

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

MARÍLIA APARECIDA DE SOUZA CUNHA

**APLICAÇÃO DO *SRQ20* E PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO
PSICOLÓGICA EM PACIENTES COM HANSENÍASE**

Uberlândia

2014

MARÍLIA APARECIDA DE SOUZA CUNHA

**APLICAÇÃO DO SRQ20 E PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO
PSICOLÓGICA EM PACIENTES COM HANSENÍASE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como parte das exigências para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde, área de concentração ciências da saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Isabela Maria Bernardes Goulart

Coorientador: Prof. Dr. Ricardo Wagner Machado da Silveira

Uberlândia

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

C972a Cunha, Marília Aparecida de Souza, 1978-.
2014 Aplicação do *SRQ20* e protocolo de avaliação psicológica
em pacientes com hanseníase / Marília Aparecida de Souza
Cunha. -- 2014.
83 p.

Orientadora: Isabela Maria Bernardes Goulart.
Coorientador: Ricardo Wagner.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de
Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.
Inclui bibliografia.

1. Ciências médicas - Teses. 2. Hanseníase – Aspectos
psicológicos Teses. I. Goulart, Isabela Maria Bernardes. II.
Wagner, Ricardo. III. Universidade Federal de Uberlândia.
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. IV. Título

CDU: 61

MARÍLIA APARECIDA DE SOUZA CUNHA

**APLICAÇÃO DO SRQ20 E PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA EM
PACIENTES COM HANSENÍASE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como parte das exigências para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde, área de concentração ciências da saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Isabela Maria Bernardes Goulart

Coorientador: Prof. Dr. Ricardo Wagner

Aprovado em 26 de Agosto de 2014.

Banca Examinadora

Titulares: Dr. Luciano Marcos Curi / IFTM campus Patrocínio/ MG

Dra Ana Lúcia Ribeiro / Instituto de Psicologia / UFU

Dra. Isabela Maria Bernardes Goulart / FAMED/ UFU

Suplente: Dra Flávia B. Teixeira FAMED/ UFU

Dedico este trabalho aos pacientes de hanseníase que participaram da pesquisa e também aos integrantes do MORHAN de Uberlândia.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a algumas pessoas, dentre as muitas que me ajudaram a realizá-lo. Primeiramente a minha orientadora Dra. Isabela Goulart, por sua luta diária a favor de melhores condições e qualidade de vida aos pacientes de hanseníase. É uma hansenóloga, pesquisadora e profissional inspiradora. Agradeço também por ter me concedido a oportunidade de conhecimento e melhor entendimento de uma doença tão complexa nesses anos dedicados à pesquisa.

Ao Dr. Ricardo Wagner, coorientador dessa pesquisa, por me acompanhar em mais uma trajetória acadêmica, também deixo registrado minha admiração e respeito.

A toda equipe do CREDESH, Dr. Adelmo, Dr. Adeilson, Dra Maria Aparecida, Maria Cristina, Daniel, Josiela, Patrícia, Andrea, Daisy, Rosemary, Olinda, Dulcinea, Raffaella, Flávio, Vânia, Sueli, Lucivânia, Nara, Miriam, Cláudia, Juliano, Linésia, Alyne, Adriana, Maria Fernanda, Núbia, Michelle, Ana Carolina, Mayara, July, em especial a equipe de Prevenção de Incapacidades. Também aos colegas do laboratório do CREDESH. Enfim a todos por compartilharmos nosso conhecimento como uma equipe multiprofissional.

Ao Douglas por todos os comentários, contribuições e amizade. A Janaina e Olinda pelos encaminhamentos, as queridas Bruna, Laísa, Fernanda, Juliana, Andreia, Lidiane pela convivência e por dividirmos tristezas e alegrias da vida.

As irmãs de coração Daniela, Ednamar, Lilian, Patrícia e Cristiane e que pude sempre contar nos momentos mais difíceis com amizade e carinho. Às amigas: Andréia, Denise, Jesselyn e Cláudia pela torcida, dona Nair por suas orações e a todos os amigos que torceram de coração.

Aos colegas do Posto Jaraguá por compartilharmos, no mesmo espaço, a nossa vida profissional. Principalmente a Gilberta e Patrícia pelos cuidados e a Rossilda pela amizade e por trocarmos experiências profissionais.

As colegas de mestrado Gisele Vissoci, Iracema, Cidinha Knychala, Denize e Ana Paula.

A equipe do Programa Aprendiz Empreendedor - PAE em especial Geralda e Maria Fernanda pelo apoio inicial a este projeto.

As oito mulheres da minha família que são a razão de eu querer cada dia ir além (primeiramente a mulher forte e carinhosa que é minha mãe Maria Ulisses, as irmãs e sobrinhas Marina, Sarah, Marilaine, Kawane, Marinalva, Sofia e Beatriz) Amo vocês!

A Maria Inêz pelo carinho e ao Eurípedes pelo exemplo de vida e trabalho.

Ao meu filho João Augusto, amor infinito, que nasceu durante o processo de finalização dessa pesquisa e o meu sobrinho Benjamim que também chegou ao mundo.

E principalmente ao meu querido esposo e eterno namorado, Marco Túlio, que com seu amor incondicional, parceria, compreensão e cuidados tornaram esse sonho possível. Obrigada por dividirmos as angustias de nossas pesquisas, as nossas conquistas e todos os momentos felizes.

Apoio: FAPEMIG, CNPq, CAPES, FNS

“Se este homem ainda tivera lepra e lhe chamassem leproso, muito justo; mas se ele estava são, por que lhe hão de chamar leproso? Porque esse é o juízo dos homens. Fostes vós leproso algum dia? Pois ainda que Deus faça milagres em vós, leproso haveis de ser todos os dias de vossa vida. Deus poder-vos-á dar a saúde; mas o nome da enfermidade não vo-lo hão de perdoar os homens”. (VIEIRA,1907)

Todas as lágrimas

Aproveitei todas as lágrimas,
Que no passado derramei,
Fiz um poço de esperança,
E nele mergulhei,
Ao voltar de novo à tona,
Um mundo novo, eu encontrei.

Ao mergulhar eu me despi,
De toda vaidade,
E de todo sentimento,
Contrário à caridade,
Fiz do amor o meu escudo,
Da coragem o meu bastão,
Desarmeí o meu coração,
E saí da solidão.

Poesia de Eliza Ana de Eurípedes (paciente de hanseníase que após sair da colônia viveu o restante da infância e adolescência condenada pelo estigma, “presa” em sua própria casa, discriminada pela sociedade. Passou por psicoterapia com a psicóloga Marília no CREDESH e escreve poesias como forma de elaborar seu passado, no momento escreve um livro sobre a sua história de vida e participa do MORHAN). Essa poesia está publicada em seu blog.

RESUMO

Cunha, M. A. S. Aplicação Do *SRQ20* e Protocolo de Avaliação Psicológica em Pacientes com Hanseníase. [Dissertação]. Uberlândia: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, 2014.

Estudo observacional, tipo transversal teve o objetivo de identificar características emocionais de 130 pacientes com hanseníase. Aplicou-se os instrumentos: Protocolo de Avaliação Psicológica (PAP) e questionário para identificação de Transtornos Mentais Comuns (TMC), *Self Reporting Questionnaire (SRQ-20)*. Foram encontrados os seguintes resultados no PAP: 31,53%, 23,8% e 16,9% relataram infância, adolescência e vida adulta não satisfatória, respectivamente. Sentem medo em serem discriminados 31,53%; 16,9% sofreram discriminação. Mudanças drásticas na vida devido à hanseníase 13,07%; 29,23% com baixa autoestima, 31,53% têm medo real e 22,3 % medo fantasmático. Em relação à fase emocional do adoecer, 31,53% se encontravam na fase da aceitação, 23,1% barganha, 25,15% negação e 10% revolta. No *SRQ-20*, a prevalência de TMC foi de 32,3%, sendo a maioria do gênero feminino, baixa escolaridade (ensino fundamental), casados, com baixa autoestima, na fase da barganha e com mudança drástica na vida. Este é um dos poucos estudos sobre o perfil psicológico de pacientes com hanseníase evidenciando a importância da aplicação de tecnologias investigativas no rastreamento psicopatológico visando adesão ao tratamento e o planejamento psicoterapêutico, além de trazer subsídios para a reflexão acerca da integralidade da assistência ao portador de hanseníase e da importância do psicólogo nas equipes de saúde.

Palavras-chave: Hanseníase; Avaliação Psicológica, Transtorno Mental Comum.

ABSTRACT

An observational, cross-sectional, in order to identify emotional characteristics of 130 patients with leprosy. Applied instruments: Psychological Assessment Protocol (PAP) and questionnaire for identification of Common Mental Disorders (CMD), Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). 31.53%, 23.8% and 16.9% reported childhood, adolescence and adulthood unsatisfactory, respectively, the following results were found in PAP. Feel fear being discriminated against 31.53%; 16.9% experienced discrimination. Drastic life changes due to leprosy 13.07%; 29.23% with low self-esteem, 31.53% have real fear and 22.3% phantasmic fear. Regarding the emotional phase of illness, 31.53% were in the stage of acceptance, bargaining 23.1%, 25.15% and 10% denial revolt. In the SRQ-20, the prevalence of CMDs was 32.3%, the majority being female, low education (primary education), married, with low self-esteem, the stage of bargaining and drastic change in life. This is one of the few studies on the psychological profile of patients with leprosy demonstrating the importance of the application of investigative technologies in order psychopathological screening adherence to treatment and psychotherapy planning, in addition to providing support for reflection about the comprehensive care for leprosy patients and the importance of psychologists in health teams.

Keywords: Leprosy; Psychological Assessment; Common Mental Disorders.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Distribuição de pacientes com hanseníase segundo tipo de medo (real e fantasmático) e categorias religiosas. CREDESH/HC/UFU, 2013	38
Figura 2	Ocorrência de medo dentro de cada fase da doença CREDESH/HC/UFU, 2013	39
Figura 3	Distribuição de pacientes com hanseníase detectados com e sem TMC (Sim e Não) segundo grau de incapacidade no diagnóstico (GID). CREDESH/HC/UFU, 2013	45
Figura 4	Distribuição de pacientes com hanseníase com e sem TMC detectados pelo <i>SRQ20</i> , segundo tipo de infância (Satisfatória ou não) avaliada pelo PAP. CREDESH/HC/UFU, 2013	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Distribuição de pacientes com hanseníase segundo atributos: gênero, raça, escolaridade, religião, estado civil, faixa etária, grau de incapacidade e forma clínica. CREDESH/HC/UFU, 2013	34
Tabela 02	Distribuição de pacientes com hanseníase segundo atributo forma clínica. CREDESH/HC/UFU, 2013	35
Tabela 03	Distribuição de pacientes com hanseníase segundo atributos do PAP: infância, adolescência, vida adulta, vítima de discriminação, Medo de ser discriminado, mudanças drásticas devido à doença, autoestima, medo real ou fantasmático, fases da doença. CREDESH/HC/UFU, 2013	37
Tabela 04	Distribuição de pacientes com hanseníase segundo as variáveis: religião e medo real ou fantasmático. CREDESH/HC/UFU, 2013	38
Tabela 05	Distribuição de pacientes com hanseníase segundo as variáveis: sentimento de medo e fases da doença. CREDESH/HC/UFU, 2013	40
Tabela 06	Distribuição de pacientes com hanseníase segundo as variáveis autoestima e infância. CREDESH/HC/UFU, 2013	40
Tabela 07	Distribuição de pacientes com hanseníase segundo a avaliação de autoestima e de adolescência. CREDESH/HC/UFU, 2013	41
Tabela 08	Distribuição de pacientes com hanseníase segundo avaliação de autoestima e vida adulta. CREDESH/HC/UFU, 2013	41
Tabela 09	Distribuição de pacientes com hanseníase por forma clínica e avaliação de autoestima. CREDESH/HC/UFU, 2013	42
Tabela 10	Distribuição dos pacientes com hanseníase entre as variáveis: mudança drástica autoestima. CREDESH/HC/UFU, 2013	42
Tabela 11	Frequências observadas nas variáveis de estudo em pacientes detectados com presença de TMC	44
Tabela 12	Tabela de contingência entre as variáveis: gênero e ocorrência de TMC em paciente com diagnóstico de hanseníase. CREDESH/HC/UFU2013	45
Tabela 13	Tabela de contingência entre as variáveis GID e ocorrência de TMC. CREDESH/HC/UFU, 2013	46
Tabela 14	Estimativas de frequências para pacientes da hanseníase que tiveram e não tiveram TMC, considerando as variáveis: infância, adolescência e vida adulta. CREDESH/HC/UFU, 2013	48

