo a classificação de Madrid, sendo que 16% dos pacientes apresentavam grau 0 de incapacidade física no momento da admissão, 61% grau 1 e 23% grau 2. Constatou-se que 37,9% dos pacientes tinham cinco anos ou mais de hanseníase e 33% tinham esse mesmo tempo de tratamento da doença. A prevalência de comorbidades foi de 37,5%, incluindo hipertensão arterial sistêmica, diabetes melitus, dentre várias outras patologias. Dentre as alterações conseqüentes à hanseníase, 82,5% dos pacientes apresentavam alterações sensitivas e apenas 3,3% relataram alterações visuais (Tabela 2).

Tabela 2

Distribuição de frequências das características clínicas dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
<b>Forma Clínica</b>		
Dimorfa	68	56,7
Virchowiana	52	43,3
<b>Grau de incapacidade física</b>		
0	19	16
1	73	61
2	28	23
<b>Tempo de descoberta da hanseníase*</b>		
Menos de 1 ano	11	9,5
1  - 2 anos	18	15,5
2  - 3 anos	15	12,9
3  - 4 anos	10	8,6
4  - 5 anos	18	15,5
5 anos ou mais	44	37,9
<b>Tempo de tratamento da hanseníase**</b>		
Menos de 1 ano	15	12,8
1  - 2 anos	19	16,2
2  - 3 anos	15	12,8
3  - 4 anos	10	8,5
4  - 5 anos	19	16,2
5 anos ou mais	39	33,3
<b>Comorbidades</b>		
Não	75	62,5
Sim	45	37,5
<b>Alterações conseqüentes à hanseníase</b>		
Alterações sensitivas	99	82,5
Alterações físicas	27	22,5
Alterações visuais	4	3,3
Presença de dor	89	74,2
Outras Alterações	1	0,8

\*4 pacientes (3,3%) não se lembram dessa informação

\*\*3 pacientes (2,5%) não se lembram dessa informação

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com a Tabela 3, 65,5% dos pacientes estudados relataram depender em nada de ajuda para os cuidados com sua higiene, sendo que 55,8% relataram que a doença interferiu muito em suas atividades profissionais e 42,5% que a doença interferiu muito nas suas atividades de lazer. A grande maioria dos pacientes (98,3%) espera melhorar a saúde, 36,7% esperam melhorar a dor e apenas 8,3% esperam melhorar as deformidades físicas.

Tabela 3

Distribuição de frequências das variáveis dependência de ajuda para os cuidados com a higiene, interferência da hanseníase nas atividades profissionais e de lazer e expectativa futura dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
<b>Dependência de ajuda para os cuidados com a higiene*</b>		
Nada	78	65,5
Muito pouco	28	23,5
Pouco	9	7,6
Muito	4	3,4
<b>Interferência da hanseníase nas atividades profissionais</b>		
Nada	21	17,5
Muito pouco	10	8,3
Pouco	17	14,2
Muito	67	55,8
Completamente	5	4,2
<b>Interferência da hanseníase nas atividades de lazer</b>		
Nada	28	23,3
Muito pouco	14	11,7
Pouco	26	21,7
Muito	51	42,5
Completamente	1	0,8
<b>Expectativa futura</b>		
Melhorar a saúde	118	98,3
Melhorar a dor	44	36,7
Melhorar as deformidades físicas	10	8,3

\*1 paciente (0,8%) sem essa informação

Fonte: Dados da pesquisa

## 5.2 ESCALA WHOQOL-BREF

De acordo com as Tabelas 4, 5, 6, 7 e 8, a mediana (46,4) do domínio físico da escala WHOQOL-*bref* foi a menor dentre os demais domínios da escala. Em seguida, a mediana do domínio meio ambiente e da percepção global da QV e da saúde foram de 50 e os domínios psicológico e relações sociais apresentaram mediana de 58,3.

Tabela 4

Distribuição de frequências e apresentação da média, mediana, desvio-padrão e percentis (25 e 75) da percepção global da qualidade de vida e da saúde da escala WHOQOL-*bref* dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

Percepção global QV e saúde		Frequência	Percentual			
<b>1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?</b>						
Muito ruim		1	0,8			
Ruim		10	8,3			
Nem ruim nem boa		64	53,3			
Boa		43	35,8			
Muito boa		2	1,7			
<b>2. Quão satisfeito você está com a sua saúde?</b>						
Muito insatisfeito		3	2,5			
Insatisfeito		47	39,2			
Nem satisfeito, nem insatisfeito		49	40,8			
Satisfeito		21	17,5			
<b>Média</b>	<b>Mediana</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Percentis</b>	
					<b>25</b>	<b>75</b>
50,3	50,0	15,7	12,5	75,0	37,5	62,5

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 5

Distribuição de frequências e apresentação da média, mediana, desvio-padrão e percentis (25 e 75) das sete facetas do domínio físico da escala WHOQOL-bref dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

<b>Domínio Físico</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
<b>3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que precisa?</b>		
Extremamente	3	2,5
Bastante	57	47,5
Mais ou menos	33	27,5
Muito pouco	14	11,7
Nada	13	10,8
<b>4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?</b>		
Extremamente	6	5,0
Bastante	96	80,0
Mais ou menos	15	12,5
Muito pouco	3	2,5
<b>10. Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?</b>		
Muito pouco	33	27,5
Médio	56	46,7
Muito	28	23,3
Completamente	3	2,5
<b>15. Quão bem você é capaz de se locomover?</b>		
Muito ruim	6	5,0
Ruim	8	6,7
Nem ruim, nem boa	37	30,8
Boa	47	39,2
Muito Boa	22	18,3
<b>16. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?</b>		
Muito insatisfeito	2	1,7
Insatisfeito	23	19,2
Nem satisfeito, nem insatisfeito	42	35,0
Satisfeito	46	38,3
Muito satisfeito	7	5,8
<b>17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?</b>		
Muito insatisfeito	4	3,3
Insatisfeito	33	27,5
Nem satisfeito, nem insatisfeito	44	36,7
Satisfeito	36	30,0

Muito satisfeito					3	2,5
<b>18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?</b>						
Muito insatisfeito					5	4,2
Insatisfeito					58	48,3
Nem satisfeito, nem insatisfeito					28	23,3
Satisfeito					27	22,5
Muito satisfeito					2	1,7
<b>Média</b>	<b>Mediana</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Percentis</b>	
					<b>25</b>	<b>75</b>
48,2	46,4	15,5	10,7	92,9	35,7	60,7

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 6

Distribuição de frequências e apresentação da média, mediana, desvio-padrão e percentis (25 e 75) das seis facetas do domínio psicológico da escala WHOQOL-*bref* dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

<b>Domínio psicológico</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
<b>5. O quanto você aproveita a vida?</b>		
Nada	3	2,5
Muito pouco	35	29,2
Mais ou menos	56	46,7
Bastante	24	20,0
Extremamente	2	1,7
<b>6. Em que medida você acha que sua vida tem sentido?</b>		
Nada	3	2,5
Muito pouco	3	2,5
Mais ou menos	27	22,5
Bastante	79	65,8
Extremamente	8	6,7
<b>7. O quanto você consegue se concentrar?</b>		
Nada	2	1,7
Muito pouco	10	8,3
Mais ou menos	73	60,8
Bastante	33	27,5
Extremamente	2	1,7
<b>11. Você é capaz de aceitar a sua aparência física?</b>		
Nada	2	1,7
Muito pouco	5	4,2
Médio	60	50,0
Muito	44	36,7
Completamente	9	7,5
<b>19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?</b>		
Muito insatisfeito	2	1,7
Insatisfeito	11	9,2
Nem satisfeito, nem insatisfeito	67	55,8
Satisfeito	36	30,0
Muito satisfeito	4	3,3
<b>26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?</b>		
Sempre	9	7,5
Muito frequentemente	6	5,0
Frequentemente	29	24,2



Algumas vezes				59	49,2	
Nunca				17	14,2	
<b>Média</b>	<b>Mediana</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Percentis</b>	
					<b>25</b>	<b>75</b>
58,6	58,3	14,3	8,3	87,5	54,1	66,6

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 7

Distribuição de frequências e apresentação da média, mediana, desvio-padrão e percentis (25 e 75) das três facetas do domínio relações sociais da escala WHOQOL-bref dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

Domínio relações sociais		Frequência	Percentual			
<b>20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos e colegas) ?</b>						
Insatisfeito		5	4,2			
Nem satisfeito, nem insatisfeito		29	24,2			
Satisfeito		71	59,2			
Muito satisfeito		15	12,5			
<b>21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?</b>						
Muito insatisfeito		16	13,3			
Insatisfeito		18	15,0			
Nem satisfeito, nem insatisfeito		45	37,5			
Satisfeito		34	28,3			
Muito satisfeito		7	5,8			
<b>22. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe dos seus amigos?</b>						
Muito insatisfeito		1	0,8			
Insatisfeito		7	5,8			
Nem satisfeito, nem insatisfeito		40	33,3			
Satisfeito		60	50,0			
Muito satisfeito		12	10,0			
<b>Média</b>	<b>Mediana</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Percentis</b>	
					<b>25</b>	<b>75</b>
61,7	58,3	16,4	16,7	100,0	50,0	75,0

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 8

Distribuição de frequências e apresentação da média, mediana, desvio-padrão e percentis (25 e 75) das oito facetas do domínio meio ambiente da escala WHOQOL-bref dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

<b>Domínio meio ambiente</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
<b>8. Quão seguro(a) você se sente na sua vida diária?</b>		
Nada	5	4,2
Muito pouco	8	6,7
Mais ou menos	74	61,7
Bastante	30	25,0
Extremamente	3	2,5
<b>9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?</b>		
Nada	1	0,8
Muito pouco	13	10,8
Mais ou menos	67	55,8
Bastante	36	30,0
Extremamente	3	2,5
<b>12. Você tem dinheiro o suficiente para satisfazer suas necessidades?</b>		
Nada	11	9,2
Muito pouco	68	56,7
Médio	30	25,0
Muito	10	8,3
Completamente	1	0,8
<b>13. Quão disponível estão para você as informações que precisa no seu dia-a-dia?</b>		
Nada	3	2,5
Muito pouco	17	14,2
Médio	72	60,0
Muito	27	22,5
Completamente	1	0,8
<b>14. Em que medida você tem oportunidade de atividades de lazer?</b>		
Nada	5	4,2
Muito pouco	52	43,3
Médio	45	37,5
Muito	15	12,5
Completamente	3	2,5
<b>23. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde você mora?</b>		
Muito insatisfeito	6	5,0
Insatisfeito	2	1,7

Nem satisfeito, nem insatisfeito	52	43,3				
Satisfeito	51	42,5				
Muito satisfeito	9	7,5				
<b>24. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?</b>						
Muito insatisfeito	2	1,7				
Insatisfeito	3	2,5				
Nem satisfeito, nem insatisfeito	26	21,7				
Satisfeito	78	65,0				
Muito satisfeito	11	9,2				
<b>25. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?</b>						
Muito insatisfeito	6	5,0				
Insatisfeito	7	5,8				
Nem satisfeito, nem insatisfeito	59	49,2				
Satisfeito	43	35,8				
Muito satisfeito	5	4,2				
<b>Média</b>	<b>Mediana</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Percentis</b>	
					<b>25</b>	<b>75</b>
53	50	10,8	15,6	78,1	46,8	59,3

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com a Figura 1, o domínio físico apresentou um escore mediano de aproximadamente 50, sem a presença de “outliers”. Foi constatado, também, que 50% dos resultados referentes ao domínio físico encontram-se no intervalo entre 35 e 60 (percentis 25/75%).

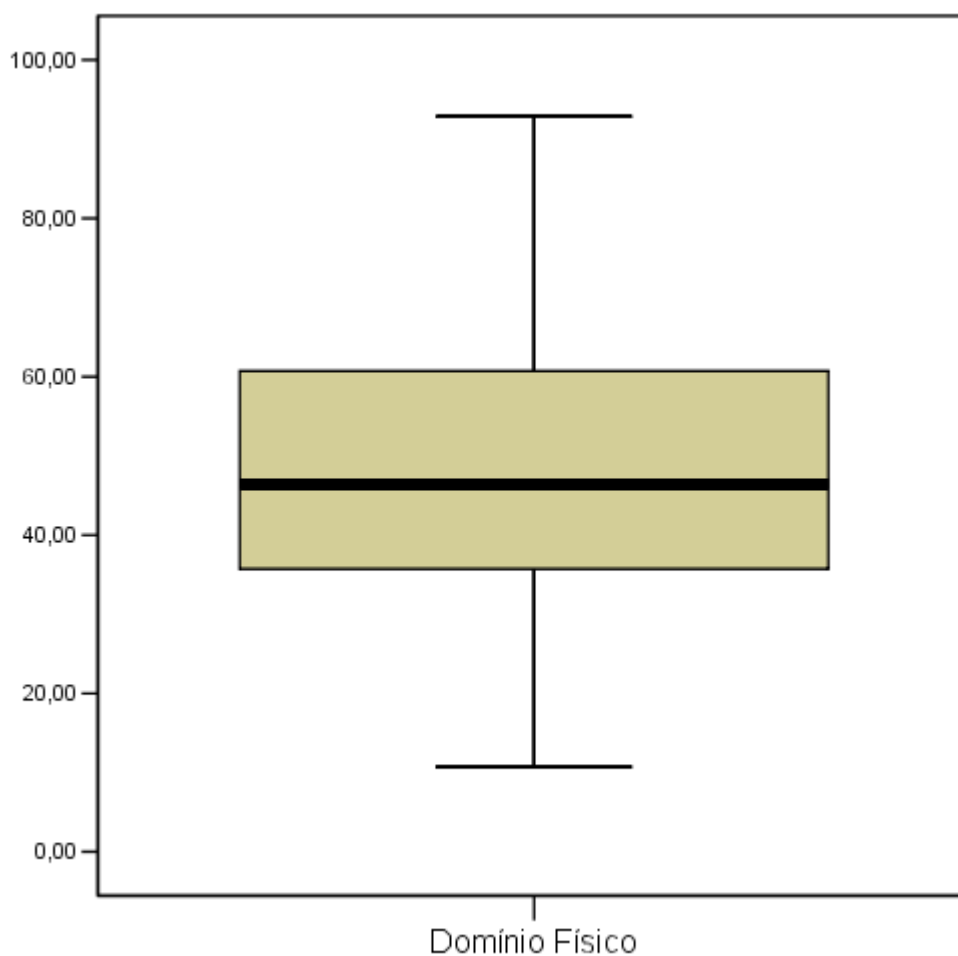


Figura 1: Box-plot do domínio físico da escala de qualidade de vida WHOQOL-bref

Conforme a Figura 2, o domínio psicológico apresentou um escore mediano de aproximadamente 60, com a presença de vários pontos extremos no limite inferior e um no limite superior. Evidenciou-se, ainda, que 50% dos resultados relacionados ao domínio psicológico encontram-se no intervalo entre 55 e 65 (percentis 25/75%).

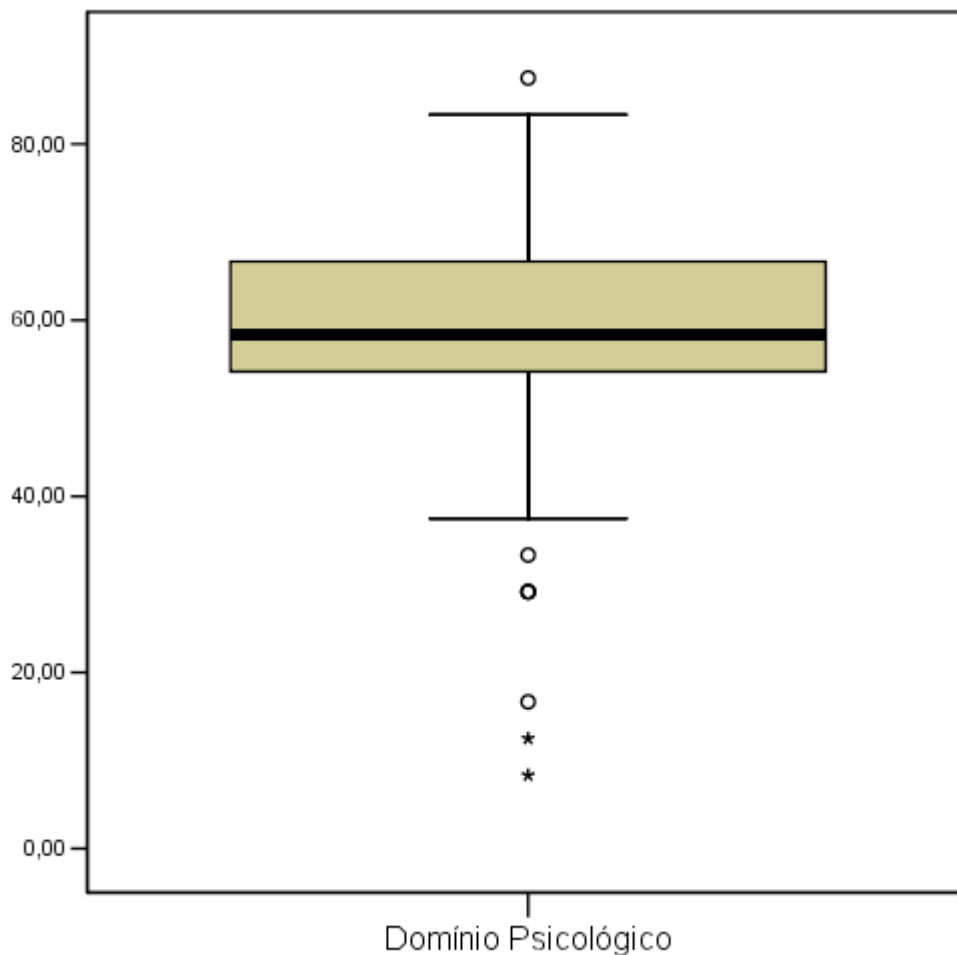


Figura 2: Box-plot do domínio psicológico da escala de qualidade de vida WHOQOL-bref

Segundo a Figura 3, o domínio relações sociais apresentou um escore mediano de aproximadamente 60, sem a presença de “outliers”. Observou-se, também, que 50% dos resultados referentes ao domínio relações sociais encontram-se entre os valores 50 e 75 (percentis 25/75%).