Tabela 15	Estimativas de frequências para pacientes com hanseníase que tiveram e não tiveram TMC, considerando as variáveis: vítima de discriminação, Medo de ser discriminado, mudanças drásticas na vida devido a doença e autoestima. CREDESH/HC/UFU, 2013	49
Tabela 16	Estimativas de frequências para pacientes com hanseníase que tiveram e não tiveram TMC, considerando as variáveis: medo real ou fantasmático e fases da doença. CREDESH/HC/UFU, 2013	50
Tabela 17	Estimativas de frequências para pacientes que tiveram e não tiveram TMC, considerando as variáveis: gênero, grupo étnico e escolaridade. CREDESH/HC/UFU, 2013.	51
Tabela 18	Estimativas de frequências para pacientes com hanseníase que tiveram e não tiveram TMC, considerando as variáveis religião, estado civil e faixa etária. CREDESH/HC/UFU, 2013	52
Tabela 19	Estimativas de frequências para pacientes com hanseníase que tiveram e não tiveram TMC, considerando as variáveis: GID, CO e forma clínica. CREDESH/HC/UFU, 2013	53
Tabela 20	Resultados da regressão logística múltipla para as variáveis: infância, adolescência, vida adulta, vítima de discriminação, medo de ser discriminadas, mudanças drásticas devido à doença, autoestima, medo real ou fantasmático, fase da doença considerando como variável dependente a ocorrência de TMC. CREDESH/HC/UFU, 2013	54
Tabela 21	Resultados da regressão logística múltipla para a variável autoestima considerando como variável dependente a ocorrência de TMC. CREDESH/HC/UFU, 2013	55
Tabela 22	Resultados da regressão logística múltipla para as variáveis: gênero, grupo étnico, escolaridade, religião, estado civil, faixa etária, GID, CO e forma clínica considerando como variável dependente a ocorrência de TMC. CREDESH/HC/UFU, 2013.	55
Tabela 23	Resultados da regressão logística múltipla para a variável GÊNERO considerando como variável dependente a ocorrência de TMC. CREDESH/HC/UFU, 2013	56

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

CREDESH: Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária e Hanseníase

CID 10- Código para Classificação Internacional das Doenças

CEP: Comitê de Ética e Pesquisa

CO: Classificação Operacional

DD - Dimorfa-dimorfa

DT - Dimorfa-tuberculóide

DV - Dimorfa-virchowiana

DSMV- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

HC: Hospital de Clínicas

I: Indeterminada

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

GID: Grau de Incapacidade no Diagnóstico

M. leprae: Mycobacterium leprae

MB: Multibacilar

MS: Ministério da Saúde

MORHAN: Movimento de reintegração das pessoas atingidas pela hanseníase.

PAP: Protocolo de Avaliação Psicológica

PB: Paucibacilar

PQT: Poliquimioterapia

OD: *Ods ration*

OMS: Organização Mundial de Saúde

SRQ20: Self Reporting Questionnaire

TMC: Transtornos Mentais Comuns

T: Tuberculóide

UFU: Universidade Federal de Uberlândia

V- Virchowiana

WHO: World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
1.1	Lepra/hanseníase e o estigma	17
1.2	O estigma e a condição atual do paciente com hanseníase.....	20
1.3	Recursos psicológicos na elaboração do adoecimento - fases ou estados psicológicos ..	22
1.4	Os fármacos do tratamento da hanseníase, os transtornos mentais comuns e o atendimento psicológico.....	24
2	OBJETIVO GERAL.....	27
2.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	27
3	JUSTIFICATIVA	28
4	METODOLOGIA.....	29
4.1	Tipos de estudo e local	29
4.2	Casuística.....	29
4.2.1	Critérios de inclusão dos sujeitos.	30
4.2.2	Critérios de exclusão dos sujeitos.....	30
4.2.3	Métodos	30
4.3.	Critérios de análise	30
4.3.1	Instrumentos	30
4.3.2	Análise estatística	32
4.4	Aspectos Éticos da Pesquisa.....	32
5	RESULTADOS	33
5.1	Descrições dos dados epidemiológicos e clínicos	33
5.2	Descrição dos Resultados do Protocolo de Avaliação Psicológica - PAP	35
5.3	Associações entre as variáveis do PAP	37
5.4	Descrições dos dados do <i>SRQ20</i> , associação dos dados epidemiológicos e clínicos e do PAP para verificação de TMC	42
5.5	Relação das variáveis entre as pessoas que tiveram TMC com as que não tiveram.	47
5.6	Regressão Logística.....	54
6	DISCUSSÃO	57
6.1	Discussão dos dados clínicos e epidemiológicos	57
6.2	Discussão dos Resultados do Protocolo de Avaliação Psicológica – PAP	58
6.3	Discussões dos Resultados do <i>SRQ20</i>	61

7	CONCLUSÃO.....	66
	REFERÊNCIAS	67
	ANEXOS	76
	Anexo 1- PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA - PAP	76
	Anexo 2 SRQ– 20	82
	Anexo 3 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	83

1 INTRODUÇÃO

Quem realiza um tratamento de hanseníase, doença estigmatizante e que pode gerar sequelas físicas e emocionais necessita também de um acompanhamento que vislumbre um olhar holístico.

No Brasil a maioria das equipes multiprofissionais que atendem ao paciente com hanseníase não possui psicólogos, nem instrumentos que avaliem esse paciente para encaminhá-lo para serviços de saúde mental, ou um protocolo que ajude os profissionais de saúde a compreender todas as instabilidades emocionais que traz a doença. O Brasil é o segundo país que mais possui casos de hanseníase no mundo e várias pesquisas avançaram, no que tange ao cuidado físico do paciente, porém percebe-se que ainda há escassez de pesquisas que objetivem compreender o paciente em sua integralidade, ou seja, analisando-o também em seus aspectos psicológicos (WHO, 2013).

1.1 Lepra/hanseníase e o estigma

Para entender sobre a hanseníase é necessário esquadrihar a história da moléstia desde os tempos mais remotos, sendo ainda conhecida como uma das doenças chamadas pelo termo lepra. Disserta Claro, (1995 *apud* CURI 2002) que as referências documentais mais antigas sobre a doença vão em direção à Índia, onde se encontra no livro *Susruth Samhita*, que data de 600 a. C., descrições de sinais, sintomas e formas da hanseníase. Da Índia a doença teria se estendido para a China e Japão. O mais antigo tratado médico chinês, o Nei Ching, escrito por volta de 300 a. C. já abordava a doença com mais propriedade, aprofundando-se nas descrições de vários aspectos. Acredita-se ser o discípulo de Confúcio, de nome Painiu, que viveu no século V a. C., o primeiro caso registrado da doença na história...

A lepra, um dos males mais antigos a afligir a humanidade, sempre constituiu alvo de inúmeras atenções específicas e destacadas. No ocidente, herdeiro da cultura hebraica, o Levítico desde cedo apontou os caminhos e atitudes para com aqueles que se revelassem portadores desse mal. Na atualidade conceitua-se lepra como uma doença crônica, bacteriana e infecciosa, clinicamente definida e curável em todas as suas manifestações e estágios de desenvolvimento. (CURI 2002, p.I).

O Levítico, na Bíblia, é o terceiro livro do Pentateuco nos capítulos 13 e 14, onde se encontra descrito passagens e rituais em relação ao leproso. Atualmente se sabe que: “A hanseníase é uma infecção granulomatosa crônica, que afeta principalmente a pele e os nervos periféricos sendo transmitidas pelas vias aéreas superiores de pessoa a pessoa através do convívio de susceptíveis com doentes bacilíferos sem tratamento” (LOCKWOOD 2004).

A afecção pode ser mais bem entendida se for considerada associação de duas doenças. A primeira é uma infecção crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*, organismo

intracelular obrigatório que induz extraordinária resposta imune nos indivíduos acometidos. A segunda é neuropatia periférica iniciada pela infecção e acompanhada por eventos imunológicos, cuja evolução e seqüelas freqüentemente se estendem por muitos anos após a cura da infecção, podendo levar a grave debilidade física, social e conseqüências psicológicas. (SCOLLARD, *et al* 2006 p.19).

A hanseníase apresenta longo período de incubação; em média, de dois a sete anos, o que torna o diagnóstico ainda mais difícil de ser realizado, pois segundo o BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE (2005) há referências relacionadas a períodos mais curtos, de sete meses, como também mais longos de dez anos.

Não há como falar de hanseníase sem citar o estigma, que para Goffman (1975) pode se apresentar em três formas: as deformações físicas (deficiências motoras, auditivas, visuais, desfigurações do rosto, etc.), características e alguns desvios de comportamento (distúrbios mentais, vícios, toxicodependências, sexualidade, reclusão prisional, etc.) e estigmas tribais (relacionados com a pertença a uma raça, nação ou religião). O estigma ocorre quando a sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias. O processo de estigmatização não ocorre devido à existência do atributo em si, mas, pela relação incongruente entre os atributos e os estereótipos que as pessoas “normais” criam para um determinado tipo de pessoa.

Segundo Moreira (2004) o estigma é definido como uma diferença indesejada, uma característica pejorativa que acarreta na intolerância do grupo no qual o mesmo se encontra inserido, portanto, alude-se às marcas, atributos sociais que um indivíduo, grupo ou povo carregam e cujo valor pode ser contraproducente e que pode determinar para quem o “carrega” um fardo de exclusão.

E um dos fatores para se explicar o estigma é que o bacilo tem predileção por regiões corporais mais frias, assim se explica o acometimento das extremidades no portador deste agravo (GOMES; FRADE; FOSS, 2007). Os portadores da moléstia, quando sem tratamento poderão apresentar lesões na pele e nos nervos acarretando em deformidades nas regiões como os pés, mãos e no rosto, ou seja, essas deformidades ficam em regiões visíveis aos outros indivíduos. Outro fator que pode ser citado é a história da doença que “por si só” é estigmatizante.

A hanseníase, cujo termo era conhecido na antiguidade como lepra e ainda empregado pela língua inglesa e em muitos outros países, possui esse fator estigmatizante, que é a própria história da doença, principalmente anterior à descoberta do agente etiológico. Por muitos anos, os portadores de hanseníase, por não existirem estudos, tratamentos e cura, viveram em situações de exclusão. Por desconhecimento de como lidar com a situação do doente transmitindo a hanseníase e a solução encontrada pela sociedade, a igreja e o governo era a exclusão desses indivíduos.

Segundo Curi (2002) no Brasil, a segregação das pessoas com lepra foi uma medida de controle da doença implementada pelo Estado e legitimada pela sociedade, entre os anos de 1920 e 1960. A justificativa do isolamento se dava em função da doença carregar consigo um forte estigma e historicamente estar relacionada com as noções de pecado e corrupção.

Segundo Carvalho (2009), a hanseníase era designada como lepra e vinculada às ideias de sujeira, promiscuidade e miséria humana. Os indivíduos doentes eram aqueles com quem a sociedade não queria se relacionar, nem mesmo entre entes da mesma família. Além desse fato, o escasso conhecimento médico sobre a doença, se era hereditária ou não, como se dava a transmissibilidade e a dificuldade em isolar o bacilo causador, também contribuíam para que a política de isolamento se sustentasse.

Em 1982, a OMS passou a usar a poliquimioterapia. O que também influenciou os leprosários serem transformados em hospitais gerais; os muros derrubados e os portões abertos coincidindo com o fim da Ditadura Militar, em 1986 (TEIXEIRA; BESSA, 2013)

Pode se dizer que atualmente a hanseníase ainda é um problema de saúde pública em muitos países em desenvolvimento.

Conforme dados da Organização Mundial de Saúde em 2012 foram notificados 232.857 casos novos de hanseníase no mundo, cuja maior concentração de indivíduos acometidos pela moléstia encontra-se no sudeste asiático e algumas regiões das Américas, destacando-se Índia e Brasil, com atributos de primeiro e segundo lugar no planeta de casos novos da doença, respectivamente. No Brasil, foram detectados 33.303 casos novos de hanseníase, mesmo com o declínio da incidência anual desta morbidade desde o ano de 2004 (WHO, 2013).

Segundo BRASIL / Ministério da Saúde (2005) a hanseníase é considerada doença de notificação compulsória em todo o território nacional, sendo foco de atuação na saúde pública, devido a seu potencial incapacitante e por acometer a faixa etária economicamente ativa.

1.2 O estigma e a condição atual do paciente com hanseníase

Atualmente mesmo com tratamento e cura da hanseníase, o estigma que se estende há muitos anos se faz presente no imaginário das pessoas dificultando a aceitação da condição de estar doente pelo paciente e por outros indivíduos de seu convívio. Apesar dos expressivos avanços no que refere a seu diagnóstico, controle e tratamento, ainda hoje apresenta uma carga incomensurável de estigma em consequência, principalmente, de sua construção sócio-histórica, marcada pelo preconceito e o isolamento dos doentes (VIDERES; SIMPSON, 2011).

Segundo BRASIL, Ministério da Saúde (2002) os sinais e sintomas que o paciente pode experimentar com a doença são: manchas na pele de cor parda, esbranquiçadas ou eritematosas; aparecimento de caroços, inchaço ou dormência em algumas regiões do corpo, comprometimento dos nervos periféricos, dor; alteração da musculatura esquelética principalmente a das mãos, que resulta nas chamadas “mãos em garra”. Além da perda da sensibilidade local que pode levar a feridas e às inflamações como a osteomielite causando a aparência de desabamento ou absorção de dedos e nariz e também as infiltrações no que caracteriza a “fácies leonina” característica da forma virchowiana da doença. Vale ressaltar que muitos pacientes ainda não são diagnosticados na fase inicial da doença, o que pode gerar essas sequelas.

Outro ponto a se avaliar é que quando em tratamento da poliquimioterapia multibacilar, PQT / MB, o paciente pode ter como efeito colateral de um dos medicamentos o ressecamento da pele, que pode evoluir para ictiose, alteração na coloração da pele e suor. Essas alterações de sua aparência podem gerar baixa autoestima, BRASIL, Ministério da saúde (2010).

O psicólogo deve avaliar o impacto emocional que o diagnóstico provoca no paciente e acolhe-lo nesse processo. O diagnóstico provoca um impacto emocional intenso e negativo, que pode variar de acordo com as condições socioeconômicas dos indivíduos, desencadeando atitudes de autoestigmatização, perturbando a integridade psicológica dos doentes, pois quando o sujeito fica sabendo que é portador dessa doença geralmente está imbuído de preconceitos, tem pouca ou nenhuma informação e carrega histórias e crenças de sua comunidade, quase sempre infundadas sobre o que é hanseníase e seu tratamento (COELHO, 2008).

Para Braden (2000), a autoestima é a soma da autoconfiança com o autorespeito. Ela reflete o julgamento implícito da capacidade de lidar com os desafios da vida, entender e dominar os problemas, e o direito de ser feliz, respeitar e defender os próprios interesses e necessidades.

A autoimagem se desenvolve na interação social (ROGERS, 1951). As alterações físicas nas mãos, pés e face desencadeadas por sequelas da hanseníase podem também contribuir para o estigma e para outros problemas de ordem social na vida do paciente com hanseníase como a restrição de não mais realizar algumas atividades sejam domésticas, de lazer ou relacionadas ao seu ofício. Esse quadro poderá ser temporário ou permanente, conforme a decorrência apresentada por cada paciente.

É importante no diagnóstico avaliar os medos que os próprios pacientes ou as pessoas de sua convivência enfrentam, seja de seu convívio pessoal ou profissional. Muitos pacientes ainda apresentam medo real que é o que antecede um fato que realmente pode acontecer ou medo fantasmático, aquele que está somente no imaginário do indivíduo.

Fongaro e Sebastiani (1996) definem medo real como a emoção ligada a um evento do mundo interno que afeta autoestima ou ao mundo externo, sendo o mesmo sujeito ao juízo de realidade. Medo fantasmático é a emoção ligada a evento do mundo interno ou externo que não está sujeito ao juízo de realidade, não há identificação clara do objeto ameaçador, este é indiferenciado, desencadeando mecanismos primitivos de enfrentamento, sendo presente a ansiedade de característica psicótica, intensa e confusional.

No atendimento psicológico um dos medos relatados pelo paciente com hanseníase é o de transmitir a doença mesmo não sendo da forma MB, ou seja, transmissível. Outros relatam, por exemplo, sentir medo de morrer por causa do diagnóstico de hanseníase e seu quadro clínico não encaminhar para este desfecho. Ou de ser discriminado, de ficar com a pele escurecida e da doença não ter cura. Na maioria das vezes o medo é gerado pela falta de informação do paciente ou pelas representações que se tem da doença.

Para Coelho (2008), tais representações vêm acompanhadas pela vergonha em expor suas manchas, a preocupação em contagiar seus parentes mais próximos e a ansiedade diante dos preconceitos da sociedade. Essas atitudes provocam alterações na autoestima, na relação que o doente tem com seu trabalho e principalmente com sua família.

1.3 Recursos psicológicos na elaboração do adoecimento - fases ou estados psicológicos

O estigma carregado há anos interfere na aceitação da doença, do tratamento e autocuidado dos pacientes. Quando o paciente é informado do diagnóstico e ao longo do tratamento ele passa por fases ou estados psicológicos no que diz respeito à “aceitação” da doença/ tratamento. É importante identificar as emoções envolvidas nesse processo.

Segundo Kubler-Ross (1969), Stedeford (1986) e Ziegler (1977) entre outros, a avaliação psicológica dos pacientes em que as perdas e o luto advindos destas estão ligados aos processos de perda da saúde. Os estados emocionais vividos por estes pacientes são: negação, barganha, revolta, depressão, aceitação e ganho secundário (FONGARO; SEBASTANI, 1996).

A negação é um estado psicológico presente após o diagnóstico, mas também em casos de recidiva que é quando o paciente adoece novamente. Nesse estágio o paciente ainda apresenta-se incrédulo no diagnóstico e demonstra ansiedade frente à notícia, ou seja, o mecanismo de defesa “negação” está colaborando para manter a integridade do ego. Nessa fase é importante investigar se a negação está mantendo a integridade do ego, mas também se está permitindo um mínimo de contato com a realidade da doença, aqui é importante observar se a ansiedade está em um nível psicótico.

Após passar pela fase da negação, o paciente começa a fase da barganha que é a negociação, buscando uma solução para o seu sofrimento e é nessa fase que pode aparecer o aspecto religioso como forma de se fortalecer. Já tendo passado pela fase da barganha o paciente passa pela fase da revolta, podendo assim ser notado maior predominância da pulsão agressiva do modo manifesto. E pode surgir em seus mais variados matizes, tais como: raiva, sadismo, inconformismo e ressentimento. É nessa fase que o paciente acredita que é o outro que é causador de sua dor física ou psíquica, pois sua autonomia e liberdade esta sendo atacada. Para Kübler-Ross (1969) nessa fase, que por ela é descrito como raiva, se o paciente é respeitado e compreendido, a quem são dispensados tempo e atenção logo abaixará a voz e diminuirá suas exigências irascíveis. Saberá que é um ser humano de valor que necessita de cuidados.

Depois da revolta “A quarta fase que o paciente vivencia é a fase que é chamada de depressão, onde ele entra em contato com a perda da saúde e a tristeza gerada por tal condição, sendo acompanhado pelos sinais e sintomas de quadros depressivos.” (FONGARO; SEBASTIANI, 2011). A depressão também é uma fase importante, pois é aqui que o paciente inicia uma elaboração da doença e necessidade do tratamento.

A fase mais desejada pela equipe de saúde e familiares de modo geral é a aceitação. Como bem explicam Fongaro e Sebastiani (2011) sobre aceitação:

Estado psicológico onde há a compreensão real dos limites e possibilidades impostas pela doença, hospitalização, tratamento e a vida, com a ocorrência de flexibilidade e fluência para lidar com a crise que se instalou. Nesse caso, a ansiedade encontra-se em nível suportável para o paciente, família e equipe de saúde...

É também importante entender sobre “Ganho secundário no qual o indivíduo passa a se relacionar com o mundo via doença, sendo parte estruturante de sua identidade” (FONGARO; SEBASTIANI, 2011). Pode se identificar essa fase em alguns pacientes da hanseníase, o que se explica pelo tratamento, às vezes ser longo, de até dois anos ou se estender por mais tempo devido às sequelas físicas.

Para Souza Neta (2010), a doença pode ser utilizada ainda para se obter ganhos, que na maioria das vezes, traz problemas para aqueles que convivem com os pacientes. Nessa fase o paciente parece se tornar dependente da equipe, de atestados médicos, do INSS, ou usa a doença para ter mais atenção dos familiares e amigos.

É importante entender em qual fase da doença o paciente se encontra para que a equipe de saúde possa ajudá-lo a alcançar a aceitação para uma boa adesão ao tratamento e ainda poder evitar a fase do ganho secundário por também se tornar difícil para a equipe lidar com esse fato.

1.4 Os fármacos do tratamento da hanseníase, os transtornos mentais comuns e o atendimento psicológico.

Além das consequências de caráter físico os efeitos adversos das medicações também podem ser psíquicos. Um dos fármacos, usados na poliquimioterapia, é o Dapsona que pode causar efeitos adversos como manifestações neuropsíquicas com quadro frequente de cefaleia e fadiga, podendo excepcionalmente ocorrer psicose. (GOULART *et al.*, 2002).

Outro fármaco é a prednisona usada para tratamento das reações hansênicas e que pode causar transtornos psíquicos e agravar condições preexistentes de instabilidade emocional ou tendências psicóticas, tais como: euforia, alterações do humor; depressão grave com manifestações psicóticas, alterações da personalidade, hiperirritabilidade e insônia (JACOBSON, 1985; BRUNTON; CHABNER; KNOLLMAN, 2012).