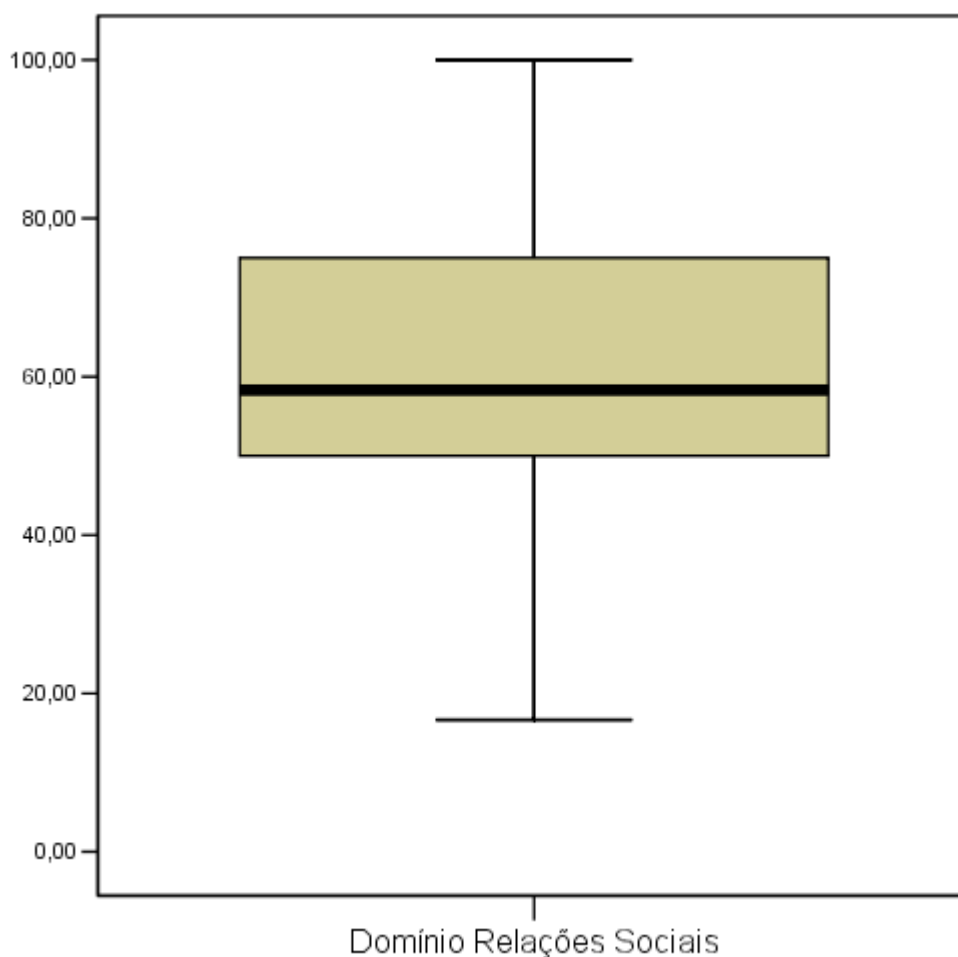


Figura 3: Box-plot do domínio relações sociais da escala de qualidade de vida WHOQOL-bref

De acordo com a Figura 4, o domínio meio ambiente apresentou um escore mediano de aproximadamente 50, com a presença de um ponto extremo na parte inferior do gráfico. Foi observado que 50% dos resultados referentes ao domínio meio ambiente encontram-se no intervalo entre 45 e 60 (percentis 25/75%).

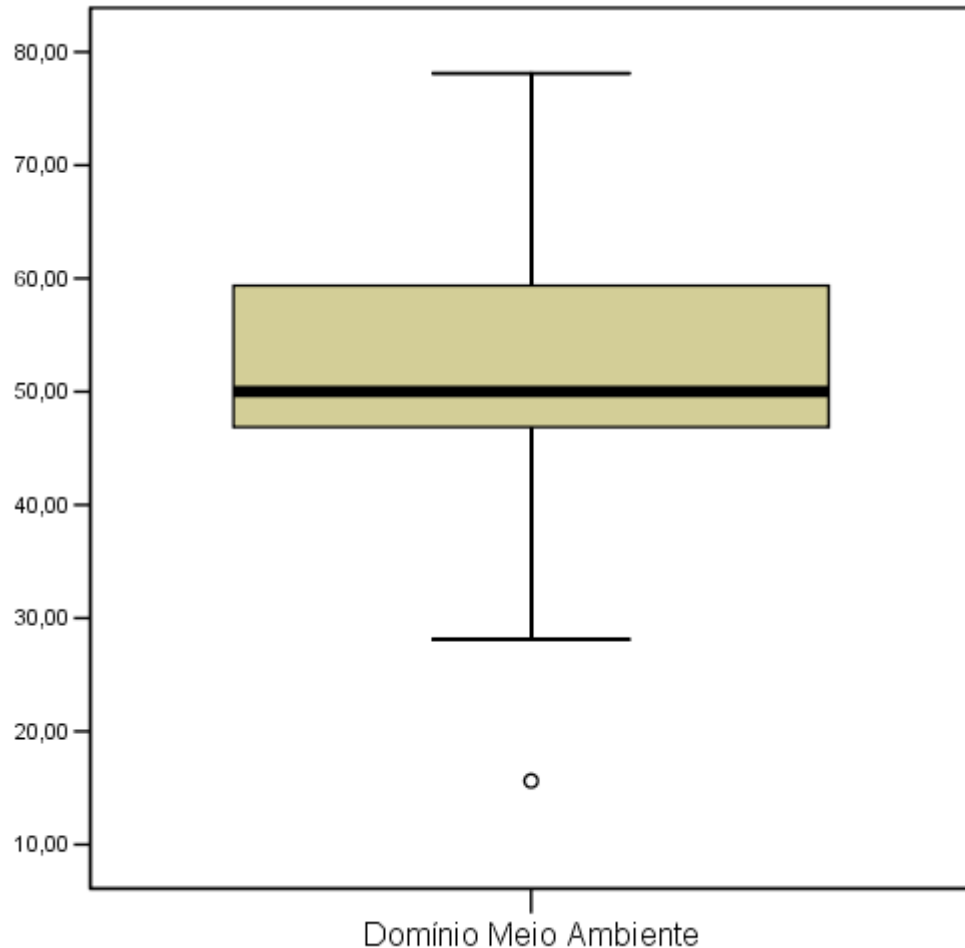


Figura 4: Box-plot do domínio meio ambiente da escala de qualidade de vida WHOQOL-bref

As análises foram repetidas, excluindo-se os valores extremos (“outliers”), entretanto, os resultados não foram alterados, optando-se, portanto, por mantê-los na análise.



### 5.3 CRUZAMENTOS COM A ESCALA WHOQOL-BREF

De acordo com a Tabela 9, não foram observadas correlações estatisticamente significativas entre idade e os escores de qualidade de vida (Percepção global da QV e saúde e domínios da escala WHOQOL-*bref*).

Tabela 9

Correlação dos escores de cada domínio e da percepção global da QV e da saúde da escala WHOQOL-*bref* por idade (em anos) dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

<b>Domínios</b>	<b>Coefficiente de Spearman</b>	<b>Valor-p</b>
<b>Percepção global QV e saúde</b>	0,09	0,324
<b>Domínio Físico</b>	0,02	0,814
<b>Domínio Psicológico</b>	0,08	0,404
<b>Domínio Relações Sociais</b>	-0,01	0,892
<b>Domínio Meio Ambiente</b>	0,11	0,240

Fonte: Dados da pesquisa

Ao comparar os escores dos domínios e da percepção global da QV e da saúde do WHOQOL-*bref* com os sexos masculino e feminino, observou-se que nenhum domínio ou a percepção global da qualidade de vida e saúde da escala WHOQOL-*bref* mostrou diferença estatisticamente significativa (valores- $p > 0,05$ ) (Tabela 10).

Tabela 10

Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio-padrão e comparação dos escores de cada domínio e da percepção global da QV e da saúde da escala WHOQOL-*bref* por sexo dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

<b>Sexo</b>	<b>Estatísticas</b>	<b>Percepção global QV e saúde</b>	<b>Domínio Físico</b>	<b>Domínio Psicológico</b>	<b>Domínio Relações Sociais</b>	<b>Domínio Meio Ambiente</b>
<b>Feminino</b>	Média	50,6	51,2	59,4	58,3	52,5
	Mediana	50,0	51,8	58,3	58,3	51,6
	Desvio-padrão	17,5	14,7	14,6	16,7	11,3
	Mínimo	12,5	25,0	8,3	16,7	15,6
	Maximo	75,0	75,0	87,5	91,7	78,1
<b>Masculino</b>	Média	50,2	46,7	58,1	63,6	53,2
	Mediana	50,0	46,4	58,3	66,7	50,0
	Desvio-padrão	14,7	15,8	14,2	16,1	10,6
	Mínimo	12,50	10,71	12,50	16,67	28,13
	Maximo	75,00	92,86	83,33	100,00	78,13
<b>Valor-p*</b>		0,742	0,109	0,408	0,098	0,898

\* Teste Mann-Whitney

Fonte: Dados da pesquisa

Pode-se observar na Tabela 11, que houve diferença estatisticamente significativa por estado civil apenas para o domínio relações sociais da escala WHOQOL-*bref* (valor- $p \leq 0,05$ ). Nesse domínio, a melhor qualidade de vida (maior mediana) foi observada para o grupo dos casados (66,7), seguidos pelos viúvos (58,3) e, por último, os solteiros (50).

Tabela 11

Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio-padrão e comparação dos escores de cada domínio e da percepção global da QV e da saúde da escala WHOQOL-*bref* por estado civil dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

Estado civil	Estatísticas	Percepção global QV e saúde	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
<b>Casado</b>	Média	51,0	46,8	59,4	65,4	52,8
	Mediana	50,0	46,4	58,3	<b>66,7</b>	50,0
	Desvio-padrão	14,8	14,7	11,5	13,4	9,6
	Mínimo	12,5	10,7	29,2	16,7	28,1
	Maximo	75,0	78,6	83,3	100,0	78,1
<b>Solteiro</b>	Média	47,7	50,3	56,0	53,4	52,1
	Mediana	50,0	48,2	58,3	<b>50,0</b>	50,0
	Desvio-padrão	17,2	15,2	18,9	20,1	13,2
	Mínimo	12,5	21,4	8,3	16,7	15,6
	Maximo	75,0	78,6	79,2	100,0	78,1
<b>Viúvo</b>	Média	51,4	50,4	57,4	60,2	56,6
	Mediana	37,5	46,4	54,2	<b>58,3</b>	50,0
	Desvio-padrão	17,1	22,0	16,0	17,6	12,5
	Mínimo	37,5	28,6	29,2	41,7	43,8
	Maximo	75,0	92,9	83,3	100,0	78,1
<b>Valor-p*</b>		0,725	0,623	0,917	<b>0,001</b>	0,752

\* Teste Kruskal-Wallis

Fonte: Dados da pesquisa

Segundo os dados da Tabela 12, houve diferença estatisticamente significativa por município de residência apenas para o meio ambiente da escala WHOQOL-*bref* (valor- $p \leq 0,05$ ). Nesse domínio, a melhor qualidade de vida (maior mediana) foi observada para o grupo que mora em Belo Horizonte (53,1).

Tabela 12

Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio-padrão e comparação dos escores de cada domínio e da percepção global da qualidade de vida e da saúde da escala WHOQOL-*bref* por município de residência dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

Município de Residência	Estatísticas	Percepção global QV e saúde	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
<b>BH</b>	Média	48,5	48,0	58,9	60,5	54,8
	Mediana	50,0	46,4	58,3	58,3	<b>53,1</b>
	Desvio-padrão	15,7	14,2	14,8	16,8	10,8
	Mínimo	12,5	21,4	12,5	16,7	15,6
	Maximo	75,0	78,6	79,2	100,0	78,1
<b>Outras cidades</b>	Média	51,6	48,4	58,3	62,6	51,7
	Mediana	50,0	46,4	58,3	66,7	<b>50,0</b>
	Desvio-padrão	15,6	16,5	14,0	16,2	10,7
	Mínimo	12,5	10,7	8,3	16,7	28,1
	Maximo	75,0	92,9	87,5	100,0	78,1
<b>Valor-p*</b>		0,292	0,930	0,628	0,423	<b>0,033</b>

\* Teste Mann-Whitney

Fonte: Dados da pesquisa

Conforme a Tabela 13, nenhum domínio ou a percepção global da qualidade de vida e da saúde da escala WHOQOL-bref mostrou diferença estatisticamente significativa por escolaridade (valores- $p > 0,05$ ).

Tabela 13

Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio-padrão e comparação dos escores de cada domínio e da percepção global da qualidade de vida e da saúde da escala WHOQOL-bref por escolaridade dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

Escolaridade	Estatísticas	Percepção global QV e saúde	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
<b>Analfabeto</b>	Média	50,8	47,6	57,2	54,4	50,6
	Mediana	50,0	46,4	58,3	50,0	50,0
	Desvio-padrão	17,3	10,4	17,7	19,4	11,8
	Mínimo	12,5	32,1	8,3	25,0	28,1
	Maximo	75,0	67,9	79,2	83,3	68,8
<b>1º grau</b>	Média	49,4	48,2	59,6	64,0	53,5
	Mediana	50,0	46,4	58,3	66,7	50,0
	Desvio-padrão	14,9	15,9	12,8	14,3	10,2
	Mínimo	12,5	10,7	12,5	16,7	28,1
	Maximo	75,0	92,9	87,5	100,0	78,1
<b>2º grau</b>	Média	55,4	50,0	54,8	58,3	53,3
	Mediana	56,3	50,0	56,3	58,3	51,6
	Desvio-padrão	16,8	18,3	15,0	20,4	9,1
	Mínimo	12,5	10,7	29,2	16,7	40,6
	Maximo	75,0	75,0	75,0	100,0	78,1
<b>Valor-p*</b>		0,247	0,722	0,659	0,397	0,967

\* Teste Kruskal-Wallis

Fonte: Dados da pesquisa

Ao comparar os escores dos domínios e da percepção global da qualidade de vida e da saúde do WHOQOL-*bref* com a ocupação, observou-se que houve diferenças estatisticamente significativas por ocupação para os domínios físico, psicológico e meio ambiente (valores- $p \leq 0,05$ ) e de forma limítrofe ( $p = 0,055$ ) para percepção global da qualidade de vida e saúde. Em todos os casos a melhor qualidade de vida foi observada no grupo “do lar” e a pior qualidade de vida ocorreu no grupo “aposentado/licença saúde” (Tabela 14).

Tabela 14

Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio-padrão e comparação dos escores de cada domínio e da percepção global da qualidade de vida e da saúde da escala WHOQOL-*bref* por ocupação dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

Ocupação	Estatísticas	Percepção global QV e saúde	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
<b>Aposentado/ licença saúde</b>	Média	47,3	43,2	56,4	59,8	51,5
	Mediana	<b>50,0</b>	<b>42,9</b>	<b>54,2</b>	58,3	<b>50,0</b>
	Desvio-padrão	12,5	12,9	10,3	14,7	9,4
	Mínimo	12,5	10,7	29,2	16,7	28,1
	Maximo	75,0	75,0	79,2	100,0	78,1
<b>Do lar</b>	Média	56,3	53,6	62,5	68,8	60,2
	Mediana	<b>56,3</b>	<b>55,4</b>	<b>64,6</b>	75,0	<b>60,9</b>
	Desvio-padrão	11,6	12,4	12,0	13,2	6,6
	Mínimo	37,5	35,7	37,5	41,7	50,0
	Maximo	75,0	71,4	75,0	83,3	71,9
<b>Outras</b>	Média	53,4	54,0	60,9	63,2	53,8
	Mediana	<b>50,0</b>	<b>53,6</b>	<b>62,5</b>	66,7	<b>53,1</b>
	Desvio-padrão	19,1	17,0	18,4	18,7	12,6
	Mínimo	12,5	10,7	8,3	16,7	15,6
	Maximo	75,0	92,9	87,5	100,0	78,1
<b>Valor-p*</b>		<b>0,055</b>	<b>0,000</b>	<b>0,008</b>	0,085	<b>0,020</b>

\* Teste Kruskal-Wallis

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com a Tabela 15, houve diferenças estatisticamente significativas por renda familiar para os domínios físico, psicológico e meio ambiente da escala WHOQOL-*bref* (valores- $p \leq 0,05$ ) e de forma limítrofe (valor- $p = 0,55$ ) a percepção global da qualidade de vida e da saúde. Em todos os casos, a melhor qualidade de vida (maior mediana) foi observada para o grupo com renda de três ou mais salários.

Tabela 15

Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio-padrão e comparação dos escores de cada domínio e da percepção global da qualidade de vida e da saúde da escala WHOQOL-*bref* por renda familiar mensal dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

Renda Familiar Mensal	Estatísticas	Percepção global QV e saúde	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
<b>2 ou menos salários</b>	Média	48,5	45,7	57,4	62,0	52,0
	Mediana	<b>50,0</b>	<b>42,9</b>	<b>58,3</b>	58,3	<b>50,0</b>
	Desvio-padrão	15,1	15,4	13,5	16,0	10,3
	Mínimo	12,5	10,7	8,3	16,7	28,1
	Maximo	75,0	92,9	83,3	100,0	78,1
<b>3 ou mais salários</b>	Média	55,6	55,6	62,1	61,0	55,8
	Mediana	<b>50,0</b>	<b>53,6</b>	<b>66,7</b>	66,7	<b>56,3</b>
	Desvio-padrão	16,4	13,6	16,1	17,7	11,9
	Mínimo	25,0	28,6	16,7	16,7	15,6
	Maximo	75,0	78,6	87,5	83,3	78,1
<b>Valor-p*</b>		<b>0,027</b>	<b>0,001</b>	<b>0,026</b>	0,817	<b>0,025</b>

\* Teste Mann-Whitney

Fonte: Dados da pesquisa

Conforme os dados da Tabela 16, nenhum domínio ou a percepção global da qualidade de vida e da saúde da escala WHOQOL-*bref* mostrou diferença estatisticamente significativa por forma clínica (valores- $p > 0,05$ ).

Tabela 16

Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio-padrão e comparação dos escores de cada domínio e da percepção global da qualidade de vida e da saúde da escala WHOQOL-*bref* por forma clínica dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

Forma clínica	Estatísticas	Percepção global QV e saúde	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
<b>Dimorfa</b>	Média	50,6	49,5	60,1	64,0	54,7
	Mediana	50,0	46,4	58,3	62,5	51,6
	Desvio-padrão	16,6	17,0	14,0	16,9	10,6
	Mínimo	12,5	10,7	12,5	16,7	34,4
	Maximo	75,0	92,9	87,5	100,0	78,1
<b>Virchowiana</b>	Média	50,0	46,6	56,6	58,8	50,7
	Mediana	50,0	46,4	58,3	58,3	50,0
	Desvio-padrão	14,4	13,4	14,5	15,3	10,7
	Mínimo	12,5	10,7	8,3	16,7	15,6
	Maximo	75,0	75,0	79,2	83,3	71,9
<b>Valor-p*</b>		0,883	0,614	0,208	0,171	0,198

\* Teste Mann-Whitney

Fonte: Dados da pesquisa



Segundo a Tabela 17, todos os domínios da escala WHOQOL-bref e percepção global da qualidade de vida e da saúde mostraram diferenças estatisticamente significativas por grau de incapacidade física (valor- $p \leq 0,05$ ), sendo de forma limítrofe para o domínio relações sociais (valor- $p = 0,07$ ). Em todos os casos, quanto maior o grau de incapacidade pior foi a qualidade de vida.

Tabela 17

Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio-padrão e comparação dos escores de cada domínio e da percepção global da qualidade de vida e da saúde da escala WHOQOL-bref por grau de incapacidade física dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

Grau de incapacidade física	Estatísticas	Percepção global QV e saúde	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
0	Média	59,2	65,8	68,2	70,2	57,7
	Mediana	62,5	67,9	70,8	66,7	59,4
	Mínimo	17,6	9,5	10,3	15,8	10,8
	Maximo	25,0	46,4	45,8	41,7	37,5
	Desvio-padrão	75,0	78,6	87,5	100,0	78,1
1	Média	50,2	46,4	57,2	60,0	52,7
	Mediana	50,0	46,4	58,3	58,3	50,0
	Mínimo	14,2	13,5	13,5	14,6	9,8
	Maximo	12,5	21,4	12,5	16,7	15,6
	Desvio-padrão	75,0	92,9	83,3	100,0	78,1
2	Média	44,6	41,2	55,5	60,4	50,4
	Mediana	37,5	39,3	54,2	58,3	50,0
	Mínimo	15,7	15,5	16,2	19,9	12,5
	Maximo	12,5	10,7	8,3	16,7	28,1
	Desvio-padrão	75,0	75,0	83,3	100,0	78,1
<b>Valor-p*</b>		<b>0,013</b>	<b>0,000</b>	<b>0,002</b>	<b>0,070</b>	<b>0,044</b>

\* Teste Kruskal-Wallis

Fonte: Dados da pesquisa

Segundo a Tabela 18, houve diferenças estatisticamente significativas por tempo de descoberta da hanseníase para os domínios físico, psicológico, meio ambiente e a percepção global da qualidade de vida e da saúde da escala WHOQOL-bref (valores- $p \leq 0,05$ ). Em todos os casos, a melhor qualidade de vida (maior mediana) foi observada para o grupo com menor tempo de doença (menos de três anos).