A presença de uma equipe multiprofissional é fundamental para auxiliar o paciente a seguir corretamente o tratamento. Quando o paciente chega ao serviço para diagnóstico de hanseníase ele será avaliado pela equipe multiprofissional que em alguns serviços possuem o psicólogo. Na primeira consulta com o psicólogo, além de acolhê-lo nesse momento de diagnóstico que, para muitos pode ser de difícil aceitação, este poderá avaliar o estado emocional em que o paciente se encontra. O atendimento clínico psicológico poderá ser o acolhimento, aconselhamento psicológico, terapia de apoio, psicoterapia breve ou o acompanhamento do tratamento baseado em uma abordagem psicológica de escolha ou formação do psicólogo que está no serviço de hanseníase.

Dentre os estados emocionais que o psicólogo pode avaliar em uma consulta clínica, destacamos os transtornos mentais comuns (TMC), que assinalam quadros clínicos em indivíduos com sintomas de ansiedade, depressão ou somatização e que não satisfazem a todos os critérios de doença mental de acordo com a Classificação Internacional das Doenças - CID-10 (1993). (OMS, 1998).

Desde o primeiro contato com o paciente é possível identificar sintomas depressivos, de ansiedade ou somáticos através de instrumentos psicológicos.

É essencial identificar esses sintomas de TMC, pois as questões psicológicas devem fazer parte da avaliação do usuário no e pelo serviço, verificando o seu grau de sofrimento psíquico para realizar encaminhamentos, alertar a equipe ou mesmo planejar a psicoterapia, pois alerta Boing *et al.* (2012) que pessoas com uma ou mais doenças crônicas apresentam maior prevalência de depressão.

Baialardi (2007) cita que os sentimentos relacionados à hanseníase que é uma doença milenar, como o medo, a vergonha, a culpa, a exclusão social, a rejeição e a raiva, estão internalizados no psiquismo de seus portadores.

O paciente com diagnóstico de hanseníase não deve se submeter a nenhum tipo de restrição em relação às suas atividades cotidianas relacionadas com a família, trabalho, escola e lazer. (MINAS GERAIS/SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2006).

O psicólogo deve acompanhar e avaliar o paciente de hanseníase ao longo do período de tratamento e reações hansenicas, pois as mudanças ocorridas no corpo, a rejeição e o abandono da família, dos amigos, a perda do emprego, do padrão de vida e da sua saúde em geral, pelos intermináveis tratamentos a que são submetidos, são situações de seu cotidiano. O doente de hanseníase necessita resgatar seus vínculos e valores, recuperar sua autoestima, compartilhar sentimentos e relacionar-se para integrar-se ao mundo real (BAIALARDI 2007).

O papel do psicólogo na atenção ao paciente como define Souza (2008) é de possibilitar por meio do atendimento, que a pessoa doente possa identificar recursos pessoais para enfrentar essa situação nova e ameaçadora que é a doença, favorecendo dessa forma o bom curso do tratamento.

Um Protocolo de Avaliação Psicológica (PAP) tem sido proposto por Fongaro e Sebastiani (2011) para avaliar os conteúdos relativos a vida do paciente, da infância aos dias atuais, as emoções ligadas ao adoecer, ao estado emocional geral, postura frente à doença e à vida (se foram vítimas de discriminação, se sentem medo de serem discriminados, se ocorreu alguma mudança drástica na vida com a doença, seus medos em relação à doença e em qual fase emocional da doença se encontra o paciente) que tem sido eficiente para avaliação psicológica de pacientes com doenças crônicas.

Outro instrumento denominado *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20), uma escala de avaliação psicológica, tem sido recomendado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1994) para avaliação de transtornos mentais comuns (TMC) em serviços de atenção primária (HARDING *et al.*, 1980).

O SRQ é um instrumento de rastreamento psiquiátrico originalmente composto por 30 itens. A versão brasileira do SRQ-20 (versão com as 20 questões para rastreamento de transtornos mentais não-psicóticos) foi validada na década de 1980 (MARI; WILLIAMS, 1986).

A avaliação psicológica no serviço de saúde é essencial para identificar esses sintomas de TMC e a aplicação de instrumentos validados internacionalmente devem fazer parte da propedêutica do psicólogo visando o psicodiagnóstico dos pacientes que, no presente caso, são naqueles afetados por hanseníase, identificando o seu grau de sofrimento psíquico e objetivando alertar a equipe sobre a necessidade de encaminhamentos para o planejamento psicoterapêutico.

Às vezes, o estigma da hanseníase pode afetar o “estado psiquiátrico” do paciente (BHARATH, *et al*, 2001) .

Para Fossi e Guareschi (2010) as equipes de saúde relatam que em alguns casos, somente a ajuda médica não basta para o tratamento ser bem sucedido: o ser humano é muito mais que um corpo físico, e assim, o atendimento integral a saúde é indiscutível.

2 OBJETIVO GERAL

Este estudo objetivou aplicar o protocolo de avaliação psicológica (PAP) e o *SRQ-20* para identificar as características emocionais presentes nos pacientes com hanseníase, visando avaliar a incidência de TMC, rastrear os pacientes com maior risco de sofrimentos psíquicos, que podem impedir a adesão ao tratamento e encaminhar precocemente esses indivíduos para psicoterapia.

2.1 Objetivos Específicos:

- Descrever as características sócio-demográficas e clínicas dos pacientes com hanseníase.
- Investigar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (sintomas de ansiedade, depressão e psicossomáticos) na população de pacientes com diagnóstico de hanseníase por meio da aplicação do questionário *SRQ-20*.
- Realizar avaliação psicológica do paciente por meio de protocolo específico de análise do histórico de vida, de identificação dos medos, das fases da doença, da autoestima e das mudanças drásticas de vida.
- Avaliar a associação entre as características sócio-demográficas e clínicas dos pacientes com hanseníase e a prevalência de Transtornos Mentais Comuns.
- Avaliar a associação entre os Transtornos Mentais Comuns e as variáveis do Protocolo de Avaliação Psicológica.
- Identificar variáveis de risco para incidência de transtornos mentais comuns nessa população afetada por hanseníase.
- Fornecer aos psicólogos instrumentos para trabalhar nas equipes de saúde de hanseníase.

3 JUSTIFICATIVA

Este estudo se justifica por alguns motivos abaixo relacionados.

O primeiro é a escassez de estudos científicos sobre as características psicológicas do paciente acometido pela hanseníase, doença carregada de estigmas que podem provocar efeitos psicossociais negativos na vida do indivíduo.

Segundo, diz respeito à importância da identificação de perfis de risco potencial que possam impedir a adesão dos pacientes a um tratamento prolongado, o que pode agravar o quadro da doença no indivíduo afetado por hanseníase, bem como gerar um problema de saúde pública mantendo a cadeia de transmissão do bacilo causador da doença.

Terceiro, a necessidade de identificação precoce de distúrbios psicológicos nos pacientes com hanseníase, virgens de tratamento, haja vista que o tratamento poliquimioterápico (PQT) e dos estados reacionais podem desencadear efeitos adversos psíquicos potencialmente graves e que precisam de intervenção psicoterapêutica.

Por último, demonstrar que a presença do psicólogo na equipe de saúde que realiza o tratamento destes pacientes é essencial para que se possa oferecer um cuidado integral e integrado ao paciente com hanseníase e auxiliar a equipe no manejo dessa população negligenciada.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipos de estudo e local

Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal porque os indivíduos estão sendo analisados em um corte no tempo. Todas as definições são feitas em um único momento e permite calcular a prevalência (JORGE, 1999).

A pesquisa ocorreu no Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária e Hanseníase (CREDESH), Hospital de Clínicas, Universidade Federal de Uberlândia - MG. O CREDESH/UFU/UFU possui uma equipe multiprofissional formada por médicos hansenólogos, dermatologistas e ortopedista, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogo, dentista, farmacêutico, técnicos de enfermagem e técnico ortesista. Atualmente são realizados atendimentos de pacientes com hanseníase, do município sede, região e outras áreas do território brasileiro por se tratar de um centro de referência de âmbito nacional.

4.2 Casuística

Foram alocados no estudo os pacientes diagnosticados com hanseníase atendidos no CREDESH/HC/UFU, no período de Agosto de 2011 a Setembro de 2013. Os pacientes atendidos passam por exames clínicos e laboratoriais, por equipe multiprofissional, para definição de forma clínica, classificação operacional e grau de incapacidade física no diagnóstico.

Para classificação operacional são utilizados os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS 1982), que define em paucibacilares (PB) os pacientes com até cinco lesões cutâneas e baciloscopia negativa; e multibacilares (MB), aqueles pacientes com seis ou mais lesões cutâneas e/ou baciloscopia positiva (OMS, 1982). A classificação de Ridley e Jopling (1985) é utilizada para definir cinco formas clínicas: tuberculóide (T), dimorfa tuberculóide (DT), dimorfa dimorfa (DD), dimorfa virchowiana (DV) e virchowiana (V).

De acordo com a portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010 do Ministério da Saúde utiliza-se a classificação do grau de incapacidade física com os seguintes critérios: grau 0 (zero), quando não há comprometimento neural nos olhos, nas mãos ou pés; grau 1 (um), que corresponde à diminuição ou perda de sensibilidade e grau 2 (dois), que indica a presença de incapacidades e deformidades do tipo lagofalmo, garras, reabsorção óssea, mãos e pés caídos, entre outros.

4.2.1 Critérios de inclusão dos sujeitos.

Na pesquisa foram incluídos os pacientes com hanseníase no momento do diagnóstico, virgens de tratamento para reações hansenicas ou hanseníase.

4.2.2 Critérios de exclusão dos sujeitos

Foram excluídos da amostra: pacientes menores de 18 anos, indivíduos com incapacidade para entendimento e participação na entrevista, pacientes que se negaram a participar da entrevista e indivíduos proveniente de outros serviços sob uso prévio ou atual da medicação para hanseníase ou reações hansenicas.

O número de sujeitos que foram avaliados e que se encontravam dentro dos critérios da pesquisa são 130 pacientes no período de Agosto de 2011 a Setembro de 2013.

4.2.3 Métodos

Conforme rotina no CREDESH/HC/UFU, os pacientes no diagnóstico da hanseníase foram encaminhados ao setor de psicologia pela equipe multiprofissional colaboradora. O setor de psicologia no primeiro atendimento aplicou os instrumentais: Protocolo de Avaliação Psicológica (PAP) e o questionário para identificação de Transtornos Mentais Comuns (*Self Reporting Questionnaire - SRQ20*) aos pacientes e convidava-os a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido para a presente investigação.

A aplicação do PAP e do *SRQ20* foi realizada somente por uma psicóloga, a pesquisadora desse estudo, que atua no atendimento clínico psicológico dos pacientes com hanseníase no CREDESH/HC/UFU. O primeiro atendimento possui duração de cinquenta minutos à uma hora e trinta minutos. Caso não fosse suficiente para aplicação de todas as perguntas era agendado um segundo atendimento.

4.3 Critérios de análise

4.3.1 Instrumentos

Para a realização deste levantamento de informações foram utilizados os seguintes instrumentos científicos: o Protocolo de Avaliação Psicológica (PAP) e o questionário para

identificação de Transtornos Mentais Comuns (*Self Reporting Questionnaire - SRQ20*), que foram aplicados no diagnóstico dos pacientes, antes de iniciarem o tratamento com poliquimioterapia (PQT), ou seja, “virgens” de tratamento medicamentoso. Ambos são aplicados na rotina do atendimento do setor de psicologia do CREDESH. A decisão de fazer as perguntas aos participantes verbalmente ao invés de auto-administrada foi devido à elevada proporção de pacientes com pouca escolaridade.

O Protocolo de Avaliação Psicológica - PAP (ANEXO I, FONGARO; SEBASTIANI, 2011) foi aplicado para avaliar os conteúdos relativos ao histórico de vida do paciente, da infância à fase adulta/ dias atuais, das questões relacionadas ao adoecimento, do estado emocional geral, postura frente à doença e à vida (se foram vítimas de discriminação, se sentem medo de serem discriminados, se ocorreu alguma mudança drástica na vida com a doença, seus medos em relação a doença e avaliado em qual fase emocional da doença se encontrava o paciente). Outro instrumento foi a escala de avaliação denominada (*Self Reporting Questionnaire - SRQ-20*) (WHO, 2009). (ANEXO II, HARDING *et al.*, 1980), instrumento recomendado pela Organização Mundial de Saúde para avaliação de Transtornos Mentais Comuns (TMC) em serviços de atenção primária. O SRQ20 foi validado no Brasil por Mari e Willians (1986). As questões foram elaboradas para detecção de distúrbios “neuróticos”, chamados atualmente de transtornos mentais comuns (TMC). O termo é empregado na literatura médica, referindo-se a um conjunto de sintomas pesquisados por meio deste instrumento. Considera-se a positividade do *Self Report Questionnaire* como um indicador da presença de transtornos psiquiátricos, principalmente depressão, ansiedade e transtornos à personalidade. O teste não é de uso exclusivo entre grupos populacionais específicos.

O SRQ20 é composto de 20 questões e para uma pessoa ser considerada como possível caso com TMC, se utiliza a pontuação 7/8 para homens e mulheres, respectivamente, conforme preconizado para esse instrumento, com sensibilidade de 86,33% e especificidade de 89,31% (MARI; WILLIANS, 1986), ou seja, estudo de validação do SRQ20 no Brasil. Conta-se as respostas afirmativas (sim) que valem um ponto cada uma. Este ponto de corte permite a obtenção de dois grupos: de um lado os indivíduos com maior probabilidade de ter um transtorno mental comum e de outro, um grupo com maior probabilidade de não o ter. Os indivíduos que responderem “sim” para sete/ oito ou mais questões do SRQ20, que correspondem a sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, ansiedade, queixas somáticas e desejo de morte serão considerados como tendo TMC. O SRQ20 tem sido indicado para *screening* de prováveis casos de transtorno mental visando os encaminhamentos para serviço de saúde mental (WHO, 2001).

4.3.2 Análise estatística

Para comparar as variáveis que apresentavam padrão de respostas qualitativas, utilizou-se o teste de **qui-quadrado** do tipo independência (Siegel, 1977). Quando ocorreram algumas caselas das tabelas de contingência, as quais as frequências eram muito baixas (menores do que 5), foi realizado o teste via simulação de **Monte Carlo**. Portanto, via simulação de Monte Carlo, a partir de 10.000 reamostragens e um intervalo de confiança de 95%, gerou-se uma distribuição empírica de qui-quadrado, a partir da qual se obteve a significância ou p-valor do teste. Portanto, nestes casos os valores da estatística de qui-quadrado, não foram apresentados, pois não houve necessidade deles para obtenção destas significâncias. Portanto, quando a significância foi menor que 0,05 os resultados das perguntas avaliadas são dependentes. Já quando a significância ou p-valor for maior que 0,05 conclui-se que os resultados das perguntas avaliadas são independentes.

Para comparar as proporções dos níveis de atributos, variáveis qualitativas, em relação à ocorrência ou não de TMC, utilizou-se o **teste não paramétrico da binomial** para diferença entre proporções (SIEGEL, 1977).

Já para verificar quais variáveis que mais impactam na ocorrência ou não de TMC e como se dá este impacto, realizou-se a **regressão logística múltipla e simples**, tendo como variável dependente a ocorrência ou não de TMC.

O programa estatístico utilizado foi o *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS. versão 22.0 português.

4.4 Aspectos Éticos da Pesquisa

O presente estudo embasa sua metodologia nos princípios éticos da Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 que apresentam diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa para execução do trabalho foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia, e somente após a aprovação e liberação de um parecer sobre o estudo, que o levantamento de informações dos pacientes foi iniciado. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido e explicado para cada entrevistado, todas as dúvidas foram sanadas para que o mesmo tivesse todas as condições necessárias para decidir participar ou não da pesquisa. Aprovação: CEP: Nº. 499/11 para o protocolo registro CEP/UFU 150/11 em 12 agosto 2011.

5 RESULTADOS

5.1 Descrições dos dados epidemiológicos e clínicos

Os resultados referentes às frequências observadas absolutas e percentuais, dos níveis de cada uma das variáveis (atributos) gênero, raça, escolaridade, religião e estado civil, faixa etária e grau de incapacidade estão apresentados na Tabela I.

Foram incluídos nessa pesquisa um total de 130 pacientes. Em relação ao gênero pode-se verificar que 54,6% (71 /130) são masculinos e 45,39 % (59/130) são femininos. Evidenciou-se uma pequena predominância das pessoas do sexo masculino.

Em relação a etnia dos pacientes analisados apresentou-se a seguinte distribuição: 41,76% (53/130) são brancos, 38,46% (50/130) são pardos e 20,78 (27/130) negros.

A religião mais prevalente foi católica com 69,23% dos participantes (90/130), seguida de evangélicos 21,54% (28/130) e espíritas 1,54 % (2/130). Entretanto, 6,9% (9/130) dos participantes relataram não participar de nenhuma religião e menos de 1% (0,77%) relatou pertencer à outra religião.

Segundo o que determina a Constituição Federal e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), o ensino fundamental é do 1º ao 9º ano escolar, sendo assim aproximadamente cinquenta por cento da amostra analisada apresenta escolaridade até o ensino fundamental, 69,7% (91/130). O percentual com ensino superior foi de 3,1% (4/130).

O estado civil da maioria dos pacientes é casado com a porcentagem de 45,39% (59/130) e união estável 20,0% (26/130). Totalizando mais de 60% da amostra.

Foi critério de inclusão para essa pesquisa ser maior de 18 anos. O percentual de pessoas com idade de 18 a 26 anos é muito pequeno (6,2%; 8/130). Mais de 50% da amostra analisada 56,9% (74/130) apresenta idade superior a 46 anos. A população Economicamente Ativa (PEA) é composta pelas pessoas de 10 a 65 anos de idade. A amostra analisada 74,61% (97/130) apresenta idade dos 18 aos 59 anos de idade. E de idosos, ou seja, acima de 60 anos de idade foi 25,4% (33/130).

Para a amostra estudada, o grau de incapacidade no diagnóstico (GID) da maioria dos pacientes foi zero (63,1%; 82/130) e 36,9% (48/130) com grau 1 e 2 sendo que o grau 2 (13,1%; 17/130) configura deformidade.

Tabela 01. Distribuição de pacientes com hanseníase segundo atributos: gênero, raça, escolaridade, religião, estado civil, faixa etária, grau de incapacidade e forma clínica. CREDESH/HC/UFU, 2013.

Atributos		N	%
Gênero	Feminino	59	45,4
	Masculino	71	54,6
Grupo Étnico	Branco	54	41,53
	Pardo	49	38,5
	Negro	27	20,8
	Não alfabetizado	16	12,4
Escolaridade	Ensino fundamental	91	69,7
	Ensino médio	19	14,7
	Ensino superior	4	3,1
	Evangélico	28	21,5
Religião	Católico	90	69,2
	Espírita	2	1,6
	Não participam	9	7
	Outras	1	0,7
Estado Civil	Solteiro	18	13,8
	Casado	59	45,4
	União estável	26	20,0
	Separado	16	12,3
	Viúvo	11	8,5
Faixa Etária	18 – 25	8	6,2
	26 – 35	13	10
	36 – 45	35	26,9
	46 – 59	41	31,5
	≥ 60	33	25,4
Grau de Incapacidade no Diagnóstico	0	82	63,1
	1	31	23,8
	2	17	13,1
Total		130	100,0

grau 0 (zero), quando não há comprometimento neural nos olhos, nas mãos ou pés;

grau 1(um), que corresponde à diminuição ou perda de sensibilidade

grau2 (dois), que indica a presença de incapacidades e deformidades do tipo lagofalmo, garras, reabsorção óssea, mãos e pés caídos, entre outros.

Os resultados referentes às frequências observadas na forma clínica são apresentados na Tabela 2.

Em relação à classificação operacional da doença (73,0%; 95/130) apresenta a classificação MB, enquanto que o restante apresenta classificação PB.

Com relação à forma clínica, a maior frequência é da forma DT. Os menores percentuais estão nas formas I, T e DD.

Tabela 02. Distribuição de pacientes com hanseníase segundo atributo forma clínica. CREDESH/HC/UFU, 2013

Forma Clínica	Classificação Operacional*			
	PB		MB	
	N	%	N	%
Indeterminada	5	14,3	0	0,0
Tuberculóide	9	25,7	0	0,0
Dimorfa Tuberculóide	21	60,0	42	44,2
Dimorfa Dimorfa	0	0,0	10	10,5
Dimorfa Virchowiana	0	0,0	19	20,0
Virchowiana.	0	0,0	24	25,2
Total	35	100,00	95	100,00

* Classificação operacional: PB- Paucibacilar; MB- Multibacilar

5.2 Descrição dos Resultados do Protocolo de Avaliação Psicológica - PAP

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (BRASIL,1990), criança é considerada a pessoa até os doze anos incompletos, enquanto entre os doze e dezoito anos, é considerada adolescente. Foi considerado, no protocolo de avaliação psicológica – PAP, vida adulta até os dias atuais do paciente, ou seja, até o dia que o paciente foi entrevistado após a fase da adolescência. Para esse protocolo foi considerado infância não satisfatória como: educação severa, violência, condições financeiras precárias, abandono, etilismo, separação dos pais; ou outros eventos que os pacientes consideraram como fatores que interferiram na qualidade da infância.

Na avaliação relacionada ao protocolo da adolescência e vida adulta, foi considerado como não satisfatórias quando ocorreu algum evento que o indivíduo julgou de interferência em sua vida: como violência doméstica, etilismo do parceiro (a), separação, morte de alguém da família.

Os resultados das frequências das variáveis relacionadas ao PAP são apresentados nas tabelas 4 e 5. No protocolo de avaliação psicológica, PAP, (FONGARO; SEBASTIANI, 2011). 31,53% (41/130) relataram infância não satisfatória. A adolescência não foi satisfatória para 23,8 % (30/130), e 16,9% (22/130) relataram vida adulta, até os dias atuais, não satisfatórias.

Pacientes de hanseníase revelaram sentir medo em ser discriminados por causa da doença 31,53% (41/130) dos entrevistados, seja no trabalho ou em outras relações sociais. No entanto, 16,9% (22/130) sofreram discriminação, ou seja, situações como medo dos familiares de contrair hanseníase sejam por compartilhar utensílios domésticos, objetos para uso de higiene, dormir no mesmo quarto, medo do parceiro de contaminação da hanseníase pelo ato sexual, ou somente por visitar parentes foram relatadas pelos entrevistados.

Nesta pesquisa 13,07% (17/130) dos pacientes sofreram com mudanças drásticas na vida devido à hanseníase, ou seja, não conseguir exercer seu ofício, atividades domésticas e/ou lazer devido à incapacidade física.

Na amostra estudada 29,23% (38/130) foram avaliados como possuindo baixa autoestima.