Tabela 18

Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio-padrão e comparação dos escores de cada domínio e da percepção global da qualidade de vida e da saúde da escala WHOQOL-bref por tempo de descoberta da hanseníase dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

Tempo de descoberta da hanseníase	Estatísticas	Percepção global QV e saúde	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
<b>Menos de 3 anos</b>	Média	53,7	53,2	61,9	62,7	55,6
	Mediana	<b>50,0</b>	<b>50,0</b>	<b>62,5</b>	62,5	<b>53,1</b>
	Desvio-padrão	15,4	14,7	13,4	17,8	8,5
	Mínimo	25,0	25,0	29,2	16,7	43,8
	Maximo	75,0	78,6	83,3	100,0	78,1
<b>3 anos ou mais</b>	Média	47,9	44,6	56,3	60,5	51,3
	Mediana	<b>50,0</b>	<b>42,9</b>	<b>58,3</b>	58,3	<b>50,0</b>
	Desvio-padrão	15,3	15,1	14,8	15,6	11,9
	Mínimo	12,5	10,7	8,3	16,7	15,6
	Maximo	75,0	92,9	87,5	100,0	78,1
<b>Valor-p*</b>		<b>0,045</b>	<b>0,002</b>	<b>0,044</b>	0,487	<b>0,023</b>

\* Teste Mann-Whitney

Fonte: Dados da pesquisa

Com referência ao tempo de tratamento da hanseníase, observou-se que houve diferenças estatisticamente significativas para os domínios físico e psicológico (valores- $p \leq 0,05$ ). Em todos os casos, a melhor qualidade de vida (maior mediana) foi observada para o grupo com menor tempo de tratamento da doença (menos de três anos) (Tabela 19).

Tabela 19

Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio-padrão e comparação dos escores de cada domínio e da percepção global da qualidade de vida e da saúde da escala WHOQOL-bref por tempo de tratamento da hanseníase dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

Tempo de tratamento da hanseníase	Estatísticas	Percepção global QV e saúde	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
<b>menos de 3 anos</b>	Média	53,1	52,4	61,5	62,4	55,2
	Mediana	50,0	<b>50,0</b>	<b>62,5</b>	58,3	53,1
	Desvio-padrão	15,4	14,7	13,8	17,1	9,3
	Mínimo	25,0	25,0	29,2	16,7	37,5
	Maximo	75,0	78,6	83,3	100,0	78,1
<b>3 anos ou mais</b>	Média	48,3	44,7	56,3	60,9	51,5
	Mediana	50,0	<b>42,9</b>	<b>58,3</b>	62,5	50,0
	Desvio-padrão	15,6	15,2	14,6	16,1	11,6
	Mínimo	12,5	10,7	8,3	16,7	15,6
	Maximo	75,0	92,9	87,5	100,0	78,1
<b>Valor-p*</b>		0,113	<b>0,005</b>	<b>0,051</b>	0,682	0,084

\* Teste Mann-Whitney

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com a Tabela 20, nenhum domínio ou percepção global da qualidade de vida e da saúde da escala WHOQOL-*bref* mostrou diferença estatisticamente significativa por presença de comorbidades (valores- $p > 0,05$ ).

Tabela 20

Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio-padrão e comparação dos escores de cada domínio e da percepção global da qualidade de vida e da saúde da escala WHOQOL-*bref* por presença de comorbidades dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

Comorbidades	Estatísticas	Percepção global QV e saúde	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
<b>Não</b>	Média	51,8	49,4	58,7	62,0	54,0
	Mediana	50,0	46,4	58,3	66,7	53,1
	Desvio-padrão	16,1	15,6	15,0	18,2	11,4
	Mínimo	12,5	10,7	8,3	16,7	15,6
	Maximo	75,0	92,9	87,5	100,0	78,1
<b>Sim</b>	Média	47,8	46,3	58,3	61,3	51,3
	Mediana	50,0	46,4	58,3	58,3	50,0
	Desvio-padrão	14,7	15,4	13,1	13,0	9,6
	Mínimo	12,5	10,7	12,5	41,7	28,1
	Maximo	75,0	78,6	83,3	91,7	75,0
<b>Valor-p*</b>		0,172	0,296	0,941	0,518	0,214

\* Teste Mann-Whitney

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com a Tabela 21, todos os domínios e percepção global da qualidade de vida e da saúde da escala WHOQOL-*bref* mostraram diferenças estatisticamente significativas por presença de alterações sensitivas (valor- $p \leq 0,05$ ). Em todos os casos, a melhor qualidade de vida ocorreu para os pacientes que não apresentam alterações sensitivas.

Tabela 21

Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio-padrão e comparação dos escores de cada domínio e da percepção global da qualidade de vida e da saúde da escala WHOQOL-*bref* por presença de alterações sensitivas conseqüentes à hanseníase dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

<b>Alterações sensitivas</b>	<b>Estatísticas</b>	<b>Percepção global QV e saúde</b>	<b>Domínio Físico</b>	<b>Domínio Psicológico</b>	<b>Domínio Relações Sociais</b>	<b>Domínio Meio Ambiente</b>
<b>Não</b>	Média	57,1	63,4	69,2	72,6	59,4
	Mediana	62,5	64,3	70,8	66,7	59,4
	Desvio-padrão	17,0	11,6	9,3	14,7	10,6
	Mínimo	25,0	35,7	45,8	50,0	43,8
	Maximo	75,0	78,6	87,5	100,0	78,1
<b>Sim</b>	Média	48,9	45,0	56,3	59,4	51,6
	Mediana	50,0	42,9	58,3	58,3	50,0
	Desvio-padrão	15,1	14,3	14,2	15,9	10,4
	Mínimo	12,5	10,7	8,3	16,7	15,6
	Maximo	75,0	92,9	83,3	100,0	78,1
<b>Valor-p*</b>		<b>0,043</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,002</b>	<b>0,004</b>

\* Teste Mann-Whitney

Fonte: Dados da pesquisa

Segundo os dados da Tabela 22, apenas a percepção global da qualidade de vida e da saúde da escala WHOQOL-*bref* mostrou diferença estatisticamente significativa por presença de alterações físicas (valor- $p \leq 0,05$ ). Nesse caso, a melhor qualidade de vida ocorreu para os pacientes que não apresentam alterações físicas.

Tabela 22

Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio-padrão e comparação dos escores de cada domínio e da percepção global da qualidade de vida e da saúde da escala WHOQOL-*bref* por presença de alterações físicas conseqüentes à hanseníase dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

Alterações físicas	Estatísticas	Percepção global QV e saúde	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
<b>Não</b>	Média	52,2	49,5	59,5	62,2	53,4
	Mediana	50,0	46,4	58,3	66,7	50,0
	Desvio-padrão	15,4	14,6	13,2	15,0	10,0
	Mínimo	12,5	21,4	12,5	16,7	15,6
	Maximo	75,0	92,9	87,5	100,0	78,1
<b>Sim</b>	Média	44,0	43,8	55,4	60,2	51,6
	Mediana	37,5	39,3	54,2	58,3	50,0
	Desvio-padrão	15,3	17,9	17,4	20,7	13,4
	Mínimo	12,5	10,7	8,3	16,7	28,1
	Maximo	75,0	78,6	83,3	100,0	78,1
<b>Valor-p*</b>		<b>0,021</b>	0,083	0,195	0,575	0,238

\* Teste Mann-Whitney

Fonte: Dados da pesquisa

Conforme a Tabela 23, apenas a percepção global da qualidade de vida e da saúde da escala WHOQOL-*bref* mostrou diferença estatisticamente significativa por presença de alterações visuais (valor- $p \leq 0,05$ ). Nesse caso, a melhor qualidade de vida ocorreu para os pacientes que não apresentam alterações visuais.

Tabela 23

Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio-padrão e comparação dos escores de cada domínio e da percepção global da qualidade de vida e da saúde da escala WHOQOL-*bref* por presença de alterações visuais conseqüentes à hanseníase dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

Alterações visuais	Estatísticas	Percepção global QV e saúde	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
Não	Média	51,0	48,6	58,7	61,9	53,0
	Mediana	50,0	46,4	58,3	66,7	50,0
	Desvio-padrão	15,4	15,5	14,5	16,6	10,9
	Mínimo	12,5	10,7	8,3	16,7	15,6
	Maximo	75,0	92,9	87,5	100,0	78,1
Sim	Média	31,3	36,6	56,3	56,3	52,3
	Mediana	37,5	35,7	54,2	58,3	50,0
	Desvio-padrão	12,5	11,8	7,2	4,2	6,9
	Mínimo	12,5	25,0	50,0	50,0	46,9
	Maximo	37,5	50,0	66,7	58,3	62,5
<b>Valor-p*</b>		<b>0,019</b>	0,122	0,462	0,299	0,941

\* Teste Mann-Whitney

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com a Tabela 24, todos os domínios da escala WHOQOL-*bref* mostraram diferenças estatisticamente significativas por presença de dor (valor- $p \leq 0,05$ ). Em todos os casos, a melhor qualidade de vida ocorreu para os pacientes que não apresentam dor.

Tabela 24

Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio-padrão e comparação dos escores de cada domínio e da percepção global da qualidade de vida e da saúde da escala WHOQOL-*bref* por presença de dor conseqüente à hanseníase dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

Dor	Estatísticas	Percepção global QV e saúde	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
Não	Média	54,0	59,2	65,9	66,1	57,0
	Mediana	50,0	60,7	66,7	66,7	56,3
	Desvio-padrão	16,6	13,0	11,5	17,3	10,5
	Mínimo	25,0	35,7	33,3	16,7	37,5
	Maximo	75,0	78,6	87,5	100,0	78,1
Sim	Média	49,0	44,4	56,0	60,2	51,6
	Mediana	50,0	42,9	54,2	58,3	50,0
	Desvio-padrão	15,2	14,5	14,4	15,9	10,6
	Mínimo	12,5	10,7	8,3	16,7	15,6
	Maximo	75,0	92,9	83,3	100,0	78,1
<b>Valor-p*</b>		<b>0,173</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,039</b>	<b>0,029</b>

\* Teste Mann-Whitney

Fonte: Dados da pesquisa



Conforme os dados da Tabela 25, apenas o domínio físico da escala WHOQOL-*brief* mostrou diferença estatisticamente significativa por dependência de ajuda para os cuidados com a higiene (valor- $p \leq 0,05$ ). Nesse domínio, a melhor qualidade de vida ocorreu para os pacientes que relataram depender em nada de ajuda (mediana 50) e a pior qualidade de vida para aqueles que dependem muito (mediana 32,1).

Tabela 25

Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio-padrão e comparação dos escores de cada domínio e da percepção global da qualidade de vida e da saúde da escala WHOQOL-*brief* por dependência de ajuda para os cuidados com a higiene dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

<b>Dependência de ajuda para os cuidados com a higiene</b>	<b>Estatísticas</b>	<b>Percepção global QV e saúde</b>	<b>Domínio Físico</b>	<b>Domínio Psicológico</b>	<b>Domínio Relações Sociais</b>	<b>Domínio Meio Ambiente</b>
<b>Nada</b>	Média	52,6	51,0	60,6	63,7	54,4
	Mediana	50,0	50,0	58,3	66,7	53,1
	Mínimo	12,5	10,7	12,5	16,7	15,6
	Maximo	75,0	92,9	87,5	100,0	78,1
	Desvio-padrão	16,3	16,8	15,2	17,0	11,9
<b>Muito pouco</b>	Média	46,4	43,5	53,9	56,8	49,0
	Mediana	43,8	42,9	56,3	58,3	50,0
	Mínimo	12,5	21,4	8,3	16,7	34,4
	Maximo	75,0	64,3	66,7	75,0	71,9
	Desvio-padrão	14,4	10,8	12,4	13,8	7,8
<b>Pouco</b>	Média	48,6	42,5	56,9	57,4	52,8
	Mediana	50,0	42,9	54,2	58,3	50,0
	Mínimo	37,5	25,0	45,8	41,7	46,9
	Maximo	62,5	53,6	70,8	75,0	62,5
	Desvio-padrão	9,8	9,7	9,1	10,6	6,1
<b>Muito</b>	Média	37,5	35,7	61,5	72,9	55,5
	Mediana	43,8	32,1	58,3	70,8	50,0
	Mínimo	12,5	25,0	54,2	50,0	50,0
	Maximo	50,0	53,6	75,0	100,0	71,9
	Desvio-padrão	17,7	12,7	9,8	22,9	10,9
<b>Valor-p*</b>		0,176	<b>0,033</b>	0,119	0,110	0,098

\* Teste Kruskal-Wallis

Fonte: Dados da pesquisa

Segundo a Tabela 26, todos os domínios e percepção global da qualidade de vida e da saúde da escala WHOQOL-*bref* mostraram diferenças estatisticamente significativas por interferência da hanseníase nas atividades profissionais (valor- $p \leq 0,05$ ). Em todos os casos, a melhor qualidade de vida ocorreu para os pacientes que relataram que a doença interfere nada ou muito pouco nas atividades profissionais e a pior qualidade de vida para aqueles que interferem muito ou completamente.

Tabela 26

Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio-padrão e comparação dos escores de cada domínio e da percepção global da qualidade de vida e da saúde da escala WHOQOL-bref por interferência da hanseníase nas atividades profissionais dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

<b>Interferência da hanseníase nas atividades profissionais</b>	<b>Estatísticas</b>	<b>Percepção global QV e saúde</b>	<b>Domínio Físico</b>	<b>Domínio Psicológico</b>	<b>Domínio Relações Sociais</b>	<b>Domínio Meio Ambiente</b>
<b>Nada</b>	Média	57,7	64,1	68,1	68,3	57,7
	Mediana	50,0	67,9	70,8	66,7	56,3
	Desvio-padrão	16,0	11,6	10,5	12,8	9,9
	Mínimo	25,0	35,7	37,5	41,7	43,8
	Maximo	75,0	75,0	87,5	91,7	75,0
<b>Muito pouco</b>	Média	60,0	64,6	69,2	65,8	59,7
	Mediana	62,5	64,3	66,7	66,7	59,4
	Desvio-padrão	17,5	9,6	7,9	14,9	7,1
	Mínimo	25,0	50,0	58,3	33,3	46,9
	Maximo	75,0	78,6	83,3	83,3	71,9
<b>Pouco</b>	Média	58,8	57,8	64,0	66,2	56,8
	Mediana	62,5	53,6	62,5	66,7	56,3
	Desvio-padrão	13,1	13,3	14,7	16,0	10,4
	Mínimo	37,5	35,7	29,2	33,3	40,6
	Maximo	75,0	92,9	83,3	100,0	78,1
<b>Muito</b>	Média	45,1	39,4	53,9	58,2	49,6
	Mediana	37,5	39,3	54,2	58,3	50,0
	Desvio-padrão	13,2	9,5	12,1	16,5	9,9
	Mínimo	12,5	10,7	8,3	16,7	15,6
	Maximo	75,0	60,7	79,2	100,0	78,1
<b>Completamente</b>	Média	40,0	35,0	42,5	58,3	51,9
	Mediana	37,5	35,7	45,8	50,0	40,6
	Desvio-padrão	18,5	13,5	23,5	24,3	17,8
	Mínimo	12,5	21,4	12,5	41,7	37,5
	Maximo	62,5	50,0	75,0	100,0	78,1
<b>Valor-p*</b>		<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,003</b>	<b>0,001</b>

\* Teste Kruskal-Wallis

Fonte: Dados da pesquisa

Ao comparar os escores dos domínios e da percepção global da qualidade de vida e da saúde do WHOQOL-*brief* com a interferência da hanseníase nas atividades de lazer, observou-se que, todos os domínios e percepção global da qualidade de vida e da saúde da escala WHOQOL-*brief* mostraram diferenças estatisticamente significativas (valor- $p \leq 0,05$ ). Em todos os casos, a melhor qualidade de vida ocorreu para os pacientes que relataram que a doença interfere em nada nas atividades de lazer e a pior qualidade de vida para aqueles que interfere muito (Tabela 27).

Tabela 27

Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio-padrão e comparação dos escores de cada domínio e da percepção global da qualidade de vida e da saúde da escala WHOQOL-bref por interferência da hanseníase nas atividades de lazer dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

<b>Interferência da hanseníase nas atividades de lazer</b>	<b>Estatísticas</b>	<b>Percepção global QV e saúde</b>	<b>Domínio Físico</b>	<b>Domínio Psicológico</b>	<b>Domínio Relações Sociais</b>	<b>Domínio Meio Ambiente</b>
<b>Nada</b>	Média	60,7	63,8	67,6	68,2	58,8
	Mediana	68,8	67,9	68,8	70,8	59,4
	Mínimo	16,9	13,7	12,3	14,7	9,5
	Maximo	25,0	35,7	37,5	33,3	43,8
	Desvio-padrão	75,0	92,9	87,5	100,0	78,1
<b>Muito pouco</b>	Média	58,0	55,1	65,5	66,1	56,0
	Mediana	62,5	55,4	64,6	66,7	56,3
	Mínimo	11,6	8,7	8,9	10,1	9,8
	Maximo	37,5	35,7	50,0	41,7	37,5
	Desvio-padrão	75,0	67,9	79,2	83,3	71,9
<b>Pouco</b>	Média	51,9	47,3	58,7	63,1	51,0
	Mediana	50,0	46,4	58,3	62,5	50,0
	Mínimo	12,1	12,1	9,1	16,5	7,9
	Maximo	37,5	28,6	41,7	25,0	28,1
	Desvio-padrão	75,0	78,6	83,3	100,0	71,9
<b>Muito</b>	Média	42,4	38,9	52,6	56,7	50,2
	Mediana	37,5	39,3	54,2	58,3	50,0
	Mínimo	12,3	11,3	14,3	17,2	11,7
	Maximo	12,5	10,7	8,3	16,7	15,6
	Desvio-padrão	75,0	64,3	79,2	100,0	78,1
<b>Valor-p*</b>		<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,007</b>	<b>0,001</b>

\* Teste Kruskal-Wallis

Fonte: Dados da pesquisa

Conforme os dados da Tabela 28, houve diferença estatisticamente significativa de forma limítrofe para o domínio meio ambiente (valor-p=0,052) e percepção global da QV e da saúde (valor-p=0,068) da escala WHOQOL-*bref* por expectativa futura de melhorar a saúde.