Entre os participantes 31,53% (41/130) possuem medo real, de acordo com uma situação que realmente pode acontecer, e 22,3% (29/130) possuem medo fantasmático (medo de transmissão, de não poder mais trabalhar, de ficar com sequelas, medo de perder membros, da doença não possuir cura, de morrer, de ter que ser isolado, de nunca mais poder realizar uma atividade de lazer como a pesca, de engordar com o tratamento), mesmo quando seu quadro clínico não direcionava para essas consequências.

Em relação à fase da doença, 31,53% (41/130) se encontravam na fase da aceitação, porém 23,1% (30/100) se encontravam na fase da barganha, 25,15% (34/130) na fase da negação e 10% (13/130) na fase da revolta, que são fases que o paciente encontra em sofrimento emocional por ainda não ter compreensão total do seu estado de saúde (FONGARO; SEBASTIANI, 2011).

Tabela 03. Distribuição de pacientes com hanseníase segundo atributos do PAP: infância, adolescência, vida adulta, vítima de discriminação, Medo de ser discriminado, mudanças drásticas devido á doença, autoestima, medo real ou fantasmático, fases da doença. CREDESH/HC/UFU, 2013.

Atributos do PAP		N	%
Infância	Não satisfatória	41	31,5
	Satisfatória	89	68,5
Adolescência	Não satisfatória	30	23,1
	Satisfatória	100	76,9
Vida adulta até os dias atuais	Não satisfatória	22	16,9
	Satisfatória	108	83,1
Vítima de discriminação	Não	101	77,7
	Sim	29	22,3
Medo de ser discriminado	Não	89	68,5
	Sim	41	31,5
Mudanças drásticas devido à doença	Não	113	86,9
	Sim	17	13,1
Autoestima	Alta	92	70,8
	Baixa	38	29,2
	Não tem	59	45,3
Medo real ou fantasmático	Real	41	31,8
	Fantasmático	30	23,0
	Negação	34	26,2
	Barganha	30	23,1
	Revolta	12	9,2
Fases da doença/ estados emocionais	Depressão	12	9,2
	Aceitação	40	30,8
	Ganho secundário	2	1,5
Total		130	100,0

5.3 Associações entre as variáveis do PAP

Quanto ao medo real e fantasmático e a possível associação com a religião observou-se que 69,23% (90/130) dos participantes eram católicos, 21,54% (28/130) evangélicos, 6,92% (9/130) ateus, 1,54% (3/130) espíritas, e menos de 1% (0,77%) eram de outras religiões. Dentre aqueles com mais medo fantasmático se destacam os católicos uma vez que, a cada 100 pessoas que manifestaram possuir medo fantasmático, 67 eram católicas. Já os espíritas não manifestaram medo fantasmático (Figura 1).

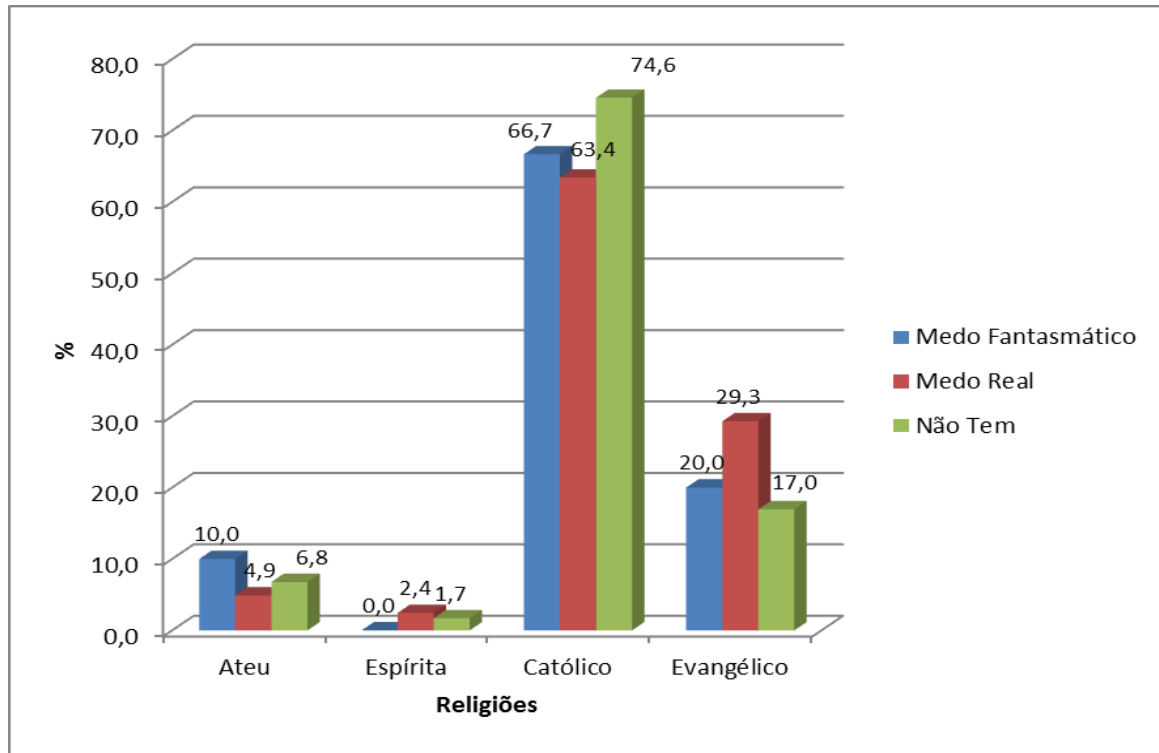


Figura 1. Distribuição de pacientes com hanseníase segundo tipo de medo (real e fantasmático) e categorias religiosas. CREDESH/HC/UFU, 2013.

No entanto, observa-se na Tabela 3, que as variáveis: religião e medo real ou fantasmático, não apresentam nenhuma relação de dependência, pois o p-valor do teste via simulação de Monte Carlo, foi maior do que 0,05.

Tabela 04. Distribuição de pacientes com hanseníase segundo as variáveis: religião e medo real ou fantasmático. CREDESH/HC/UFU, 2013.

Religião	Medo real ou fantasmático						Total	
	Não tem		Real		Fantasmático			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Evangélico	10	7,8	12	9,3	6	4,7	28	21,7
Católico	44	34,1	26	20,2	20	15,5	90	69,8
Espírita	1	0,8	1	0,8	0	0	2	1,6
Ateu	4	3,1	2	1,6	3	2,3	9	7,0
TOTAL	59	45,7	41	31,8	29	22,5	129	100

p-valor (simulação Monte Carlo) = 0,7567

Sobre a fase emocional da doença ou fase do adoecer, dos pacientes que possuem medo, 32,14%, estão na fase da barganha (Figura 02). Nas fases de negação, revolta, depressão e aceitação, os valores obtidos apresentam-se relativamente próximos a 16%, mostrando uma constância ao longo das fases da doença. Somente na fase de ganho secundário é que o percentual de medo foi muito pequeno (3,57%).

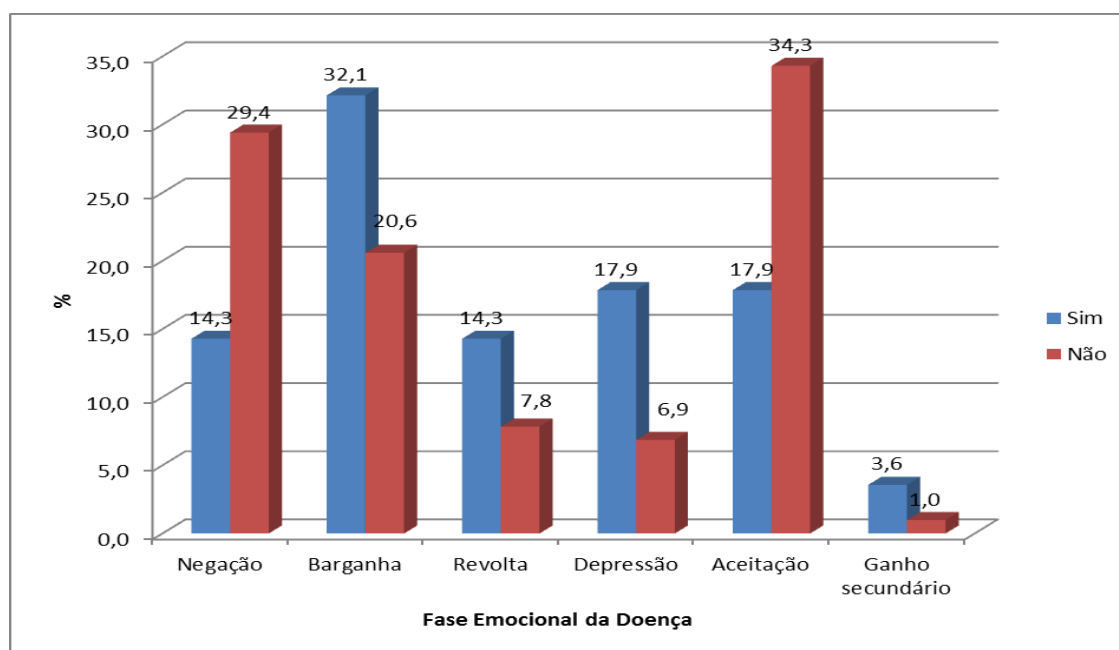


Figura 2. Ocorrência de medo dentro de cada fase da doença CREDESH/HC/UFU, 2013.

O teste de qui-quadrado via simulação de Monte Carlo (tabela 05), apresentou um p-valor maior do que 0,05 e desta forma, podemos considerar que a ocorrência de medo independe da fase que o indivíduo está.

Tabela 05. Distribuição de pacientes com hanseníase segundo as variáveis: sentimento de medo e fases da doença. CREDESH/HC/UFU, 2013

Fase da Doença	Medo				Total	
	Não		Sim			
	N	%	N	%	N	%
Negação	30	23,1	4	3,1	34	26,2
Barganha	21	16,2	9	6,9	30	23,1
Revolta	8	6,2	4	3,1	12	9,2
Depressão	7	5,4	5	3,8	12	9,2
Aceitação	35	26,9	5	3,8	40	30,8
Ganho	1	0,8	1	0,8	2	1,5
Total	102	78,5	28	21,5	130	100

p-valor (simulação Monte Carlo) = 0,8300

Como pode ser visto na tabela 06, aproximadamente 50% da amostra apresenta uma alta autoestima e teve uma infância satisfatória. Este percentual é expressivo, principalmente em função de que 70,8% da amostra apresentam alta autoestima. Quando aplicado o teste de qui quadrado, este mostrou um p-valor não significativo, ou seja, maior do que 0,05 mostrando assim que existe uma relação de independência entre estas duas variáveis.

Tabela 06. Distribuição de pacientes com hanseníase segundo as variáveis autoestima e infância. CREDESH/HC/UFU, 2013.

Infância	Autoestima				Total	
	Alta		Baixa			
	N	%	N	%	N	%
Não satisfatória	25	19,2	67	51,5	92	70,8
Satisfatória	16	12,3	22	16,9	38	29,2
Total	41	31,5	89	68,5	130	100

$\chi^2 = 2,777$ p-valor = 0,9600

Para as variáveis adolescência (tabela 07) e vida adulta (tabela 08), a autoestima independe se as fases foram satisfatórias ou não satisfatórias.

Tabela 07. Distribuição de pacientes com hanseníase segundo a avaliação de autoestima e de adolescência. CREDESH/HC/UFU, 2013.

Adolescência	Autoestima				Total	
	Alta		Baixa			
	N	%	N	%	N	%
Não satisfatória	21	16,2	9	6,9	30	23,1
Satisfatória	71	54,6	29	22,3	100	76,9
Total	92	70,8	38	29,2	130	100

$\chi^2 = 0,011$ p-valor = 0,9160

Tabela 08. Distribuição de pacientes com hanseníase segundo avaliação de autoestima e vida adulta. CREDESH/HC/UFU, 2013

Vida Adulta	Autoestima				TOTAL	
	Alta		Baixa			
	N	%	N	%	N	%
Não satisfatória	14	10,8	8	6,2	22	16,9
Satisfatória	78	60	30	23,1	108	83,1
Total	92	70,8	38	29,2	130	100

$\chi^2 = 0,651$ p-valor = 0,4200

Quanto à dependência entre a autoestima e a forma clínica (tabela 08), verificou-se por meio de teste de qui-quadrado via simulação de Monte Carlo, que não há relação de dependência entre estas variáveis, pois o p-valor foi maior do que 0,05.

Tabela 09. Distribuição de pacientes com hanseníase por forma clínica e avaliação de autoestima. CREDESH/HC/UFU, 2013.

Forma clinica	Autoestima		Total
	Baixa n(%)	Alta n(%)	
I	2(1,5)	2(1,5)	4(3,1)
T	1(0,8)	8(6,2)	9(6,9)
DD	3(2,3)	7(5,4)	10(7,7)
DT	20 (15,4)	43(33,1)	63(48,5)
DV	2 (1,5)	18(13,8)	20(15,4)
V	10 (7,7)	14(10,8)	24(18,5)
Total	38(29,2%)	92(70,8%)	130(100,0%)

p-valor (simulação Monte Carlo) = 0,1640

Mudanças drásticas devido à doença, aparentemente não interferem na autoestima da pessoa (p-valor < 0,05), como pode ser visto na tabela 10.

Tabela 10. Distribuição dos pacientes com hanseníase entre as variáveis: mudança drástica autoestima. CREDESH/HC/UFU, 2013.

Mudança drástica devido à doença	Autoestima				Total	
	Alta		Baixa		N	%
	N	%	N	%		
Não	82	63,1	31	23,8	113	86,9
Sim	10	7,7	7	5,4	17	13,1
TOTAL	92	70,8	38	29,2	130	100,0

$\chi^2 = 1,349$ p-valor = 0,2620

5.4 Descrições dos dados do SRQ20, associação dos dados epidemiológicos e clínicos e do PAP para verificação de TMC

Neste estudo a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) em pacientes com diagnóstico de hanseníase foi de 32,30% (42/130), detectado por meio do SRQ20. Foram avaliadas as variáveis epidemiológicas, clínicas e os resultados do Protocolo de Avaliação psicológica (PAP), em pacientes com TMC.

Observa-se que a grande maioria dos pacientes detectados com TMC é do gênero feminino (76,19% 32/42), estado civil casado 50%(21/42) e união estável é 19,05% (8/42), ou seja, que vivem com um companheiro (a).

A prevalência da amostra foi de católicos com 66,67% (28/42) e estudaram até alguma série do ensino fundamental 80,49% (33/42).

O GID foi o grau zero de 64,29% (27/42) e a forma Clínica DT foi a mais prevalente com 54,76% (23/42). Como demonstrado na tabela (10) abaixo

Tabela 11. Frequências observadas nas variáveis de estudo em pacientes detectados com presença de TMC.

Atributos		N (42)	% (100,0)
Gênero	Feminino	32	76,2
	Masculino	10	23,8
Faixa Etária	18 – 25	2	4,7
	26 – 35	2	4,7
	36 – 45	15	35,7
	46 – 59	13	30,9
	≥ 60	10	23,8
Estado Civil	Solteiro	4	9,5
	Casado	21	50,0
	União estável	8	19,0
	Separado	8	19,0
	Viúvo	1	2,4
Religião	Evangélico	12	28,3
	Católico	28	66,7
	Espírita	1	2,4
	Não tem	1	2,4
Escolaridade	Não alfabetizado	3	7,3
	Ensino fundamental	33	80,2
	Ensino médio	4	9,7
	Ensino superior	1	2,4
GID	0	27	64,3
	1	9	21,4
	2	6	14,3
CO	MB	27	64,3
	PB	15	35,7
Forma Clínica	I	1	2,4
	T	2	4,8
	DD	5	11,9
	DT	24	57,1
	DV	5	11,9
	V	5	11,9

Para verificar o grau de dependência entre o gênero e a ocorrência de TMC calcularam-se as frequências de ocorrências e os valores percentuais em relação ao total da amostra de 130 pacientes (Tabela 12). O p-valor do teste de qui-quadrado para independência, foi menor do que 0,05, indicando o gênero feminino apresentam maior propensão à ocorrência de TMC.

Tabela 12. Tabela de contingência entre as variáveis: gênero e ocorrência de TMC em paciente com diagnóstico de hanseníase. CREDESH/HC/UFU2013.

TMC	GENERO				TOTAL	
	Masculino		Feminino		N	%
	N	%	N	%		
SIM	10	7,7	32	24,6*	42	32,3
NÃO	61	46,9	27	20,8	88	67,7
TOTAL	71	54,6	59	45,4	130	100

* $\chi^2 = 23,755$ p-valor = 0,0000 (p < 0,001)

Quanto ao grau de incapacidade no diagnóstico (GID) verificou-se que 63,08% dos pacientes apresentavam GID categorizado como zero (0), 23,84% possuíam GID = 1 e 13,08% detectados com GID = 2. Conclui-se que, dos pacientes detectados com TMC, 64,29% compunham os categorizados com GID = 0, ou seja, o maior percentual. Entretanto este resultado é esperado em função do maior percentual de indivíduos categorizados no total da amostra como categoria zero.

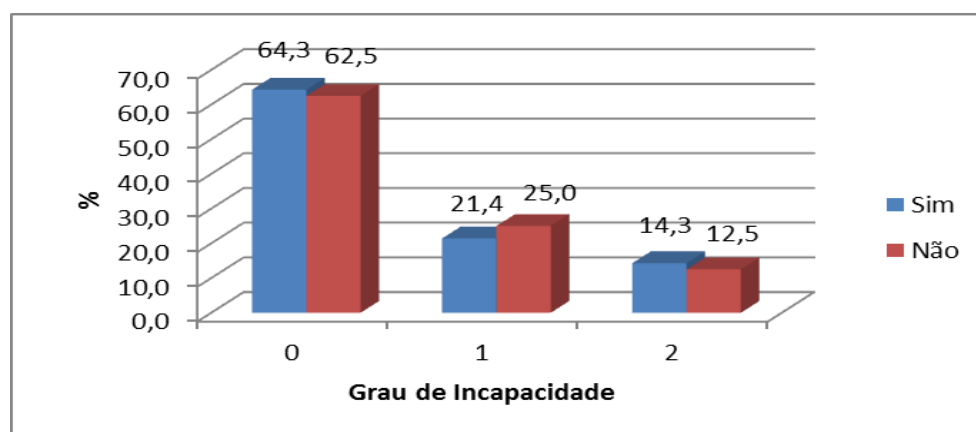


Figura 3. Distribuição de pacientes com hanseníase detectados com e sem TMC (Sim e Não) segundo grau de incapacidade no diagnóstico (GID). CREDESH/HC/UFU, 2013.

Por meio do teste de qui-quadrado via simulação de Monte Carlo, apresentado na tabela 13 pode-se evidenciar que não existe uma relação de dependência entre a ocorrência de TMC e o GID. Portanto, apesar de se verificar uma predominância da não ocorrência de TMC e GID zero, este fato não demonstra uma dependência.

Tabela 13. Tabela de contingência entre as variáveis GID e ocorrência de TMC. CREDESH/HC/UFU, 2013.

TMC	Grau de Incapacidade no Diagnóstico (GID)						TOTAL	
	0		1		2			
	N	%	N	%	N	%	N	%
NÃO	55	42,3	22	16,9	11	8,5	88	67,7
SIM	27	20,8	9	6,9	6	4,6	42	32,3
TOTAL	82	63,1	31	23,8	17	13,1	130	100

p-valor (simulação de Monte Carlo) = 0,8890

Na figura 4 são apresentados os percentuais de pacientes com diagnóstico de hanseníase detectados com e sem TMC considerando cada tipo de infância (Satisfatória ou não) pelo PAP. Neste estudo, 68,46% dos pacientes tiveram infância satisfatória e 31,54% não tiveram. Neste contexto, observa-se que a grande maioria dos pacientes sem TMC tiveram infância satisfatória (75%).

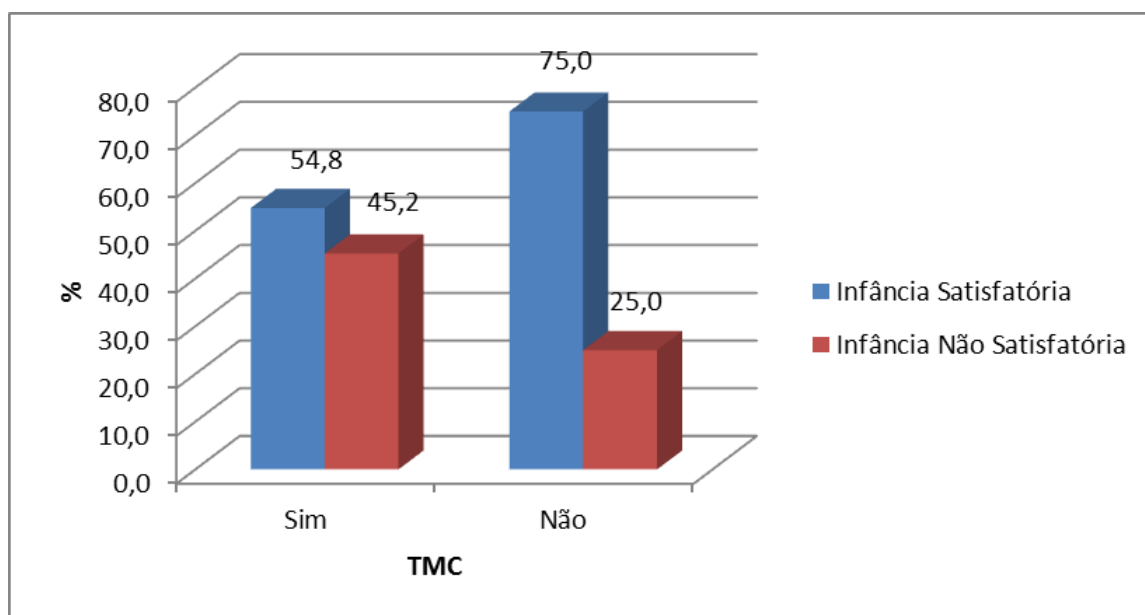


Figura 4. Distribuição de pacientes com hanseníase com e sem TMC detectados pelo SRQ20, segundo tipo de infância (Satisfatória ou não) avaliada pelo PAP. CREDESH/HC/UFU, 2013.

5.5 Relação das variáveis entre as pessoas que tiveram TMC com as que não tiveram.

Como pode ser visto na tabela 14, as variáveis infância e vida adulta, apresentaram diferenças significativas entre as proporções dos que tiveram e não tiveram TMC, correspondem a 50% da amostra analisada, ou seja, pessoas que tiveram uma infância satisfatória tendem a não apresentar a ocorrência de TMC.

Tabela 14. Estimativas de frequências para pacientes da hanseníase que tiveram e não tiveram TMC, considerando as variáveis: infância, adolescência e vida adulta. CREDESH/HC/UFU, 2013.