Tabela 28

Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio-padrão e comparação dos escores de cada domínio e da percepção global da qualidade de vida e da saúde da escala WHOQOL-*bref* por expectativa futura de melhorar a saúde dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

<b>Expectativa de melhorar a saúde</b>	<b>Estatísticas</b>	<b>Percepção global QV e saúde</b>	<b>Domínio Físico</b>	<b>Domínio Psicológico</b>	<b>Domínio Relações Sociais</b>	<b>Domínio Meio Ambiente</b>
<b>Não</b>	Média	31,3	32,1	39,6	37,5	29,7
	Mediana	31,3	32,1	39,6	37,5	29,7
	Desvio-padrão	8,8	5,1	32,4	29,5	19,9
	Mínimo	25,0	28,6	16,7	16,7	15,6
	Maximo	37,5	35,7	62,5	58,3	43,8
<b>Sim</b>	Média	50,6	48,5	58,9	62,1	53,4
	Mediana	50,0	46,4	58,3	62,5	50,0
	Desvio-padrão	15,6	15,5	13,9	16,0	10,3
	Mínimo	12,5	10,7	8,3	16,7	28,1
	Maximo	75,0	92,9	87,5	100,0	78,1
<b>Valor-p*</b>		<b>0,068</b>	0,080	0,392	0,143	<b>0,052</b>

\* Teste Mann-Whitney

Fonte: Dados da pesquisa

Segundo a Tabela 29, todos os domínios e percepção global da qualidade de vida e da saúde da escala WHOQOL-*bref* mostraram diferenças estatisticamente significativas por expectativa futura de melhorar a dor (valor- $p \leq 0,05$ ). Em todos os casos, a pior qualidade de vida ocorreu para os pacientes que esperam melhorar a dor.

Tabela 29

Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio-padrão e comparação dos escores de cada domínio e da percepção global da qualidade de vida e da saúde da escala WHOQOL-*bref* por expectativa futura de melhorar a dor dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

Expectativa de melhorar a dor	Estatísticas	Percepção global QV e saúde	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
<b>Não</b>	Média	54,8	51,9	60,6	63,3	54,8
	Mediana	50,0	50,0	62,5	66,7	54,7
	Desvio-padrão	15,7	16,6	15,6	17,9	12,4
	Mínimo	12,5	10,7	12,5	16,7	15,6
	Maximo	75,0	92,9	87,5	100,0	78,1
<b>Sim</b>	Média	42,6	42,0	55,0	59,1	49,9
	Mediana	37,5	39,3	54,2	58,3	50,0
	Desvio-padrão	12,4	11,2	11,0	13,3	6,2
	Mínimo	12,5	25,0	8,3	33,3	34,4
	Maximo	62,5	75,0	79,2	100,0	71,9
<b>Valor-p*</b>		<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,007</b>	<b>0,041</b>	<b>0,010</b>

\* Teste Mann-Whitney

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com a Tabela 30, o domínio físico e percepção global da qualidade de vida e da saúde da escala WHOQOL-*bref* mostraram diferenças estatisticamente significativas por expectativa futura de melhorar as deformidades físicas (valor- $p \leq 0,05$ ) e de forma limítrofe (valor- $p = 0,075$ ) para o domínio relações sociais. Em todos os casos, a pior qualidade de vida ocorreu para os pacientes que esperam melhorar as deformidades.

Tabela 30

Estatísticas descritivas com apresentação da média, mediana e desvio-padrão e comparação dos escores de cada domínio e da percepção global da qualidade de vida e da saúde da escala WHOQOL-*bref* por expectativa futura de melhorar as deformidades físicas dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

<b>Expectativa de melhorar as deformidades físicas</b>	<b>Estatísticas</b>	<b>Percepção global QV e saúde</b>	<b>Domínio Físico</b>	<b>Domínio Psicológico</b>	<b>Domínio Relações Sociais</b>	<b>Domínio Meio Ambiente</b>
<b>Não</b>	Média	51,8	49,5	59,2	62,4	53,4
	Mediana	50,0	46,4	58,3	66,7	50,0
	Desvio-padrão	15,0	15,3	13,9	16,5	10,8
	Mínimo	12,5	10,7	12,5	16,7	15,6
	Maximo	75,0	92,9	87,5	100,0	78,1
<b>Sim</b>	Média	33,8	33,9	51,7	54,2	48,8
	Mediana	37,5	32,1	54,2	58,3	48,4
	Desvio-padrão	13,2	9,6	17,1	14,3	9,8
	Mínimo	12,5	21,4	8,3	33,3	34,4
	Maximo	50,0	50,0	66,7	83,3	71,9
<b>Valor-p*</b>		<b>0,001</b>	<b>0,001</b>	0,189	<b>0,075</b>	0,103

\* Teste Mann-Whitney

Fonte: Dados da pesquisa



## 5.4 ANÁLISE MULTIVARIADA DA ESCALA WHOQOL-BREF

### 5.4.1 Percepção global da qualidade de vida e da saúde

De acordo com a tabela 31, segundo a percepção global da qualidade de vida e da saúde da escala WHOQOL-*bref*, 38,3% dos pacientes estudados apresentaram uma pior qualidade de vida (escore  $\leq 37,5$ ), enquanto 15,8% apresentaram uma melhor qualidade de vida (escore  $> 62,5$ ).

Tabela 31

Frequências da percepção global da qualidade de vida e da saúde da escala WHOQOL-*bref* categorizado em quartis dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

Quartis	Frequência	Percentual
1º quartil – escore $\leq 37,5$	46	38,3
2º quartil – escores entre 37,51 e 50	32	26,7
3º quartil – escores entre 50,01 e 62,5	23	19,2
4º quartil – escores $> 62,5$	19	15,8

Fonte: Dados da pesquisa

As variáveis explicativas que foram incluídas no modelo logístico para a percepção global da qualidade de vida e da saúde da escala WHOQOL-*bref* (valor- $p \leq 0,20$ ) foram: ocupação, renda familiar mensal, grau de incapacidade física, tempo de descoberta da hanseníase, tempo de tratamento da hanseníase, alterações sensitivas, alterações físicas, alterações visuais, presença de dor, dependência de ajuda para os cuidados com a higiene, interferência da hanseníase nas atividades profissionais, interferência da hanseníase nas atividades de lazer, expectativa futura de melhorar a saúde, dor e deformidades físicas.

As variáveis que permaneceram no modelo final foram: presença de dor, expectativa futura de melhorar a dor e interferência da hanseníase nas atividades de lazer (Tabela 32).

De acordo com a Tabela 32, pacientes que não sentem dor têm quase três vezes mais chance de ter uma melhor QV, quando comparados aos que sentem dor. Pacientes que não têm expectativa futura de melhorar a dor apresentam quatro vezes

mais chance de estar num melhor quartil de percepção da qualidade de vida e da saúde, quando comparados àqueles que têm essa expectativa.

Além disso, quanto menos o indivíduo acha que a doença interfere em suas atividades de lazer, maior a sua chance de ter uma melhor qualidade de vida. Assim, aqueles que acham que a doença interfere em nada nas suas atividades de lazer têm chance quase 13,4 vezes maior de estar num melhor quartil de percepção global da qualidade de vida e da saúde, quando comparados àqueles que acham que a doença interfere muito em suas atividades. Para os que acham que a doença interfere muito pouco, essa chance é de 8,8 e de 3,7 para os que acham que interfere pouco.

Cabe ressaltar que o modelo demonstrou bom ajuste de acordo com o teste de Deviance (valor-p=0,154) e que a suposição de chances proporcionais foi válida para o modelo (valor-p=0,150).

Tabela 32

Resultados do modelo final de regressão logística ordinal (chances proporcionais) utilizando como variável resposta os quatro quartis da percepção global da qualidade de vida e da saúde da escala WHOQOL-bref dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

Variáveis	OR	IC 95% para OR		Valor-p
		Lim. Inf.	Lim. Sup.	
<b>Presença de dor</b>				
Não	2,8	1,1	7,1	0,029
Sim	1,0			
<b>Expectativa futura de melhorar a dor</b>				
Não	4,0	1,7	9,4	0,001
Sim	1,0			
<b>Interferência da hanseníase nas atividades de lazer</b>				
Nada	13,4	4,6	39,1	<0,001
Muito pouco	8,8	2,7	28,9	
Pouco	3,7	1,5	9,2	
Muito	1,0			
Teste da suposição de chances proporcionais	0,150			
Teste de Deviance (ajuste do modelo)	0,154			

OR=Odds ratio (razão de chances)

Fonte: Dados da pesquisa

### 5.4.2 Domínio Físico

De acordo com a tabela 33, segundo o domínio físico, 26,7% dos pacientes estudados apresentaram uma pior qualidade de vida (escore  $\leq 35,71$ ), enquanto 20,8% apresentaram uma melhor qualidade de vida (escore  $> 60,71$ ).

Tabela 33

Frequências do domínio físico da escala WHOQOL-*bref* categorizado em quartis dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

Quartis	Freqüência	Percentual
1º quartil – escore $\leq 35,71$	32	26,7
2º quartil – escores entre 35,72 e 46,42	34	28,3
3º quartil – escores entre 46,43 e 60,71	29	24,2
4º quartil – escores $> 60,71$	25	20,8

Fonte: Dados da pesquisa

As variáveis explicativas que foram incluídas no modelo logístico para o domínio físico da escala WHOQOL-*bref* (valor- $p \leq 0,20$ ) foram: gênero, ocupação, renda familiar mensal, grau de incapacidade física, tempo de descoberta da hanseníase, tempo de tratamento da hanseníase, alterações sensitivas, alterações físicas, presença de dor, dependência de ajuda para os cuidados com a higiene, interferência da hanseníase nas atividades profissionais, interferência da hanseníase nas atividades de lazer, expectativa futura de melhorar a saúde, dor e deformidades físicas.

As variáveis que permaneceram no modelo final foram: tempo de tratamento da hanseníase, alterações sensitivas, alterações físicas, interferência da hanseníase nas atividades profissionais e expectativa futura de melhorar deformidades físicas (Tabela 34).

De acordo com a Tabela 34, um menor tempo de tratamento está associado a uma chance quase quatro vezes maior de ter uma melhor qualidade de vida no domínio físico, quando comparado a um maior tempo de tratamento.

Pacientes sem alterações sensitivas têm oito vezes mais chance de ter uma melhor qualidade de vida no domínio físico, quando comparados àqueles com alterações sensitivas.

Além disso, pacientes sem alterações físicas têm quase três vezes mais chance de ter uma melhor qualidade de vida no domínio físico, quando comparados àqueles com esse tipo de alteração.

Pacientes que não têm expectativa futura de melhorar as deformidades físicas apresentam quase 10 vezes mais chance de estar num quartil de melhor qualidade de vida no domínio físico, se comparados aos que têm essa expectativa.

Por fim, quanto menos o indivíduo acha que a doença interfere em suas atividades profissionais, maior a sua chance de ter uma melhor qualidade de vida no domínio físico. Deve-se ressaltar que, nesse caso, as estimativas da razão de chances foram muito elevadas devido ao reduzido tamanho da amostra em algumas categorias dessa variável.

Ainda é importante afirmar que o modelo demonstrou bom ajuste de acordo com o teste de Deviance (valor-p=0,977) e que a suposição de chances proporcionais foi válida para o modelo (valor-p=0,971).

Tabela 34

Resultados do modelo final de regressão logística ordinal (chances proporcionais) utilizando como variável resposta os quatro quartis do Domínio Físico da escala WHOQOL-*bref* dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

Variáveis	OR	IC 95% para OR		Valor-p
		Lim. Inf.	Lim. Sup.	
<b>Tempo de tratamento da hanseníase</b>				
< 3 anos	2,8	1,3	6,3	0,01
≥ 3 anos	1,0			
<b>Alterações sensitivas</b>				
Não	8,2	2,1	31,9	0,003
Sim	1,0			
<b>Alterações físicas</b>				
Não	2,6	1,0	6,8	0,054
Sim	1,0			
<b>Expectativa futura de melhorar deformidades físicas</b>				
Não	9,5	1,7	53,3	0,011
Sim	1,0			
<b>Interferência da hanseníase nas atividades profissionais</b>				
Nada	221,6	18,2	2695,6	<0,001
muito pouco	162,2	11,8	2224,6	
Pouco	82,5	7,7	884,0	
Muito	2,6	0,3	21,0	
Completamente	1,0			
Teste da suposição de chances proporcionais	0,971			
Teste de Deviance (ajuste do modelo)	0,977			

OR=Odds ratio (razão de chances)

Fonte: Dados da pesquisa

### 5.4.3 Domínio Psicológico

De acordo com a tabela 35, segundo o domínio psicológico, 40,8% dos pacientes estudados apresentaram uma pior qualidade de vida (escore  $\leq 54,17$ ), enquanto 22,5% apresentaram uma melhor qualidade de vida (escore  $> 75$ ).

Tabela 35

Frequências do domínio psicológico da escala WHOQOL-*bref* categorizado em quartis dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

Quartis	Frequência	Percentual
1º quartil – escore $\leq 54,17$	49	40,8
2º quartil – escores entre 54,17 e 58,33	20	16,7
3º quartil – escores entre 58,34 e 75	24	20,0
4º quartil – escores $> 75$	27	22,5

Fonte: Dados da pesquisa

As variáveis explicativas que foram incluídas no modelo logístico para o domínio psicológico da escala WHOQOL-*bref* (valor- $p \leq 0,20$ ) foram: ocupação, renda familiar mensal, grau de incapacidade física, alterações sensitivas, alterações físicas, presença de dor, tempo de descoerta da hanseníase, tempo de tratamento da hanseníase, dependência de ajuda para os cuidados com a higiene, interferência da hanseníase nas atividades profissionais, interferência da hanseníase nas atividades de lazer, expectativa futura de melhorar a dor e deformidades físicas.

As variáveis que permaneceram no modelo final foram: alterações sensitivas e interferência da hanseníase nas atividades de lazer (Tabela 36).

De acordo com a Tabela 36, pacientes sem alterações sensitivas têm 3,2 vezes mais chance de ter uma melhor qualidade de vida no domínio psicológico, quando comparados àqueles com alterações sensitivas.

Além disso, quanto menos o indivíduo acha que a hanseníase interfere em suas atividades de lazer, maior a sua chance de ter uma melhor qualidade de vida. Assim, aqueles que acham que a doença interfere em nada nas suas atividades de lazer têm chance sete vezes maior de estar num melhor quartil de QV no domínio psicológico, quando comparados àqueles que acham que a doença interfere muito em

suas atividades. Para os que acham que a doença interfere muito pouco, essa chance é de 5,6 e de 1,5 para os que acham que interfere pouco.

Vale mencionar que o modelo demonstrou bom ajuste de acordo com o teste de Deviance (valor-p=0,456) e que a suposição de chances proporcionais foi válida para o modelo (valor-p=0,283).

Tabela 36

Resultados do modelo final de regressão logística ordinal (chances proporcionais) utilizando como variável resposta os quatro quartis do Domínio Psicológico da escala WHOQOL-*bref* dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

Variáveis	OR	IC 95% para OR		Valor-p
		Lim. Inf.	Lim. Sup.	
<b>Alterações sensitivas</b>				
Não	3,2	1,2	8,9	0,024
Sim	1,0			
<b>Interferência da hanseníase nas atividades de lazer</b>				
Nada	7,0	2,6	19,1	<0,001
Muito pouco	5,6	1,8	17,7	
Pouco	1,5	0,6	3,7	
Muito	1,0			
Teste da suposição de chances proporcionais	0,283			
Teste de Deviance (ajuste do modelo)	0,456			

OR=Odds ratio (razão de chances)

Fonte: Dados da pesquisa

#### 5.4.4 Domínio Relações Sociais

De acordo com a tabela 37, segundo o domínio relações sociais, 29,2% dos pacientes estudados apresentaram uma pior qualidade de vida (escore  $\leq 50$ ), enquanto 10,8% apresentaram uma melhor qualidade de vida (escore  $> 75$ ).

Tabela 37

Frequências do domínio relações sociais da escala WHOQOL-*bref* categorizado em quartis dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

Quartis	Frequência	Percentual
1º quartil – escore $\leq 50$	35	29,2
2º quartil – escores entre 50,01 e 58,33	26	21,7
3º quartil – escores entre 58,34 e 75	46	38,3
4º quartil – escores $> 75$	13	10,8

Fonte: Dados da pesquisa

As variáveis explicativas que foram incluídas no modelo logístico para o domínio relações sociais da escala WHOQOL-*bref* (valor- $p \leq 0,20$ ) foram: sexo, estado civil, ocupação, forma clínica, grau de incapacidade física, alterações sensitivas, presença de dor, dependência de ajuda para os cuidados com a higiene, interferência da hanseníase nas atividades profissionais, interferência da hanseníase nas atividades de lazer, expectativa futura de melhorar a saúde, dor e deformidades físicas.

As variáveis que permaneceram no modelo final foram: estado civil, alterações sensitivas, dependência de ajuda para os cuidados com a higiene e expectativa futura de melhorar deformidades físicas (Tabela 38).

De acordo com a Tabela 38, pacientes sem alterações sensitivas tem 7,4 vezes mais chance de ter uma melhor qualidade de vida no domínio relações sociais, quando comparados àqueles com alterações sensitivas.

Além disso, pacientes que não têm expectativa futura de melhorar as deformidades físicas têm quase 6,4 vezes mais chance de estar num quartil de melhor qualidade de vida no domínio relações sociais, quando comparados aos que têm essa expectativa.



Os pacientes casados têm quase sete vezes mais chance de ter uma melhor QV no domínio relações sociais que os solteiros e, para os viúvos, essa chance é de quase quatro vezes.

Por fim, pacientes que não dependem de ajuda para os cuidados com a higiene têm 12 vezes mais chance de ter melhor QV que aqueles que dependem muito de ajuda.

Ainda é importante afirmar que o modelo demonstrou bom ajuste de acordo com o teste de Deviance (valor-p=0,160) e que a suposição de chances proporcionais foi válida para o modelo (valor-p=0,150).

Tabela 38

Resultados do modelo final de regressão logística ordinal (chances proporcionais) utilizando como variável resposta os quatro quartis do Domínio Relações Sociais da escala WHOQOL-*bref* dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

Variáveis	OR	IC 95% para OR		Valor-p
		Lim. Inf.	Lim. Sup.	
<b>Alterações sensitivas</b>				
Não	7,4	2,7	20,9	<0,001
Sim	1,0			
<b>Expectativa futura de melhorar deformidades físicas</b>				
Não	6,4	1,3	32,7	0,025
Sim	1,0			
<b>Estado civil</b>				
Casado	6,7	2,8	16,0	<0,001
Viúvo	3,9	1,0	14,8	
Solteiro	1,0			
<b>Dependência de ajuda para os cuidados com a higiene</b>				
Nada	12,2	1,2	123,5	0,003
Muito pouco	0,8	0,3	1,8	
Pouco	0,4	0,1	1,4	
Muito	1,0			
Teste da suposição de chances proporcionais	0,150			
Teste de Deviance (ajuste do modelo)	0,160			

OR=Odds ratio (razão de chances)

Fonte: Dados da pesquisa

#### 5.4.5 Domínio Meio Ambiente

De acordo com a tabela 39, segundo o domínio meio ambiente, 34,2% dos pacientes estudados apresentaram uma pior qualidade de vida (escore  $\leq 46,87$ ), enquanto 20,8% apresentaram uma melhor qualidade de vida (escore  $> 59,37$ ).

Tabela 39

Frequências do domínio meio ambiente da escala WHOQOL-*brief* categorizado em quartis dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

Quartis	Frequência	Percentual
1º quartil – escore $\leq 46,87$	41	34,2
2º quartil – escores entre 46,88 e 50	23	19,2
3º quartil – escores entre 50,01 e 59,37	31	25,8
4º quartil – escores $> 59,37$	25	20,8

Fonte: Dados da pesquisa

As variáveis explicativas que foram incluídas no modelo logístico para o domínio meio ambiente da escala WHOQOL-*brief* (valor- $p \leq 0,20$ ) foram: município de residência, ocupação, renda familiar mensal, forma clínica, grau de incapacidade física, tempo de descoberta da hanseníase, tempo de tratamento da hanseníase, alterações sensitivas, presença de dor, dependência de ajuda para os cuidados com a higiene, interferência da hanseníase nas atividades profissionais, interferência da hanseníase nas atividades de lazer, expectativa futura de melhorar a saúde, dor e deformidades físicas.

As variáveis que permaneceram no modelo final foram: município de residência e interferência da hanseníase nas atividades de lazer (Tabela 40).

De acordo com a Tabela 40, pacientes que moram em Belo Horizonte tem 2,2 vezes mais chance de ter uma melhor QV no domínio meio ambiente, quando comparados aos que moram em outras cidades.

Além disso, quanto menos o indivíduo acha que a doença interfere em suas atividades de lazer, maior a sua chance de ter uma melhor qualidade de vida. Assim, aqueles que acham que a doença interfere em nada nas suas atividades de lazer têm chance quase seis vezes maior de estar num melhor quartil de QV no domínio meio ambiente, quando comparados àqueles que acham que a doença interfere muito em

suas atividades. Para os que acham que a doença interfere muito pouco, essa chance é de 3,7 e de 1,5 para os que acham que interfere pouco.

É importante ressaltar que o modelo demonstrou bom ajuste de acordo com o teste de Deviance (valor-p=0,139) e que a suposição de chances proporcionais foi válida para o modelo (valor-p=0,320).

Tabela 40

Resultados do modelo final de regressão logística ordinal (chances proporcionais) utilizando como variável resposta os quatro quartis do Domínio Meio Ambiente da escala WHOQOL-bref dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

Variáveis	OR	IC 95% para OR		Valor-p
		Lim. Inf.	Lim. Sup.	
<b>Município de residência</b>				
Belo Horizonte	2,2	1,1	4,4	0,023
Outras cidades	1,0			
<b>Interferência da hanseníase nas atividades de lazer</b>				
Nada	5,8	2,4	14,2	<0,001
Muito pouco	3,7	1,2	11,1	
Pouco	1,5	0,6	3,5	
Muito	1,0			
Teste da suposição de chances proporcionais	0,320			
Teste de Deviance (ajuste do modelo)	0,139			

OR=Odds ratio (razão de chances)

Fonte: Dados da pesquisa

## 5.5 ANÁLISE DA CONSISTÊNCIA INTERNA DA ESCALA WHOQOL-BREF

Tabela 41

Avaliação da consistência interna por meio da aplicação do Coeficiente Alfa de Cronbach em cada um dos domínios da escala WHOQOL-bref

	<b>Alfa de Cronbach</b>
<b>Total (26 itens)</b>	0,91
<b>Domínio Físico (7 itens)</b>	0,83
<b>Domínio Psicológico (6 itens)</b>	0,81
<b>Domínio Relações Sociais (3 itens)</b>	0,60
<b>Domínio Meio Ambiente (8 itens)</b>	0,68

Fonte: Dados da pesquisa

Ao avaliar a consistência interna da escala WHOQOL-bref, pode-se observar que o coeficiente Alfa de Cronbach para a referida escala variou entre 0,60 (Domínio Relações sociais) a 0,91 para o total dos 26 itens da escala (Tabela 41).

## 5.6 OUTROS CRUZAMENTOS

De acordo com a Tabela 42, não há associação estatisticamente significativa entre as variáveis estado civil e dependência de ajuda para os cuidados com a higiene.

Tabela 42

Associação entre as variáveis estado civil e dependência de ajuda para os cuidados com a higiene dos 119 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

Variáveis	Estado civil			Total	
	Casado	Solteiro	Viúvo		
<b>Dependência de ajuda para os cuidados com a higiene**</b>	<b>Nada</b>	48 (61,5%)	24 (77,4%)	5 (55,6%)	77 (65,3%)
	<b>Muito pouco</b>	20 (25,6%)	6 (16,1%)	3 (33,3%)	29 (23,7%)
	<b>Pouco</b>	8 (10,3%)	1 (3,2%)	0 (0%)	9 (7,6%)
	<b>Muito</b>	2 (2,6%)	1 (3,2%)	1 (11,1%)	4 (3,4%)
<b>Total</b>	78 (100,0%)	32 (100,0%)	9 (100,0%)	119 (100,0%)	

\* Valor-p Teste exato de Fisher = 0,380

\*\*01 paciente sem essa informação.

Fonte: Dados da pesquisa

Segundo os dados da Tabela 43, há associação estatisticamente significativa entre as variáveis ocupação e interferência da hanseníase nas atividades profissionais (valor- $p \leq 0,05$ ). Percebe-se que o percentual de pacientes que acham que a doença interfere muito ou completamente nas atividades profissionais é maior entre os aposentados ou com licença saúde, quando comparados aos demais grupos de ocupação.

Tabela 43

Associação entre as variáveis ocupação e interferência da hanseníase nas atividades profissionais dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

Variáveis	Ocupação			Total	
	Aposentado/ licença saúde	Do lar	Outras		
<b>Interferência da hanseníase nas atividades profissionais</b>	<b>Nada</b>	8 (12,5%)	2 (25,0%)	11 (22,9%)	21 (17,5%)
	<b>Muito pouco</b>	1 (1,6%)	1 (12,5%)	8 (16,7%)	10 (8,3%)
	<b>Pouco</b>	1 (1,6%)	4 (50,0%)	12 (25,0%)	17 (14,2%)
	<b>Muito</b>	50 (78,1%)	1 (12,5%)	16 (33,3%)	67 (55,8%)
	<b>Completamente</b>	4 (6,3%)	0 (0%)	1 (2,1%)	5 (4,2%)
<b>Total</b>	64 (100,0%)	8 (100,0%)	48 (100,0%)	120 (100,0%)	

\* Valor-p Teste exato de Fisher <0,001

Fonte: Dados da pesquisa

Conforme a Tabela 44, há associação estatisticamente significativa entre as variáveis renda familiar mensal e interferência da hanseníase nas atividades profissionais (valor- $p \leq 0,05$ ). Percebe-se que o percentual de pacientes que acham que a doença interfere muito ou completamente nas atividades profissionais é maior entre aqueles que tem uma renda familiar de dois salários ou menos.

Tabela 44

Associação entre as variáveis renda familiar mensal e interferência da hanseníase nas atividades profissionais dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

Variáveis	Renda Familiar Mensal		Total	
	Menos de 2 salários	3 ou mais salários		
<b>Nada</b>	9 (10,1%)	12 (38,7%)	21 (17,5%)	
<b>Interferência da hanseníase nas atividades profissionais</b>	<b>Muito pouco</b>	7 (7,9%)	3 (9,7%)	10 (8,3%)
	<b>Pouco</b>	8 (9,0%)	9 (29,0%)	17 (14,2%)
	<b>Muito</b>	60 (67,4%)	7 (22,6%)	67 (55,8%)
	<b>Completamente</b>	5 (5,6%)	0 (0%)	5 (4,2%)
<b>Total</b>	89 (100,0%)	31 (100,0%)	120 (100,0%)	

\* Valor-p Teste Exato de Fisher <0,001

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com a Tabela 45, há associação estatisticamente significativa entre as variáveis tempo de descoberta da hanseníase e interferência da hanseníase nas atividades profissionais e de lazer (valor- $p \leq 0,05$ ). Percebe-se que o percentual de pacientes que acham que a doença interfere muito ou completamente nas atividades profissionais ou de lazer é maior entre aqueles que têm três anos ou mais de doença.

Tabela 45

Associação entre as variáveis tempo de descoberta da hanseníase e interferência da hanseníase nas atividades profissionais e de lazer dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

Variáveis		Tempo de descoberta da hanseníase		Valor-p*
		Menos de 3 anos	3 anos ou mais	
Interferência da hanseníase nas atividades profissionais	Nada	9 (20,5%)	9 (12,5%)	<b>0,037</b>
	Muito pouco	7 (15,9%)	2 (2,8%)	
	Pouco	7 (15,9%)	10 (13,9%)	
	Muito	19 (43,2%)	48 (66,7%)	
	Completamente	2 (4,5%)	3 (4,2%)	
Interferência da hanseníase nas atividades de lazer	Nada	14 (31,8%)	12 (16,7%)	<b>0,030</b>
	Muito pouco	7 (15,9%)	6 (8,3%)	
	Pouco	11 (25,0%)	14 (19,4%)	
	Muito	12 (27,3%)	39 (54,2%)	
	Completamente	0 (0%)	1 (1,4%)	

\* Teste exato de Fisher

Fonte: Dados da pesquisa



Segundo os dados da Tabela 46, não há associação estatisticamente significativa entre as variáveis tempo de tratamento da hanseníase e interferência da hanseníase nas atividades profissionais e de lazer (valor- $p > 0,05$ ).

Tabela 46

Associação entre as variáveis tempo de tratamento da hanseníase e interferência da hanseníase nas atividades profissionais e de lazer dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

Variáveis		Tempo de tratamento da hanseníase		Valor-p*
		Menos de 3 anos	3 anos ou mais	
Interferência da hanseníase nas atividades profissionais	Nada	9 (18,4%)	9 (13,2%)	0,136
	Muito pouco	7 (14,3%)	3 (4,4%)	
	Pouco	9 (18,4%)	8 (11,8%)	
	Muito	22 (44,9%)	45 (66,2%)	
	Completamente	2 (4,1%)	3 (4,4%)	
Interferência da hanseníase nas atividades de lazer	Nada	14 (28,6%)	13 (19,1%)	0,358
	Muito pouco	7 (14,3%)	6 (8,8%)	
	Pouco	11 (22,4%)	14 (20,6%)	
	Muito	17 (34,7%)	34 (50,0%)	
	Completamente	0 (0%)	1 (1,5%)	

\* Teste exato de Fisher

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com os dados da Tabela 47, há 60,3% de homens entre os pacientes dimorfos e 71,2% entre os virchowianos. A mediana de idade entre os dimorfos foi de 47 anos e de 48 entre os virchowianos. A proporção de solteiros foi de 26,9% em ambos os grupos. 41,2% dos dimorfos moram em BH, enquanto que, entre os virchowianos, esse percentual é de 42,3%. A prevalência de analfabetismo entre os dimorfos foi de quase 12% e entre os virchowianos de quase 14%. 51,5% dos dimorfos são aposentados e 55,8% dos virchowianos são aposentados. A renda familiar de três ou mais salários mínimos ocorreu em 25% dos dimorfos e 27% dos virchowianos. Entretanto, nenhuma das características avaliadas apresentou diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos de forma clínica.

Tabela 47

Associação entre as características sociodemográficas e econômicas e as formas clínicas dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

Variáveis	Forma Clínica		Valor-p
	Dimorfa	Virchowiana	
<b>Idade</b>			
Média	46,1	48,1	0,412**
Mediana	47,0	48,0	
Desvio-padrão	14,8	13,5	
Mínimo	21,0	15,0	
Máximo	77,0	78,0	
<b>Sexo</b>			
Feminino	27 (39,7%)	15 (28,8%)	0,216**
Masculino	41 (60,3%)	37 (71,2%)	
<b>Estado civil</b>			
Casado	43 (64,2%)	35 (67,3%)	0,804*
Solteiro	18 (26,9%)	14 (26,9%)	
Viúvo	6 (9,0%)	3 (5,8%)	
<b>Município de Residência</b>			
BH	28 (41,2%)	22 (42,3%)	0,901*
Outras cidades	40 (58,8%)	30 (57,7%)	
<b>Escolaridade</b>			
Analfabeto	8 (11,9%)	7 (13,7%)	0,804*
1o grau	52 (77,6%)	37 (72,5%)	
2o grau	7 (10,4%)	7 (13,7%)	
<b>Ocupação</b>			
Aposentado/licença saúde	35 (51,5%)	29 (55,8%)	0,645***
Do lar	6 (8,8%)	2 (3,8%)	
Outras	27 (39,7%)	21 (40,4%)	
<b>Renda Familiar Mensal</b>			
2 salários ou menos	51 (75,0%)	38 (73,1%)	0,812*
3 salários ou mais	17 (25,0%)	14 (26,9%)	

\*Teste Qui-quadrado

\*\*Teste Mann-Whitney

\*\*\*Teste exato Fisher

Fonte: Dados da pesquisa

Com relação à associação entre as características clínicas e as formas clínicas dos 120 portadores de hanseníase, pode-se observar, pelos dados da Tabela 48, que nenhuma dessas variáveis mostraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos dimorfo e virchowiano.

Tabela 48

Associação entre as características clínicas e as formas clínicas dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

Variáveis	Forma Clínica		Valor-p
	Dimorfa	Virchowiana	
<b>Grau de Incapacidade física</b>			
<b>0</b>	12 (17,6%)	7 (13,5%)	0,244*
<b>1</b>	37 (54,4%)	36 (69,2%)	
<b>2</b>	19 (27,9%)	9 (17,3%)	
<b>Tempo de descoberta da hanseníase*</b>			
Menos de 3 anos	25 (37,9%)	19 (38,0%)	0,989*
3 anos ou mais	41 (62,1%)	31 (62,0%)	
<b>Tempo de Tratamento da hanseníase**</b>			
Menos de 3 anos	28 (42,4%)	21 (41,2%)	0,892*
3 anos ou mais	38 (57,6%)	30 (58,8%)	
<b>Comorbidades</b>			
Não	42 (61,8%)	33 (63,5%)	0,849*
Sim	26 (38,2%)	19 (36,5%)	
<b>Alterações conseqüentes à hanseníase</b>			
Alterações sensitivas	54 (79,4%)	45 (86,5%)	0,309*
Alterações físicas	18 (26,5%)	9 (17,3%)	0,234*
Alterações visuais	2 (2,9%)	2 (3,8%)	0,999**
Presença de dor	51 (75,0%)	38 (73,1%)	0,812*

\*Teste Qui-quadrado

\*\*Teste Exato Fisher

Fonte: Dados da pesquisa

Com relação à associação entre as variáveis dependência de ajuda para os cuidados com a higiene, interferência da hanseníase nas atividades profissionais e de lazer e expectativa futura e as formas clínicas dos 120 portadores de hanseníase, pode-se observar, pelos dados da Tabela 49, que nenhuma dessas variáveis mostraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos dimorfo e virchowiano.

Tabela 49

Associação entre as variáveis dependência de ajuda para os cuidados com a higiene, interferência da hanseníase nas atividades profissionais e de lazer e expectativa futura e as formas clínicas dos 120 portadores de hanseníase em Surto Reacional atendidos no Serviço de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, dezembro de 2007 a março de 2008

Variáveis	Forma Clínica		Valor-p
	Dimorfa	Virchowiana	
<b>Dependência de ajuda para os cuidados com a higiene</b>			
Nada	46 (67,6%)	32 (62,7%)	0,150**
Muito pouco	18 (26,5%)	10 (19,6%)	
Pouco	2 (2,9%)	7 (13,7%)	
Muito	2 (2,9%)	2 (3,9%)	
<b>Interferência da hanseníase nas atividades profissionais</b>			
Nada	15 (22,1%)	6 (11,5%)	0,530**
Muito pouco	6 (8,8%)	4 (7,7%)	
Pouco	8 (11,8%)	9 (17,3%)	
Muito	37 (54,4%)	30 (57,7%)	
Completamente	2 (2,9%)	3 (5,8%)	
<b>Interferência da hanseníase nas atividades de lazer</b>			
Nada	20 (29,9%)	8 (15,4%)	0,070*
Muito pouco	4 (6,0%)	10 (19,2%)	
Pouco	14 (20,9%)	12 (23,1%)	
Muito	29 (43,3%)	22 (42,3%)	
<b>Expectativa futura</b>			
Melhorar a saúde	67 (98,5%)	51 (98,1%)	0,999**
Melhorar a dor	23 (33,8%)	21 (40,4%)	0,460*
Melhorar as deformidades físicas	6 (8,8%)	4 (7,7%)	0,999**

\*Teste Qui-quadrado

\*\*Teste Exato Fisher

Fonte: Dados da pesquisa

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 INTRODUÇÃO

No presente estudo, a qualidade de vida de pacientes com hanseníase em surto reacional foi avaliada utilizando-se um instrumento genérico (WHOQOL-*bref*), que mede a percepção global da qualidade de vida e da saúde (percepção global da qualidade de vida e da saúde são medidas em conjunto, com um único escore) e, mais especificamente, quantifica facetas da qualidade de vida nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O índice mais baixo de qualidade de vida foi observado no domínio físico (Tabela 5), tendo como principal determinante a interferência da doença nas atividades profissionais (Tabela 34). Índices baixos de qualidade de vida foram também observados na percepção global da qualidade de vida e da saúde (Tabela 4) e no domínio meio ambiente (Tabela 8); a interferência da hanseníase nas atividades de lazer (Tabelas 32 e 40) foi o principal fator determinante para ambos. Os índices mais altos de qualidade de vida foram observados nos domínios psicológico (Tabela 6) e relações sociais (Tabela 7); nestes domínios, os principais determinantes foram, respectivamente, a não interferência nas atividades de lazer (Tabela 36) e a não dependência de ajuda para os cuidados com a higiene (Tabela 38).

### 6.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foi observada uma maior proporção de pacientes do sexo masculino (Tabela 1) nas distribuições dos casos de pacientes em surto reacional de hanseníase. Este achado é concordante com os trabalhos de Costa, em 2008 (54,1%), Sarubi, em 2008 (59,1%), Lyon, em 2005 (60%) e Castorina-Silva, em 2003 (52%). Relatos anteriores de outros autores também mencionaram maioria do sexo masculino nos portadores de hanseníase em todas as faixas etárias (SEGHAL, 1970; SEGHAL; SEGHAL, 1988; SEGHAL; CHAUDHRY, 1993). No entanto, estudos mostraram que a preponderância masculina não é universal,

podendo existir distribuição igual em ambos os sexos ou maior incidência feminina (GROSSI, 2005; LANA *et al*, 2000; PRATA; BOHLAND; VINHAS, 2000; NOORDEEN, 1994; IRGENS, 1980). Vale ressaltar que fatores biológicos, econômicos e diferenças no comportamento sócio-cultural entre os sexos relacionados ao estilo de vida e à maior exposição ao agente infeccioso poderiam justificar a maior detecção de casos entre indivíduos do sexo masculino neste estudo (MOREIRA; VARKEVISSER, GENDER, 2002; OPROMOLLA, 2000). Ainda em relação ao predomínio do sexo masculino, verifica-se que grande parte das doenças transmissíveis prevalece nesse sexo (CORRÊA; IVO; HONER, 2006).

Como em todas as doenças com longo período de incubação, há um aumento dos casos com a progressão da idade (BELDA, 1976). A mediana da idade dos pacientes no presente estudo foi de 48 anos, (Tabela 1), observação condizente com os achados de Jopling e Mc Dougall (1991), que descreveram a hanseníase como uma “doença do adulto”. Este dado foi também confirmado por Lana *et al.* (2000), que relataram maior número de casos na faixa etária de 20 a 50 anos. Outros autores também evidenciaram que a hanseníase atinge predominantemente indivíduos adultos, com média de idade variando de 42 a 44 anos (COSTA, 2008; SARUBI, 2008; GROSSI, 2005; LYON, 2005; CASTORINA-SILVA, 2003; ANANIAS, 1998).

Com relação ao estado civil, a maioria dos indivíduos era casado (Tabela 1), dado semelhante ao encontrado por Mendes (2004), Oliveira, Gomes e Oliveira (1999), Aquino *et. al.* (2003), Duarte, Ayres e Simonetti (2007), Oliveira e Romanelli (1998) e Simpson e Fonseca (2002). Foi constatado que pacientes casados têm maior chance de ter uma melhor qualidade de vida que os solteiros no domínio relações sociais (Tabela 38). Segundo Corrêa, Ivo e Honer (2006), a situação conjugal é fator preponderante no apoio ao doente, durante o diagnóstico e tratamento da hanseníase.

Mendes (2004) e Nunes (2004) observaram, ainda, que a aliança e a participação da família é indispensável na evolução da doença, pois o portador da hanseníase busca sempre alguém de confiança que lhe dê apoio. No tocante à satisfação com a vida sexual (faceta 21), observou-se, nesse estudo, que houve maior frequência de pacientes que relataram estarem

“nem satisfeitos, nem insatisfeitos” (37,5%) (Tabela 6). Corrêa, Ivo e Honer (2006) relataram que a hanseníase traz transtornos não só para a vida pública, mas também para a vida afetiva e sexual.

Quanto ao município de residência, a maioria dos entrevistados era proveniente de cidades circunvizinhas a Belo Horizonte (Tabela 1), dado condizente com a observação feita por Corrêa, Ivo e Honer (2006), que acreditam que os sujeitos em surto reacional com dificuldade de manejo em unidades de tratamento no interior do estado se deslocam para centros de referência nessa área. Ainda em relação ao município de residência, foi observado que o grupo de moradores de Belo Horizonte apresenta maior chance de ter uma melhor qualidade de vida no domínio meio ambiente, se comparados aos que moram em outras cidades (Tabela 40). Isto pode ser justificado pela maior facilidade de acesso e melhor assistência oferecida pelos serviços de referência em Dermatologia Sanitária da cidade de Belo Horizonte-MG, para onde são encaminhados os casos de maior complexidade. Vale ressaltar que a maioria dos pacientes desse estudo (74,2%) está satisfeita com o seu acesso aos Serviços de Saúde (faceta 24) (Tabela 8).

Com referência à escolaridade dos sujeitos estudados, a maioria apresentava 1º grau, sendo incompleto na maior proporção, dado condizente com o encontrado por Duarte, Ayres e Simonetti (2007). A escolaridade é um dado relevante que pode afetar diretamente o curso da doença, seu diagnóstico precoce e a boa adesão ao tratamento (MENDES, 2004). A baixa escolaridade, segundo Duarte, Ayres e Simonetti (2007) e Corrêa, Ivo e Honer (2006), constitui fator limitador para ações de orientação de prevenção de incapacidades e colocação profissional do indivíduo, sujeitando-o, na maioria das vezes, às atividades braçais e restringindo atividades laborais que requeiram aptidões de cunho intelectual.

Com relação à ocupação, a maioria dos doentes gozava de licença saúde ou estava aposentado (Tabela 1). Um fator relevante é o alto índice de aposentados por hanseníase, sem nenhuma lesão que lhes diminua a capacidade física, afastando o portador da doença do trabalho por preconceito, deixando de considerar, além do aspecto humano, o aproveitamento da mão-de-obra, motivo suficiente para se prosseguir nas campanhas ou criá-las, acabando definitivamente com o estigma da doença (YAMANOUCHI *et al.*, 1993). Sabesan *et al.* (1987) também enfatizaram, em seu estudo, as dificuldades enfrentadas pelos pacientes em relação à difícil colocação

em empresas, mesmo que já tenham recebido alta. Ainda nesse contexto, Pedrosa *et al.* (1989) relataram que, quando os doentes encontram um serviço estruturado para atendimento às suas incapacidades, ao invés de caminharem para reintegração à atividade produtiva, obtêm aposentadoria em proporção significativa.

Observou-se, também, associação significativa entre ocupação e interferência da doença nas atividades profissionais (Tabela 43); percebe-se que o percentual de pacientes que acham que a doença interfere muito ou completamente nas atividades profissionais é maior entre os aposentados ou com licença saúde, quando comparados aos demais grupos ocupacionais.

Em relação à interferência da doença nas atividades profissionais, quanto menos os entrevistados acham que a doença interfere nessas atividades, maior a chance de ter uma melhor qualidade de vida no domínio físico (Tabela 34). Vale ressaltar, também, que a maioria dos indivíduos relatou que a doença interfere muito nas atividades profissionais (Tabela 3).

É consensual entre alguns autores que a hanseníase ainda é responsável pela saída do mercado de trabalho, afastamento do convívio social e participação comunitária, devido ao seu potencial incapacitante, mantendo vivo o estigma sobre a doença e comprometendo a qualidade de vida (MONTEIRO, 2004; MENDES, 2004; PIMENTEL, 2003; ANDRADE; PELLEGRINI, 2001).

A maioria dos pacientes estudados tem renda familiar de um a dois salários mínimos (Tabela 1), com base no salário mínimo vigente. Resultados semelhantes foram encontrados por Simões e Delello (2005), Corrêa, Ivo e Honer (2002) e Pedrosa *et al.* (1989). Nesse estudo houve também associação significativa entre a interferência nas atividades profissionais e a renda familiar, sendo que o percentual de pacientes que acham que a doença interfere muito ou completamente nessas atividades é maior entre aqueles que têm uma renda familiar de menos de dois salários (Tabela 44). Diversos estudos datados desde o século 20 têm associado o nível socioeconômico como causa predisponente da hanseníase (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2007). Embora a hanseníase ocorra em todas as classes sociais, é conhecida sua maior incidência nas classes socioeconômicas mais baixas. A promiscuidade favorece a multiexposição e está ligada à pobreza, ao baixo nível educacional, cultural e nutricional. A pobreza leva à privação de capacidades, entendidas como condições



que permitam que o indivíduo tenha uma vida que possa valorizar (GERHARDT, 2006).

Nesse estudo, observou-se grande interferência da hanseníase nas atividades de lazer (Tabela 3). Assim, aqueles que acham que a doença interfere em nada nas suas atividades de lazer têm maior chance de estar num melhor quartil de QV nos domínios psicológico, meio ambiente e percepção global de QV e saúde, quando comparados àqueles que acham que a doença interfere muito em suas atividades (Tabelas 34, 38 e 40). Na faceta 14 do *WHOQOL-bref*, referente à oportunidade de atividades de lazer, encontrou-se um percentual de 43,3% de pacientes que acham que tem “muito pouco” oportunidades (Tabela 8). De acordo com Nunes (2004), portadores de hanseníase em surto reacional manifestaram diminuição das atividades de lazer e sociais, levando ao isolamento social, não apenas em decorrência das dores incômodas, mas também por opção própria, devido a constrangimentos gerados pelas alterações físicas e até mesmo por terem “medo” da reação das pessoas em geral. Neste contexto, ser portador de hanseníase ocasionou sofrimento psíquico, sendo que homens e mulheres tiveram seus papéis sociais ameaçados.

Cabe mencionar que o paciente com hanseníase é um indivíduo socialmente marcado, pois nele recaem séculos de preconceitos e de receios fundamentados na ignorância e na incompreensão. O triste fato é que, muitas vezes, antes de a sociedade rejeitar o indivíduo, este rejeita a si próprio (YAMANOUCHI *et. al.*, 1993).

Quanto à presença de dor, a maioria dos pacientes relatava dor no momento da entrevista (Tabela 2). Estudos têm revelado que o sintoma de dor, com todas suas características e consequências, é um achado prevalente e relevante entre os doentes de hanseníase em tratamento ou já tratados (STUMP *et.al.*, 2006; STUMP *et al.*, 2005). Foi observado que a dor impede “bastante” e “extremamente” a metade dos entrevistados de exercerem suas atividades habituais (faceta 3, Tabela 4). Segundo Nunes (2004), portadores de hanseníase relataram que a doença lhes causava moderadas dores por todo o corpo, pondo em risco a harmonia de sua vida, impedindo-os de trabalhar e realizar tarefas físicas, impondo limitações às atividades cotidianas e acarretando verdadeiras “mudanças” em suas vidas, como a diminuição das atividades de lazer e sociais, levando ao seu isolamento e, conseqüentemente, comprometimento da qualidade de vida. Assim, foi observado, nesse estudo, que

pacientes que não sentem dor têm maior chance de ter uma melhor QV, segundo a percepção global de QV e saúde, quando comparados aos que sentem dor (Tabela 32). Ainda nesse contexto, pacientes que não têm expectativa futura de melhorar a dor apresentam maior chance de estar num melhor quartil de percepção global de qualidade de vida e saúde, se comparados àqueles que têm essa expectativa, os quais podem estar, provavelmente, sentindo dor (Tabela 32). De acordo com Paschoal (1998), não se deve ignorar as consequências da dor por ser uma experiência humana universal e um fenômeno complexo, multifatorial e difícil de ser mensurado, já que sua percepção resulta de fatores sensitivos, cognitivos e afetivos peculiares a cada indivíduo. Desagradável e subjetiva, a dor está respaldada nas vivências culturais e traumáticas de cada um.

Com relação à dependência de tratamento médico (faceta 4), a maioria dos pacientes relatou necessitar “extremamente” e “bastante” deste para levar sua vida diária (Tabela 5). Todo portador de hanseníase deve saber que o tratamento efetivo e precoce é muito importante e que, desde que seguido corretamente, evita a evolução da doença, que fatalmente poderia levar às incapacidades e deformidades físicas (TARLÉ; TARLÉ, 1992).

Segundo a classificação de Madri, 56,7% dos casos de hanseníase foram classificados como dimorfos e 43,3% foram classificados como virchowianos, sendo, portanto, todos multibacilares (Tabela 2), de acordo com a classificação operacional da OMS e do MS (BRASIL, 2002). Os estudos de Costa (2008), Sarubi (2008), Lyon (2005) e Moschioni (2007) também revelaram maior proporção da forma dimorfa. Apesar de ainda ser muito difundida, a classificação de Madri é considerada limitada, uma vez que não leva em consideração a imunidade dentro de um espectro de resistência do hospedeiro, como é o caso da classificação de Ridley & Joppling, que é a mais precisa e mais utilizada em pesquisas (MOSCHIONI, 2007; AMADOR, 2004).

Apesar de haver relatos de que os casos multibacilares são menos freqüentes do que os paucibacilares (BRASIL, 2002), encontrou-se, neste estudo, somente essa forma operacional devido ao fato de todos os pacientes entrevistados estarem em surto reacional e de o local de estudo se tratar de um Centro de Referência em Dermatologia Sanitária. Vale ressaltar que nos pacientes multibacilares, os surtos reacionais são mais freqüentes, já que a quantidade de bacilos e, posteriormente, de resíduos bacilares é maior, tornando esses indivíduos mais susceptíveis a danos

neurais e possíveis seqüelas. Na hanseníase, o estado reacional constitui a principal causa de incapacidades. Tal observação pode ser confirmada por estudo realizado no período de janeiro de 1981 a dezembro de 1983, que mostrou maior acometimento neural em pacientes virchowianos e dimorfos (MB) e menor nos casos tuberculóides (PB) (CORRÊA; IVO; HONER, 2006). A forma clínica dimorfa é considerada a mais importante por ser a mais incidente e a mais instável, ocasionando estados reacionais exacerbados, freqüentes, além do dano neural disseminado e grave (MOSCHIONI, 2007).

Em relação ao grau de incapacidade física avaliado no momento da admissão, 16% dos pacientes estudados apresentavam grau 0, 61% grau 1 e 23% grau 2 (Tabela 2). Martins, Torres e Oliveira (2008) verificaram, em trabalho semelhante, que 36,8% dos pacientes apresentaram grau 0 de incapacidade, 44,7% grau 1 e 18,4% grau 2. Uma provável explicação para uma maior percentagem de pacientes com algum grau de incapacidade (1 ou 2) no presente estudo, deve-se ao fato de que todos os participantes eram multibacilares, o que está de acordo com Monteiro (2004), que relata serem as formas clínicas multibacilares as mais incapacitantes.

A presença de incapacidades físicas compromete significativamente a qualidade de vida do doente (MONTEIRO, 2004; BRASIL, 1999). Segundo a Classificação Internacional de Impedimentos, Deficiências e Incapacidades, incapacidade é uma desvantagem que um indivíduo tem, resultante do impedimento ou deficiência, que limita ou impossibilita o desempenho de um papel, sendo definida como qualquer restrição ou perda da capacidade de realizar uma atividade dentro dos moldes e limites normais para um ser humano (MONTEIRO, 2004).

Oliveira (1990) levantou as reações emocionais dos pacientes de hanseníase em tratamento ambulatorial, portadores de deformidade física. Seu estudo revelou ser esta uma população inconformada com suas deformidades, apresentando vários sintomas emocionais (entendido pela autora como sendo da ordem “eu me sinto...”), tais como: tristeza e, ao mesmo tempo, raiva, revolta, culpa, destruição e vergonha do seu aspecto físico; angústia relacionada aos diversos medos de enfrentar os olhares dos outros, do futuro, da mutilação e da doença, de ser abandonado pela família, da rejeição e da solidão; preocupação com a expectativa quanto ao futuro; insegurança relacionada com a perda da convivência familiar e social, bem como o sentimento de inutilidade, uma vez que as deformidades limitam as atividades laborais. Assim, vale mencionar ainda que, pacientes que não têm expectativa futura de melhorar as

deformidades apresentam maior chance de estar num quartil de melhor qualidade de vida no domínio físico e relações sociais, se comparados aos que têm essa expectativa. Isso se deve, provavelmente, ao fato de que os que têm essa expectativa possivelmente apresentam alguma deformidade (Tabelas 34 e 36).

No tocante às alterações conseqüentes à hanseníase apresentadas pelos pacientes estudados, no momento da entrevista, 22,5% apresentavam alterações físicas e 82,5% alterações sensitivas (Tabela 2). Pacientes sem alterações sensitivas têm maior chance de ter uma melhor qualidade de vida no domínio físico, psicológico e relações sociais, se comparados àqueles com alterações sensitivas (Tabelas 34, 36 e 38). Além disso, pacientes sem alterações físicas têm maior chance de ter uma melhor qualidade de vida no domínio físico, se comparados àqueles com esse tipo de alteração (Tabela 34). Não foram encontrados dados na literatura pesquisada para comparações e elaborações de inferências a respeito dos resultados supracitados isoladamente, mas somente agrupados dentro dos graus de incapacidade.

Foi observado, nesse estudo, que um menor tempo de tratamento da hanseníase está associado a uma chance maior de ter uma melhor qualidade de vida no domínio físico, se comparado a um tempo de tratamento maior (Tabela 34). É importante enfatizar que a maior proporção dos pacientes estudados apresenta cinco anos ou mais de tratamento da doença. Sob esse prisma, Paschoal (1998) destaca que os episódios reacionais são muitas vezes crônicos e recidivantes, e que a gravidade da hanseníase é avaliada especialmente pelas incapacidades que produz, pelos problemas psicossociais que acarreta e pela longa duração do tratamento, o que leva a uma drástica alteração no estilo de vida dos pacientes. Cabe destacar que ocorrem mudanças físicas, como alteração da coloração da pele (cor parda) devido à PQT, além de efeitos colaterais dos corticóides, como edema, usados em pacientes com surtos reacionais, trazendo repercussões significativas na autoestima dos pacientes. Convém aqui mencionar que, com relação à faceta 11 (aceitação da aparência física), metade dos entrevistados relataram estar “mais ou menos” satisfeitos com sua aparência física (Tabela 5). A autoestima de uma pessoa constitui a chave do seu comportamento, influenciando em seus processos mentais, suas emoções, seus desejos, seus valores e suas metas (MENDES, 2004).

Em consonância ao exposto acima, pode-se observar que, dos pacientes estudados, 85,9% relataram apresentar sentimentos negativos como mau-humor, desespero, ansiedade e depressão (faceta 26), nas intensidades sempre (7,5%), muito freqüentemente (5%), freqüentemente (24,2%) e algumas vezes (49,2%) (Tabela 5). Junqueira (2006) mostrou que sintomas de ansiedade e depressão ocorrem em maior intensidade nos pacientes em surto reacional, sobretudo naqueles em tratamento hospitalar.

Um dado notório é que, mesmo a literatura mencionando que os pacientes com hanseníase temem o abandono da família e amigos (GREGÓRIO *et al.*, 2008; OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 1999), os entrevistados relataram estar “satisfeitos” (59,2%) e “muito satisfeitos” (12,5%) com as suas relações pessoais com amigos, parentes e conhecidos (faceta 20) (Tabela 6). Nesse sentido, pode-se dizer que a família exerce um papel fundamental. O esclarecimento da doença para a mesma altera atitudes junto ao núcleo familiar, permitindo modificações nas relações conflitivas para um modelo mais harmonioso e terapêutico, assim contribuindo no processo assistencial aos cuidados básicos do doente (Mendes, 2004).

Segundo o domínio relações sociais, foi observado que pacientes que não dependem de ajuda para os cuidados com a higiene têm maior chance de ter melhor qualidade de vida do que aqueles que dependem muito. Vale ressaltar que, no presente estudo, a maioria dos pacientes relatou não depender em nada da ajuda de outras pessoas para os cuidados gerais com a higiene.

Como limitações gerais do presente estudo, destaca-se o fato de a população estudada ter sido composta apenas de multibacilares, identificados em um Centro de Referência para onde são encaminhados os casos de difícil manejo e maior complexidade, bem como a não discriminação do tipo de surto reacional, por não ter sido esse o enfoque programado no desenho inicial do estudo. Além disso, pode-se somar a subjetividade relacionada à interpretação dos sinais e sintomas e a omissão de queixas devido a princípios religiosos (do tipo “sou temente a Deus e não posso reclamar da minha condição atual”) pelos pacientes entrevistados.

### 6.3 AVALIAÇÃO DA CONSISTÊNCIA INTERNA DO WHOQOL-BREF

Para avaliar a Consistência interna do WHOQOL-*bref* foi utilizado o “Coeficiente Alfa de Cronbach”, sendo que os itens devem ser altamente correlacionados uns aos outros, uma vez que o atributo avaliado teoricamente é o mesmo. Esse coeficiente testa as correlações dos itens do instrumento em cada um de seus domínios, uma vez que, quanto maior o alfa, maior a homogeneidade dos itens avaliados, indicando a acurácia da medida (ZANEI, 2006).

O referido instrumento utilizado no presente estudo mostrou valores de alfa maiores que 0,60, sendo que o total (26 facetas) apresentou o valor de 0,91, e os domínios físicos e psicológicos, 0,83 e 0,81, respectivamente (Tabela 41). Dessa forma, o WHOQOL-*bref* teve uma consistência interna aceitável para as facetas e domínios desse instrumento e altamente correlacionados uns aos outros, indicando uma homogeneidade nos itens avaliados e evidenciando a qualidade e confiabilidade do instrumento para avaliar a qualidade de vida dos pacientes com hanseníase.

Esse desempenho mostrou-se semelhante ao que tem sido descrito na literatura, uma vez que o recente estudo de Tsutsumi *et al.* (2007), realizado em Bangladesh com portadores de hanseníase e utilizando o WHOQOL-*bref*, apresentou o valor de alfa de 0,83.

## 7 CONCLUSÃO

De acordo com os objetivos propostos para esse estudo, os resultados permitiram as seguintes conclusões:

1. Na avaliação da interferência das variáveis sociodemográficas e econômicas na qualidade de vida dos 120 pacientes em surto reacional de hanseníase estudados, verificou-se que somente as variáveis estado civil e município de residência foram fatores determinantes da qualidade de vida nos domínios relações sociais e meio ambiente, respectivamente;
2. Ao se avaliar a interferência das variáveis clínicas na qualidade de vida dos pacientes estudados, foi constatado que as variáveis tempo de tratamento da hanseníase (no domínio físico), alterações sensitivas (nos domínios físico, psicológico e relações sociais), alterações físicas (no domínio físico) e presença de dor (na percepção global da QV e da saúde) foram fatores determinantes da qualidade de vida;
3. Na avaliação da interferência das variáveis dependência de ajuda para os cuidados com a higiene, interferência da hanseníase nas atividades profissionais e de lazer e expectativa futura de melhorar a saúde, a dor e as deformidades físicas na qualidade de vida dos pacientes desse estudo, verificou-se que os principais fatores determinantes nos diferentes domínios e na percepção global da qualidade de vida e da saúde foram: dependência de ajuda para os cuidados com a higiene (domínio relações sociais); interferência da hanseníase nas atividades profissionais (domínio físico); interferência da hanseníase nas atividades de lazer (domínios psicológico e meio ambiente e percepção global da qualidade de vida e da saúde); expectativa futura de melhorar a dor (percepção global da qualidade de vida e da saúde) e expectativa futura de melhorar as deformidades físicas (domínios físico e relações sociais);
4. Nenhuma das variáveis sociodemográficas, econômicas, clínicas, dependência de ajuda para os cuidados com a higiene, interferência da hanseníase nas atividades profissionais e de lazer e expectativa futura de melhorar a saúde, a dor e as deformidades físicas mostrou diferença estatisticamente significativa entre as formas clínicas dimorfa e virchowiana.

## 7.1 CONCLUSÃO FINAL

Na avaliação da qualidade de vida de pacientes em surto reacional de hanseníase tratados em Centro de Referência utilizando-se o instrumento genérico WHOQOL-*bref*, o índice mais baixo de qualidade de vida foi observado no domínio físico. Índices baixos de qualidade de vida foram também observados na percepção global da qualidade de vida e da saúde e no domínio meio ambiente. Os índices mais altos de qualidade de vida foram observados nos domínios psicológico e relações sociais.

O WHOQOL-*bref* teve uma consistência interna aceitável para as facetas e domínios, indicando uma homogeneidade nos itens avaliados e evidenciando a qualidade e confiabilidade desse instrumento para avaliar a qualidade de vida dos pacientes em surto reacional de hanseníase.



## 8 PROPOSIÇÕES

A partir dos resultados desse estudo, propõe-se:

1. Realizar estudos comparando a qualidade de vida de pacientes em surto reacional com pacientes de hanseníase sem surto;
2. Realizar estudos comparando a qualidade de vida de pacientes em surto reacional do tipo 1 e tipo 2;
3. Realizar estudos avaliando a qualidade de vida de pacientes com hanseníase em diferentes Centros de Referência interestaduais;
4. Realizar estudos com portadores de hanseníase utilizando diferentes instrumentos de avaliação de qualidade de vida, buscando o instrumento mais adequado para verificação dessa temática nesses pacientes.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, M. N. S.; SIQUEIRA, A.L.; CARDOSO, C.S.; CAIAFFA, W.T. Ordinal logistic regression models: application in quality of life studies. **Cadernos de Saúde Pública** (FIOCRUZ), v. 24, p. 581-591, 2008.
- ABULAFIA, J.; VIGNALE, R.A. Leprosy: accessory immune system as effector of infectious, metabolic and immunologic reactions. **International Journal of Dermatology**, v.40, p.673-687, 2001.
- AMADOR, M.P.S.C. **Soroprevalência para Hanseníase em Áreas Endêmicas do Estado do Pará**. 2004. 126f. Dissertação (Mestrado do Núcleo de Medicina Tropical) – Universidade Federal do Pará, 2004.
- ANANIAS, M.T.P. **Hanseníase: estudo da reação tipo I do anti-PGL-1 nos pacientes do Ambulatório de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais**. 1998. 135f. Dissertação (Mestrado em Dermatologia). Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1998.
- ANDRADE, V.; PELLEGRINI, B. O que mudou na Hanseníase com a NOAS. **Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro**, 2001.
- AQUINO, D. M.; CALDAS, A.J. M.; SILVA, A.A.M.; COSTA, J.M.L. Perfil dos pacientes com hanseníase em área hiperendêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v.36, n.1, p.57-64, 2003.
- ARAÚJO, M.G. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.36, n.3, p.373-382, 2003.
- BARROS R.P.C, OLIVEIRA M.L.W.R. Detecção de anticorpos específicos para o antígeno glicolípide fenólico-1 do *M. leprae* (anti PGL-1 IGM): aplicações e limitações. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v.75, n.6, p.745-753, 2000.
- BECX-BLEUMINK, M.; BERHE, D. Occurrence of reactions, their diagnosis and management in leprosy patients treated with multidrug therapy: experience in the leprosy control program of the All Africa and Rehabilitation Training Center (ALLERT) in Ethiopia. **International Journal of Leprosy**, v.60, p.173-184, 1992.
- BELDA, W. Aspectos epidemiológicos da hanseníase no Estado de São Paulo em 1974. **Hansenologia Internationalis**, v.1, n.1, p.11-24, 1976.
- BISQUERA, R.; SARRIERA, J. C.; MARTÍNEZ, F. **Introdução à Estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS**. 1 ed., Porto Alegre: Artmed, 2004, 255 p.
- BLOCH, K.V.; COUTINHO, E.S.F. Fundamentos da pesquisa epidemiológica. In: MEDRONHO, R.A.; CARVALHO, D.M.; BLOCH, K.V.; LUIZ, R.R.; WERNECK, G.L. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2002. p.107-113.

BOWLING, A. **Measuring health**: a review of quality of life measurement scales. 2 ed. Buckingham: University Press, 1997. 248 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. Brasília, v.4, n.2, p.15-25, 1996. Suplemento.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Hanseníase - Atividades de Controle e Manual de Procedimentos**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. **Coordenação de informação epidemiológica**. Estatísticas de Mortalidade – Brasil 1987. Brasília, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para implantar/implementar as atividades de controle da hanseníase nos planos estaduais e municipais de saúde**. Brasília, 1999. 28p.

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, 2002, 89p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hanseníase**: atividades de controle e manual de procedimentos. Brasília: Área Técnica de Dermatologia Sanitária, 2004.

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

CASTORINA-SILVA, R. **Efeitos adversos mais frequentes das drogas em uso para o tratamento da hanseníase e suas implicações no controle da endemia**. 2003. 158f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical). Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

CASTRO, M.; CAIUBY, A.V.S.; DRAÍBE, S.A.; CANZIANI, M.E.F. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.49, n.3, p.245-249, 2003.

CHUORAQUI, A. **Os homens da Bíblia**. São Paulo: Cia das Letras, 1978.

CLARO, L.B.L. **Hanseníase**: representação sobre a doença. Estudo em população de pacientes ambulatoriais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1993. 213f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz.

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 internationalis**, v.31, n.2, p.21-8, 2006.

COSTA, R.D. **Estudo do perfil de citocinas inflamatórias, moléculas anti-inflamatórias e BDNF em pacientes com hanseníase**. 2008. 147f. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica). Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte-MG, 2008.

CRISTOFOLINI, L. Dinâmica da prevenção e tratamento das incapacidades na hanseníase. In: **Congresso Brasileiro de Enfermagem**, Belém, 5 dez. 1988.

CUNHA, A.Z.S. **Hanseníase: a história de um problema de Saúde Pública**. 1997. 112f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional). Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC, Brasil, 1997.

CUNHA, M.G.S. **Episódios reacionais e relação com recidiva em doentes com hanseníase multibacilar tratados com diferentes esquemas terapêuticos**. 2001. 163f. Tese (Doutorado em Medicina). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP, Ribeirão Preto, 2001.

DANTAS, R.A.S.; SAWADA, N.O.; MALERBO, M.B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.4, p.532-538, 2003.

DELVES, P.J.; ROITT, I.M. The Immune System. **New England Journal of Medicine**, v.343, n.1, p.37-49, 2000.

DHARMENDRA, S. Classifications of leprosy. In: Hastings RC. **Leprosy**. New York, p.88-99, 1989.

DUARTE, M.T.C.; AYRES, J.A.; SIMONETTI, J.P. Perfil socioeconômico e demográfico de portadores de Hanseníase atendidos em consulta de Enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.15, número especial, 2007.

ELSEN, I.; MARCONE, S.S. E SANTOS, M.R. **O viver em família e sua interface com a saúde e doença**. 1ª ed. Editora ISBN. 2002.460p.

FARQUHAR, M. Definitions of quality of life: a taxonomy. **Journal of Advanced Nursing**, v.22, n.3, p.502-508, 1995.

FAYERS, P.M.D. **Quality of life: assessment, analysis and interpretation**. Chichester: John Wiley, 2000. 168 p.

FELICIANO, K.V.O.; KOVACS, M.H. Opiniões sobre a doença entre membros da rede social de pacientes de hanseníase no Recife. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.1, n.2, p.112-118, 1997.

FERRAZ, M.B. Qualidade de vida – conceito e um breve histórico. **Jovem Médico**, São Paulo, v.3, n.4, p.219-222, 1998.

FLECK, M.P.A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, H; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.2, p.178-183, 2000.

FOSS, N.T. Episódios Reacionais na hanseníase. **Medicina**. Ribeirão Preto, v.36, p.453-459, 2003.

FOSS, N.T. Hanseníase: aspectos clínicos, imunológicos e terapêuticos. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v.74, n.2, p.113-119, 1999.

FOSS, N.T.; CALLERA, F.L. Anti- PGL1 levels in leprosy patients and their contacts. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v.26, p.43-51, 1993.

FULYA, I.; MEHMET, O.; HANDAN, A.; VEDAT, B. Cytokine measurement in lymphocyte culture supernatant of inactive lepromatous leprosy patients. **Indian Journal of Medical Microbiology**, v.24, p.121-123, 2006.

GAÍVA, M.A.M. Qualidade de vida e saúde. **Revista Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.377-382, 1998.

GALLO, M.E.N.; ALVIM, M.F.; NERY, J.A.; ALBUQUERQUE, E.C.; SARNO, E.N. Two multidrug fixed dosage treatment regimens with multibacillary leprosy patients. **Indian Journal of Medical Microbiology**, v.68, p.235-245, 1996.

GALLO, M.E.N.; ALVIM, M.F.; NERY, J.A.; ALBUQUERQUE, E.C. Estudo comparativo com dois esquemas poliquimioterápicos (duração fixa) em hanseníase multibacilar – seguimento de  $50 \pm 19,62$  e  $39,70 \pm 19,47$  meses. **Hansenologia Internationalis**, v.22, p.5-14, 1997.

GAUTHIER, J.H.N.; CABRAL, I.E.; SANTOS, I.; TAVARES, C.M.M. **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p.279-284.

GERHARDT, T.E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Caderno de Saúde Pública**, v.22, n.11, p.2449-63, 2006.

GOULART, I.M.B.; PENNA, G.O.; CUNHA, G. Imunopatologia da Hanseníase: a complexidade dos mecanismos da resposta imune do hospedeiro ao *Mycobacterium leprae*. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v.35, n.4, p.365-375, 2002.

GREGÓRIO, I.C.C.G.; PICCININ, J.M.M.; PALASSON, R.R.; ARANTES, S.L. Mudanças ocorridas no portador de hanseníase após o diagnóstico. **Saúde Coletiva**, v.5, n.23, p.147-151, 2008.

GROSSET, J.H. **Newer Drug**. Asian Leprosy Congress. State of the Art Lecture-III.2000.

GROSSI, M.A.F. **Estudo das possíveis mudanças na classificação da hanseníase com utilização do teste ML FLOW e suas implicações no tratamento e controle da endemia em Minas Gerais**. 2005. 196f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical). Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

GUILLERMIN, F.; BOMBARDIER, B. Cross-cultural adaptation of health-related of life measures: literatura review and proponed guide-lines. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 46, n.12, p.1471-1483, 1993.

GUSMÃO, J.L.; PIERIN, A.M.G. A importância da qualidade de vida na hipertensão arterial. **Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v.7, n.3, p.104-108, 2004.

HELENE, L.M.F. **Identificação de alguns problemas psicossociais em portadores de hanseníase utilizando para análise os recursos de informática**. São Paulo, 1993. 123f. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem da Uiversidade de São Paulo, 1993.

HORNQUIST, J.O. Quality of life: concept and assessment. **Scandinavian Journal Social Medicine**, v.18, n.4, p.69-79, 1990.

HUNTER, S.W.; BRENNAN, P.J. A novel phenolicglycolipid from *Mycobacterium leprae*. Possibly involved in immunogenicity and pathogenicity. **Journal of Bacteriology**, v.147, n.3, p.728-735, sep. 1981.

INTERNATIONAL CONGRESS OF LEPROSY 6, Madrid. Report of the committee on classification – **International Journal of Leprosy**, n.21, p.504-516, 1953.

IRGENS, L.M. Leprosy in Norway-an epidemiological study based on anational patients registry. **Leprosy Review**, v.51, p.1-13, 1980. (Supll. 1).

IRGENS, L.M.; SKJAERVEN, R. Secular trendes in age, at onset, sex ratio, and type index leprosy observed during declining incidence rates. **American Journal of Epidemiology**, v.22, n.4, p.695-705, 1985.

JOPLING R.H.; MC DOUGALL A.C. A doença. In: **Manual de hanseníase**. 4 ed., Atheneu Editora, São Paulo, 1991, p. 11-59.

JOSEPH, G.A.; RAO, P.S.S. Impact of leprosy on the quality of life. **Bulletin of the World Health Organization**, v., n.6, p.515-517, 1999.

JUNQUEIRA, A.V. **Aspectos psicopatológicos na hanseníase e nas reações hansênicas**. 2006. 77f. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical). Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2006.

KAHAWITA, I.P.; WALKER, S.L.; LOCKWOOD, D.N.J. Leprosy type 1 reactions and erythema nodosum leprosum. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v.83, p.75-82, 2008.

KAUFMANN, A.; MARIAM, S.G.; NEVILLE, J. A dimensão social da hanseníase: manual prático para trabalhadores da saúde. **Itália: Associazione Italiana Amici di Raoul Follereau**, 1982. 110p.

KAWAKAME, P.M.G.; MIYADAHIRA, A.M.K. Qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.39, n.2, p.164-172, jun. 2005.

KIMURA, M. **Tradução para o português e validação do “Quality of Life Index” de Ferrans e Powers**. 1999. 170f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

LANA, F.C.F.; LIMA, R.F.; ARAÚJO, M.G.; FONSECA, P.T.S. Situação epidemiológica da hanseníase no município de Belo Horizonte/ MG- Período de 92/97. **Hansenologia Internationalis**, Bauru, v.25, n.2, p.121-132, 2000.

LEIKER, D.L.; NUNZI, E. Leprosy in the light skin: an illustrated manual. **Amicidi Raoul Follereau**, v. 4, p. 9–17, 1981.

LIMA, A.F.C.; GUALDA, D.M.R. Reflexão sobre a qualidade de vida do cliente renal crônico submetido à hemodiálise. **Nursing – Revista Técnica de Enfermagem**, São Paulo, v.3, n.30, p.20-23, 2000.

LISS, P.E.L. (editor). On need quality of life in Nordenfelt. **Concepts and Measurement of life in health care**, Dordrecht: Kluwer, p.63-78, 1994.

LYON, S. **Estudo comparativo da carga bacilar em casos novos de hanseníase e o resultado do teste sorológico ML Flow**. 2005. 137f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical). Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

MACHADO, P.R.L.; CARVALHO, L.; ARAÚJO, M.I.A.S.; CARVALHO, E.M. Mecanismos de resposta imune às infecções. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v.79, n.6, p.647-664, 2004.

MADEIRA, S. Aspectos Microbiológicos do *Mycobacterium leprae* In: OPRMOLLA, D.V.A. **Noções de Hansenologia**. 1. ed. São Paulo: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 2000. p.13.

MANANDHAR, R.; LEMASTER, J.W.; ROCHE, P.W. Risk factors for erythema nodosum leprosum. **International Journal of Leprosy**, v.67, p.270-278, 1999.

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

MARTINS, L.M.; FRANÇA, A.P.D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.4, n.3, p.5-18, dez. 1996.

MENDES, V.O.; **Repercussões da Hanseníase no Cotidiano de Pessoas e de seus Familiares**. Monografia (Curso de Especialização-Residência em Saúde da Família). 2004, 53f. Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA e Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Sobral-CE, 2004.

MENDONÇA, V.A.; MALAQUIAS, L.C.; BRITO-MELO, G.E.; CASTELO-BRANCO, A.; ANTUNES, C.M.F.; RIBEIRO, A.L.; TEIXEIRA, M.M.; TEIXEIRA, A.L. Short report: Differentiation of patients with Leprosy from Non-Infected Individuals by the chemokine Eotaxin/CCL11. **American Journal Tropical Medicine and Hygiene**, v. 77, n. 3, p. 547-550, 2007.

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

MONTEIRO, M. P. A. **Incapacidades físicas em pacientes com Hanseníase acompanhados pelas Equipes de Saúde da Família da Zona Urbana de Sobral – Ceará**. Monografia (Curso de Especialização-Residência em Saúde da Família). 2004. 86f. Universidade Estadual Vale do Acaraú e Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia – Ceará , 2004.

MOREIRA, T.M.A.; VARKEVISSER, M.C. GENDER, L. Leprosy and a Leprosy Control: a case study in Rio de Janeiro State, Brazil. Amsterdã: **Royal Tropical Institute Publishers**, 2002.

MOSCHELLA, S.L. An updt e on the diagnosis and treatment of leprosy. **Journal of the Academy American of Dermatology**, v.51, p.417-426, 2004.

MOSCHIONI, C. **Fatores de risco para incapacidade física anotados no momento do diagnóstico de 19283 casos novos de hanseníase, no período de 2000 a 2005, em Minas Gerais, Brasil**. 2007. 89f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Infectologia e Medicina Tropical, Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, 2007.

MUNK, M.E.; ANDING, P.; SCHETTINI, A.P.M.; CUNHA, M.G.S.; KAUFMANN, S.H. Soluble Tumor Necrosis Factor Alpha Receptors in Sera from Leprosy Patients. **Infection and Immunity**, v.67, n.1, p.423–425, 1999.

NAAFS, B. Treatment of reactions and nerve damage. **International Journal of Leprosy**, v.64, p.21-S28, 1996.

NAKAE, M. F. Nada será como antes: o discurso do sujeito coletivo hanseniano. **Psic - Revista de Psicologia da Vetor Editora**, v.3, n.2, p.54-73, 2002.

NOBRE, M.L.; OLIVEIRA, M.L.W. Conduas frente as neurites hansênicas. **Manual de Conduta** – Sociedade Brasileira de Dermatologia. p.191-200, 2004.



NOORDEEN, S.K. Epidemiology. In: HASTINGS, R.C. **Leprosy**. 2. ed. New York: Churchill Livingstone, 1994. cap.3, p.29-43.

NORDENFELT, L. Concepts and of quality of life in health care. **Towards a theory of happiness: a subjectivist notion of quality of life**. Dordrecht: Kluwer, 1994, p.35-37.

NUNES, J.M. **Ter Hanseníase**: percepções das pessoas em tratamento. 2004. 75f. Monografia (Curso de Especialização-Residência em Saúde da Família). Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA e Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Sobral-CE, 2004.

OLESON, M. Subjectively perceived quality of life. **Journal of Nursing Scholarship**, v.22, n.3, p.187-190, apr. 1990.

OLIVEIRA CJ, PEREIRA CAR, PONTES JNC, FIALHO AVM, MOREIRA TMM. Análise da produção científica na área da saúde sobre qualidade de vida no Brasil entre 2000 e 2005: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem [serial on line]**, v. 9, n.2, p.496-505, 2007.

OLIVEIRA, A.G.C. **Convivendo com a doença crônica da criança**: a experiência da família. 1994. 141 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

OLIVEIRA, D.R.; LENARDT, M.H.; TUOTO, F.S. O idoso e o sistema de cuidado à saúde na doença renal. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.16, n.4, p.49-58, 2003.

OLIVEIRA, M. H. P. Reações emocionais dos hansenianos portadores de deformidade física. **Hansenologia Internationalis**, v.15, n.1-2, p.16-23, 1990.

OLIVEIRA, M.H.P.; GOMES, R.; OLIVEIRA, C.M.. Hanseníase e sexualidade: convivendo com a diferença. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.7, n.1, p. 85-91, 1999.

OLIVEIRA, M.H.P.; ROMANELLI, G. Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.51-60, 1998.

OPROMOLLA, D.V.A. **Noções de Hansenologia**. 2. ed. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Um guia para eliminar a hanseníase como problema de saúde pública**. (WHO/LEP/95.1). 10 ed. 161p. Genebra, 1995.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Hacia la eliminación de la lepra como problema de salud pública. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, DC, EUA, 1995.

PASCHOAL, V.D. **Um sistema de cores na caracterização biopsicossocial do portador de hanseníase reacional**. 1998. Dissertação (Mestrado). 1998. 129f.

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Autarquia Estadual. São José do Rio Preto, 1998.

PEDROSO, M.; OLIVEIRA, S.; BACCARELLI, R.; VIEIRA, P.C.T.; GONÇALVES, A. Incapacidades físicas em hanseníase: estudo multicêntrico da realidade brasileira. **Anais brasileiros de dermatologia**, Rio de Janeiro, v.64, n.6, p.301-6, 1989.

PEREIRA, L.C.; CHANG, J.; ROMÃO, M.A.F.; ABENSUR, H.; ARAÚJO, M.R.T.; NORONHA, I.L.; CAMPAGNARI, J.C.; ROMÃO JR., J.E. Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes transplantado renal. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v.25, n.1, p.10-16, jan. 2003.

PIMENTEL, M.I.F. ; NERY, J.A.C. ; BORGES, E. ; GONÇALVES, R.R. ; SARNO, E.N. O exame neurológico inicial na hanseníase multibacilar: correlação entre a presença de nervos afetados com incapacidades presentes no diagnóstico e com a ocorrência de neurites francas. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v.78, n.5, p.561-568, 2003.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisas em enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1995. 420p.

PORICHHA, D. A Plea to revive skin smear examination. **International Journal of Leprosy and other Mycobacterial Diseases: official organ of the International Leprosy Association**, v.69, n.1, p.116-119, 2001.

PRATA, P.B.; BOHLAND, A.K.; VINHAS, S.A. Aspectos epidemiológicos da hanseníase em localidades do Estado de Sergipe, Brasil, período de 1994-1998. **Hansenologia Internationalis**, Bauru, v.25, n.1, p.49-53, 2000.

QUEIROZ M.S, PUNTEL M. A. **Endemia hansênica**: uma perspectiva multidisciplinar. Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

RIDLEY, D.S.; JOPLING, W.H.A. Classification of leprosy according to immunity: five group system. **International Journal of Leprosy and other Mycobacterial Diseases: official organ of the International Leprosy Association**, v.34, p.255-273, 1966.

RODRIGUES, B.F.; RODRIGUES, A.L.P.; GOULART, I.M.B. Avaliação da Magnitude, Transcendência e Vulnerabilidade das Reações em Pacientes Pós-Alta por Cura de Hanseníase: Subsídios para Implementação de um Programa Específico de Atenção. **Horizontes Científico**, Uberlândia, v.2, n.2, p.1-30, 2003.

ROJAS, V.; GONZALES, J.R.B.; HERNANDEZ, O. **La lepra en ciudad de la Havana**. Las Enfermedad tropicales en la sociedad contemporane. Caracas: Fundo Editorial Acta Científica Venezuelana, Consorcio de Edicione Capriles, 1993.

ROUQUAYROL, M.Z; FILHO, N.A. **Epidemiologia e Saúde**. 5 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999, p.77.

SABESAN, S.; RAMANAIAH, R.B.; BIDARAKOPPA, G.S.; JEYASJNGH, P.; MOHAN, A. Adjustmental problems of leprosy patients. **Indian Journal of Leprosy**, v.59, n.1, p.84-91, 1987.

SAMPAIO, E.P.; OLIVEIRA, R.B.; WARWICK-DAVIES, J.; NETO, R.B.; GRIFFIN, G.E.; SHATTOCK, R.J. T Cell–Monocyte Contact Enhances Tumor necrosis Factor–a Production in Response to *Mycobacterium leprae*. **The Journal of Infectious Diseases**, v.182; p.1463–1472, 2000.

SAMPAIO, E.P.; SARNO, E.N. Expression and cytokine secretion in the states of immune reactivation in leprosy. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v.31, p.69-76, 1998.

SAMPAIO, S.A.P.; RIVITTI, E.A. **Dermatologia**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2007. 1585p.

SANTOS, A.P.T; ALMEIDA, G.G.; MARTINEZ, C.J.; REZENDE, C. Imunopatologia da hanseníase: aspectos clínicos e laboratoriais. **NewLab**, v.73, p.142-156, 2005.

SANTOS, J. P. **Fisioterapia em hanseníase**. Curitiba, PR: Ed. Lovise, 1990.

SAUPE, R.; BROCA, G.S. Indicadores de qualidade de vida como tendência atual de cuidado a pessoas em hemodiálise. **Revista Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v.13, n.1, p.100-106, 2004.

SARUBI, J.C. **Estudo comparativo das técnicas de Ziehl-Neelsen e auramina O na baciloscopia do raspado dérmico de quatro e seis sítios em casos novos de hanseníase em Serviço de Referência de Belo Horizonte**. 2008. 131f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical). Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

SCHWARTZMANN, L. Calidad de vida de pacientes em hemodiálisis. **International Archives of Medicine**, Uruguai, v.4, n.2, p.173-179, 1998.

SCOLLARD, D.M.; ADAMS, L.B.; GILLIS, T.P.; KRAHENBUHL, J.L.; TRUMAN, R.W.; WILLIAMS, D.L. The continuing challenges of leprosy. **Clinical Microbiology Reviews**, v.19, p.338-381, 2006.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Os aspectos psicossociais do portador de hanseníase**. Taubaté, SP, 1999.

SEGHAL, V.N. A study of age at onset of leprosy. **International Journal of Dermatology**, v.9, p.196-199, 1970.

SEGHAL, V.N.; CHAUDHRY, A.K. Leprosy in children: a prospective study. **International Journal of Dermatology**, v.32, p.194-197, 1993.

SEGHAL, V.N.; SEGHAL, S. Leprosy in young urban children. **International Journal of Dermatology**, v.27, p.112-114, 1988.

SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C.; Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.580-588, mar./abr. 2004.

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.

SIMÕES, M.J.S.; DELELLO, D. Estudo do comportamento social dos pacientes de Hanseníase do município de São Carlos – SP. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.7, n.1, p.10-15, 2005.

SIMPSON, C.A.; FONSECA, L.C.T. Perfil do doente de hanseníase no município de João Pessoa-PB. **CONCEITOS**, São Paulo, v.5, n.8, p.149-152, 2002.

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.

SKEVINGTON, S.M.; LOTFY, M.; CONNELL, K.A. The World Health Organization's WHOQOL-bref quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. **Quality of Life Research**, v.13, n.6, p.299-310, 2004.

SCOTT, J. The psychological needs of leprosy patients. **Leprosy Review**, v.71, p.486-491, 2000.

SOARES, J.F.; SIQUEIRA, A.L. **Introdução à Estatística Médica**, 2 ed. Belo Horizonte, COOPMED, 2002.

SOUZA, F.F.; CINTRA, F.A.; GALLANI, M.C.B.J. Qualidade de vida e severidade da doença em idosos renais crônicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.58, n.5, p.540-544, 2005.

STUMP, P.R.N.A.G., VIRMOND, M., BACCARELLI, R., MARCIANO, L.H.S.C., LAURIS, J.R.P., URA, S., TEIXEIRA, M.J. Dor crônica em hanseníase – um problema de saúde pública?. **Boletim Epidemiológico Paulista**, v.3, n.36, 2006.

STUMP, P.R.N.A.G.; BACCARELLI, R.; MARCIANO, L.H.S.C.; LAURIS, J.R.P.; URA, S.; VIRMOND, M.; PORTNO, A.G.; OKADA, M.; TEIXEIRA, M.J. Características da dor crônica na hanseníase. **Hansenologia Internationalis**, v.30, n.1, p.125, 2005.

SUZUKI, K. **Pesquisa sobre qualidade de vida de pacientes de UTI: uma revisão de literatura**. 2002. 110f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

TALHARI, S.; NEVES, R.G. **Dermatologia Tropical: Hanseníase**. 3. ed. Manaus: Editora Tropical, 1997.

TALHARI, S.; NEVES, R.G.; PENNA, G.O.; OLIVEIRA, M.L.V. **Dermatologia Tropical: Hanseníase**. 4. ed. Manaus: Editora Tropical, 2006.

TARLÉ, S.F., TARLÉ, R.G. Preparo em hanseníase. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v.67, n.1, p.19-20, 1992.

THE WHOQOL GROUP. Developmente of the world health organization WHOQOL-bref. Quality of life assesment 1998. **Psychological Medicine**, Genebra, v.28, n.5, p.551-558, 1998.

TSUTSUMI, A.; IZUTSU, T.; ISLAM, A.M.; MAKSUDA, A.N.; KATO, H.; WAKAI, S. The quality of life, mental health, and peceived stigma of leprosy patients in Bangladesh. **Social Science & Medicine**, v.64, p.2443-2453, 2007.

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

VAN BEERS, S.M., DE WIT, M.Y.L., KLASTER, P.R. MiniReview: The epidemiology of *Mycobacterium leprae*: Recent insight. **FEMS Microbiology Letters**, v.136, n.3, p.221-230,1996.

VISSCHEDIJK, J.; VAN DE BROEK, J.; EGGENS, H.; LEVER, P.; VAN BEERS, S.; KLASTER, 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.

WALKER, S.L.; LOCKWOOD, D.N.J. Leprosy. **Clinics in Dermatology**, v.25, p.165-172, 2007.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, v.41, n.10, p.1403-1409, 1995.

WHOQOL GROUP. *Whoqol-bref*. Disponível em:<<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol84.html>>. Acesso em: 15 fev. 2007.

WIKIPEDIA. 2007. Disponível em:<[http://pt.wikipedia.org/wiki/Isla\\_de\\_Pascua](http://pt.wikipedia.org/wiki/Isla_de_Pascua)>. Acesso em: 20 fev. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global leprosy situation beginning of 2008. **Weekly epidemiological record**, v.83, n.33, p.293-300, 2008.

YAMANOUCHI, A.A.; CARON, C.R.; SHIWAKU, D.T.; SOARES, F.B.; NICOLODELLI, M.A.; ADUR, R.C.; TAMURA, S.Y. Hanseníase e sociedade: um problema sempre atual. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro,v.68, n.6, p.396-404, 1993.

ZANEI, S.S.V. **Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref e SF-36: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de Unidades de Terapia Intensiva e seus familiares**. 2006. 135f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

## APÊNDICE A

### Termo do Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, \_\_\_\_\_,  
 RG: \_\_\_\_\_, nascido em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente à  
 Rua \_\_\_\_\_,  
 município de \_\_\_\_\_, declaro que consinto em participar  
 como voluntário (a) do projeto “**Avaliação da qualidade de vida de pacientes em surto reacional de hanseníase em Centro de Referência**”, sob responsabilidade da pesquisadora Dra Marina Dias Costa e orientação do Prof. Dr. Carlos Maurício Figueiredo Antunes. Declaro que fui satisfatoriamente esclarecido que: A) o estudo será realizado a partir da aplicação de dois instrumentos que deverão ser respondidos por mim (participante da pesquisa); B) que não haverá riscos para minha saúde; C) que posso consultar os pesquisadores responsáveis em qualquer época, pessoalmente ou por telefone, para esclarecimento de qualquer dúvida; D) que estou livre para, a qualquer momento, deixar de participar da pesquisa e que não preciso apresentar justificativas para isso; E) que todas as informações por mim fornecidas e os resultados obtidos serão mantidos em sigilo e que, estes últimos só serão utilizados para divulgação em reuniões e revistas científicas sem a minha identificação; F) que não terei quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre os eventuais resultados decorrentes da pesquisa; G) que esta pesquisa é importante para o estudo, para melhor entendimento da qualidade de vida do portador de hanseníase, assim como para a criação de critérios que possam contribuir para meu melhor entrosamento na sociedade e no mercado de trabalho .

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Voluntário (a)

\_\_\_\_\_  
 Dra. Marina Dias Costa  
 Pesquisadora

---

**Contato:** Hospital Eduardo de Menezes - FHEMIG – Comitê de Ética em Pesquisa - CEP  
 Avenida Dr. Cristiano Rezende, 2213 - Bonsucesso CEP: 30622-020 BH– MG  
 Tel: (31) 3383-8000  
 Pesquisadora: Tel. (31) 3285 4845

**APÊNDICE B**

Pós-graduação da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte-MG

Trabalho de pesquisa – Mestrado em Clínica Médica

Orientador: Prof. Dr. Carlos Maurício de Figueiredo Antunes

Pesquisadora: Marina Dias Costa

**CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

Nº do entrevistado: \_\_\_\_\_

1) Forma Clínica:

2) Grau de incapacidade física:

3) Idade (em anos): \_\_\_\_\_

4) Sexo:

( ) Masculino

( ) Feminino

5) Estado civil:

( ) Casado(a)

( ) Solteiro(a)

( ) Viúvo(a)

( ) Outro

6) Município onde reside:

( ) Belo Horizonte

( ) Outro município: \_\_\_\_\_

7) Escolaridade:

( ) Analfabeto(a)

( ) 2º Grau completo

( ) 1º Grau incompleto

( ) 3º Grau incompleto

( ) 1º Grau completo

( ) 3º Grau completo

( ) 2º Grau incompleto

8) Ocupação (profissão):

Do lar       Aposentado(a) / Licença-saúde

Outras profissões: \_\_\_\_\_

9) Renda familiar mensal (salário mínimo – R\$ 380,00):

Menos de 1 salário mínimo       3 a 5 salários mínimos

1 a 2 salários mínimos       Mais de 5 salários

10) Há quanto tempo você tem Hanseníase:

Menos de 1 ano       3 l----- 4 anos       Não lembro

1 l----- 2 anos       4 l----- 5 anos

2 l----- 3 anos       5 anos ou mais

11) Há quanto tempo você está em tratamento:

Menos de 1 ano       3 l----- 4 anos       Não lembro

1 l----- 2 anos       4 l----- 5 anos

2 l----- 3 anos       5 anos ou mais

12) Você tem outra(s) doença(s) além da Hanseníase:

Não

Sim. Especificar: \_\_\_\_\_

13) Quais alterações a Hanseníase trouxe para você?

alterações sensitivas       presença de dor

alterações físicas       alterações visuais

outra

nenhuma

14) O quanto você depende da ajuda de alguém para desempenhar suas atividades de cuidados com a higiene:

Nada       Muito

Muito pouco       Completamente

Pouco





## ANEXO A

**Aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa**

Belo Horizonte, 04 de dezembro de 2007.

Interessada: Marina Dias Costa  
Pesquisadora Responsável

Parecer:

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, em reunião do dia 30 de novembro de 2007, analisou e **APROVOU** o protocolo de pesquisa "**Avaliação da qualidade de vida de pacientes em surto reacional de hanseníase em centro de referência**",

  
Dr. Francisco das Chagas Lima e Silva  
Coordenador do CEP

**HOSPITAL EDUARDO DE MENEZES – FHEMIG  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP**

**PARECER**

Considerando que as alterações solicitadas por este CEP em 12/09/2007 referentes ao projeto de pesquisa "*Avaliação da qualidade de vida de pacientes em surto reacional de hanseníase em centro de referência*" e ao respectivo termo de consentimento livre e esclarecido foram devidamente efetuadas pela pesquisadora responsável Marina Dias Costa, propomos a aprovação ética do referido projeto.

Solicitamos o envio dos resultados finais da pesquisa ao CEP.

Belo Horizonte, 10 de outubro de 2007.

  
Simone de Araújo Medina Mendonça  
Relatora do CEP – HEM

## ANEXO B

Instrumento – Qualidade de Vida (*WHOQOL- bref*)

Nº do entrevistado: \_\_\_\_\_

**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, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.
- Tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações, tomando como referência as *duas últimas semanas*.
- Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
01	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
02	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
03	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
04	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
05	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
06	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
07	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
08	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
09	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	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.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer?	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.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5

17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu	1	2	3	4	5

	acesso aos serviços de saúde?					
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

**OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!**



## ANEXO C

**“Steps for checking and cleaning data and computing domain scores for the WHOQOL-bref”**

Steps	SPSS syntax for carrying out data checking, cleaning and computing total scores
Check all 26 items from assessment have a range of 1-5	RECODE Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10 Q11 Q12 Q13 Q14 Q15 Q16 Q17 Q18 Q19 20 Q21 Q22 Q23 Q24 Q25 Q26 (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (ELSE=SYMSIS). (This recodes all data outside the range 1-5 to system missing)
Reverse 3 negatively phrased items	RECODE Q3 Q4 Q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1) (This transforms negatively framed questions to positively framed questions)
Compute domain scores	COMPUTE PHYS=MEAN.6(Q3,Q4,Q10,Q15,Q16,Q17,Q18)*4. COMPUTE PSYCH= MEAN.5(Q5,Q6,Q7,Q11,Q19,Q26)*4. COMPUTE SOCIAL=MEAN.2(Q20,Q21,Q22)*4. COMPUTE ENVIR=MEAN.6(Q8,Q9,Q12,Q13,Q14,Q23,Q24,Q25)*4. COMPUTE OVERALL= (MEAN.2 (Q1, Q2)) * 4 (These equations calculate the domain scores. All scores are multiplied by 4 so as to be directly comparable with scores derived from the WHOQOL-100. The “.6” in“MEAN.6” specifies that 6 items must be endorsed for the domain score to be calculated)
Transform scores to 0-100 scale	COMPUTE PHYS=(PHYS-4)*(100/16). COMPUTE PSYCH=(PSYCH-4)*(100/16). COMPUTE SOCIAL=(SOCIAL-4)*(100/16). COMPUTE ENVIR=(ENVIR-4)*(100/16) COMPUTE Q1B= (Q1 - 1) * (100/16). COMPUTE Q2B= (Q2 - 1) * (100/16).
Delete cases with > 20% missing data	COUNT TOTAL=Q1 TO Q26 (1 THRU 5) (This command creates a new column “total”. “Total” contains a count of the WHOQOL-BREF items with values 1-5 that have been endorsed by each subject. The “Q1 TO Q26” means that consecutive columns from “Q1”, the first item, to “Q26”, the last item, are included in the count. It therefore assumes that data is entered in the order given in the assessment.) SELECT IF (TOTAL>21). EXECUTE (This second command selects only those cases where “total”, the “total number” of items completed, is greater than or equal to 80%. It deletes the remaining cases from the dataset)

FONTE: WHOQOL Group (2007).

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)