Variáveis	TMC										p-valor (TMC) sim e não	
	Não					Sim						
	Não		Satisfatória			Não		Satisfatória				TOTAL
	satisfatória					satisfatória						
	n	%	n	%	n	%	n	%				
Infância	22	25,0	66	75,0	19	45,2	23	54,8	130	100,0	0,0102	
Adolescência	18	20,5	70	79,5	12	28,6	30	71,4	130	100,0	0,1528	
Adulto	11	12,5	77	87,5	11	26,2	31	73,8	130	100,0	0,0257	

Na tabela 15, são apresentadas as frequências para pacientes que tiveram e não tiveram TMC, considerando as variáveis: vítima de discriminação, Medo de ser discriminado, mudanças drásticas na vida devido á doença e autoestima. Verifica-se por meio do p-valor do teste binomial para diferença de proporção, que somente as variáveis mudanças drásticas na vida devido à doença e autoestima é que apresentaram diferenças significativas entre as proporções de quem apresentou (SIM) e de quem não apresentou (NÃO) TMC.

Tabela 15. Estimativas de frequências para pacientes com hanseníase que tiveram e não tiveram TMC, considerando as variáveis: vítima de discriminação, Medo de ser discriminado, mudanças drásticas na vida devido a doença e autoestima. CREDESH/HC/UFU, 2013.

	TMC	Vítima de Discriminação	N	%	p-valor comparação (TMC) sim e não
NÃO		Não	71	80,7	0,1167
		Sim	17	19,3	
		Total	88	100,0	
SIM		Não	30	71,4	
		Sim	12	28,6	
		Total	42	100,0	
TMC	Medo de Ser Discriminado		N	%	p-valor comparação (TMC) sim e não
NÃO		Não	64	72,7	0,0649
		Sim	24	27,3	
		Total	88	100,0	
SIM		Não	25	59,5	
		Sim	17	40,5	
		Total	42	100,0	
TMC	Mudanças Drásticas Devido à Doença		N	%	p-valor comparação (TMC) sim e não
NÃO		Não	80	90,9	0,0258
		Sim	8	9,1	
		Total	88	100,0	
SIM		Não	33	78,6	
		Sim	9	21,4	
		Total	42	100,0	
TMC	Autoestima		N	%	p-valor comparação (TMC) sim e não
NÃO		Alta	69	78,4	0,0028
		Baixa	19	21,6	
		Total	88	100,0	
SIM		Alta	23	54,8	
		Baixa	19	45,2	
		Total	42	100,0	

Os resultados apresentados na tabela 16 indicam que somente na variável fase da doença é que foi encontrada diferença significativa, sendo que nesta variável, este fato ocorreu somente na fase barganha, pois o p-valor do teste da binomial para diferença de proporções foi igual a 0,05. Portanto somente esta fase da doença é que acaba interferindo na ocorrência de TMC.

Tabela 16. Estimativas de frequências para pacientes com hanseníase que tiveram e não tiveram TMC, considerando as variáveis: medo real ou fantasmático e fases da doença. CREDESH/HC/UFU, 2013.

TMC	Medo real ou fantasmático	N	%	p-valor comparação (TMC) sim e não
NÃO	Não tem	41	47,1	0,3268
	Real	27	31,0	0,3962
	Fantasmático	19	21,8	0,3993
	Total	87	100,0	
SIM	Não tem	18	42,9	
	Real	14	33,3	
	Fantasmático	10	23,8	
	Total	42	100,0	
TMC	Fase da Doença	N	%	p-valor comparação (TMC) sim e não
NÃO	Barganha	24	27,3	0,0500
	Negação	20	22,7	0,0990
	Revolta	8	9,1	0,4706
	Depressão	8	9,1	0,4706
	Aceitação	27	30,7	0,4861
	Ganho secundário	1	1,1	0,2855
	Total	88	100,0	
SIM	Barganha	6	14,3	
	Negação	14	33,3	
	Revolta	4	9,5	
	Depressão	4	9,5	
	Aceitação	13	31,0	
	Ganho secundário	1	2,4	
	Total	42	100,0	

As estimativas de frequências para pacientes que tiveram e não tiveram TMC, considerando as variáveis: gênero, grupo étnico e escolaridade estão apresentadas na tabela 17. Verifica-se que o gênero apresentou um p-valor altamente significativo e entre os pacientes que tiveram TMC a frequência de mulheres é estatisticamente superior a proporção de mulheres que não tiveram TMC. O ensino fundamental também apresentou diferença significativa, onde verificamos um percentual maior de pessoas neste nível de escolaridade nas pessoas que tiveram TMC.

Os resultados da tabela 18 mostram que somente a condição viúvo de estado civil apresentou diferença significativa entre os pacientes que tiveram e não tiveram TMC. Um maior percentual de viúvos não tiveram o TMC.

Tabela 17. Estimativas de frequências para pacientes que tiveram e não tiveram TMC, considerando as variáveis: gênero, grupo étnico e escolaridade. CREDESH/HC/UFU, 2013.

TMC	GÊNERO	N	%	p-valor comparação (TMC) sim e não
Não	Mulher	27	30,7	0,0000
	Homem	61	69,3	
	Total	88	100,0	
Sim	Mulher	32	76,2	
	Homem	10	23,8	
	Total	42	100,0	
TMC	grupo étnico	N	%	p-valor comparação (TMC) sim e não
Não	Branco	34	38,6	0,2822
	Pardo	37	42,0	0,1297
	Negro	17	19,3	0,2519
	Total	88	100,0	
Sim	Branco	18	43,9	
	Pardo	13	31,7	
	Negro	10	24,4	
	Total	41	100,0	
	Sistema	1		
		42		
TMC	escolaridade	N	%	p-valor comparação (TMC) sim e não
Não	Não alfabetizado	13	14,8	0,1158
	Ensino fundamental	57	64,8	0,0352
	Ensino médio	15	17,0	0,1383
	Ensino superior	3	3,4	0,3836
	Total	88	100,0	
Sim	Não Alfabetizado	3	7,3	
	Ensino fundamental	33	80,5	
	Ensino médio	4	9,8	
	Ensino superior	1	2,4	
	Total	41	100,0	

Tabela 18. Estimativas de frequências para pacientes com hanseníase que tiveram e não tiveram TMC, considerando as variáveis religião, estado civil e faixa etária. CREDESH/HC/UFU, 2013.

TMC	Religião	N	%	p-valor comparação (TMC) sim e não
NÃO	Evangélico	16	18,2	0,0887
	Católico	62	70,5	0,3302
	Espírita	1	1,1	0,2855
	Não tem	9	10,2	0,0591
	Total	88	100,0	
SIM	Evangélico	12	28,6	
	Católico	28	66,7	
	Espírita	1	2,4	
	Não tem	1	2,4	
	Total	42	100,0	
TMC	Estado Civil	N	%	p-valor comparação (TMC) sim e não
NÃO	Solteiro	14	15,9	0,1614
	Casado	38	43,2	0,2332
	União estável	18	20,5	0,4207
	Separado	8	9,1	0,0539
	Viúvo	10	11,4	0,0425
	Total	88	100,0	
SIM	Solteiro	4	9,5	
	Casado	21	50,0	
	União estável	8	19,0	
	Separado	8	19,0	
	Viúvo	1	2,4	
	Total	42	100,0	
TMC	Faixa Etária	N	%	p-valor comparação (TMC) sim e não
NÃO	18 a 25	6	6,8	0,3286
	26 a 35	11	12,5	0,0856
	36 a 45	20	22,7	0,0590
	46 a 59	28	31,8	0,4634
	≥ 60	23	26,1	0,3890
	Total	88	100,0	
SIM	18 a 25	2	4,8	
	26 a 35	2	4,8	
	36 a 45	15	35,7	
	46 a 59	13	31,0	
	≥60	10	23,8	
	Total	42	100,0	

Na tabela 19 somente a variável CO apresentou significância ao nível de 5% de probabilidade.

Tabela 19. Estimativas de frequências para pacientes com hanseníase que tiveram e não tiveram TMC, considerando as variáveis: GID, CO e forma clínica. CREDESH/HC/UFU, 2013

TMC	Grau de Incapacidade no Diagnóstico	N	%	p-valor comparação (TMC) sim e não
NÃO	0	55	62,5	0,4211
	1	22	25,0	0,3261
	2	11	12,5	0,3879
	Total	88	100,0	
SIM	0	27	64,3	
	1	9	21,4	
	2	6	14,3	
	Total	42	100,0	
TMC	Classificação Operacional	N	%	p-valor comparação (TMC) sim e não
NÃO	MB	69	78,4	0,0450
	PB	19	21,6	
	Total	88	100,0	
SIM	MB	27	64,3	
	PB	15	35,7	
	Total	42	100,0	
TMC	Forma Clínica	N	%	p-valor comparação (TMC) sim e não
NÃO	I	3	3,4	0,1065
	T	7	8,0	0,0856
	DD	5	5,7	0,2237
	DT	39	44,3	0,3755
	DV	15	17,0	0,2512
	V	19	21,6	0,0916
	Total	88	100,0	
SIM	I	1	2,4	
	T	2	4,8	
	DD	5	11,9	
	DT	24	57,1	
	DV	5	11,9	
	V	5	11,9	
	Total	42	100,0	

5.6 Regressão Logística

Foi realizada a análise de regressão logística múltipla que mostrou significância somente para a variável autoestima, pois seu p-valor foi menor do que 0,05. (Tabela 20) Realizou a regressão logística simples somente para esta variável, como demonstrados os resultados na tabela 21. Os resultados mostram o p-valor menor do que 0,05, demonstrando que pessoas com autoestima baixa têm três vezes mais chances de apresentar TMC. Verifica-se a significância do *odds ratio* (O.R), pelo fato de que o intervalo de confiança não contém o número 1.

Tabela 20. Resultados da regressão logística múltipla para as variáveis: infância, adolescência, vida adulta, vítima de discriminação, medo de ser discriminadas, mudanças drásticas devido à doença, autoestima, medo real ou fantasmático, fase da doença considerando como variável dependente a ocorrência de TMC. CREDESH/HC/UFU, 2013.

Variáveis	Coeficiente	P-valor	O.R.	IC para O.R.	
				Inferior	Superior
Infância	-0,6055	0,1757	0,5458	0,2272	1,3112
Adolescência	-0,2598	0,5920	0,7712	0,2983	1,9941
Vida Adulta	-0,4589	0,4136	0,6320	0,2103	1,8991
Vítima de discriminação	0,3777	0,4697	1,4589	0,5240	4,0617
Medo de ser discriminado	0,7483	0,1191	2,1135	0,8246	5,4168
Mudanças drásticas devido à doença	0,6979	0,2305	2,0094	0,6421	6,2882
Autoestima	1,1387	0,0102	3,1227	1,3091	7,4484
Medo real ou fantasmático	-0,0529	0,8455	0,9484	0,5570	1,6150
Fase da doença	0,0390	0,6933	1,0398	0,8565	1,2623
Constante	-0,4595	0,5346	0,6316		

Tabela 21. Resultados da regressão logística múltipla para a variável autoestima considerando como variável dependente a ocorrência de TMC. CREDESH/HC/UFU, 2013.

Variável	Coeficiente	P-valor	O.R.	IC para O.R.	
				Inferior	Superior
Autoestima	1,0986	0,0065	3	1,359	6,6226
Constante	-1,0986	0	0,3333		

Quando foi realizada a regressão logística simples (Tabela 22) verificou-se que somente a variável gênero foi significativa. Desta forma, procedeu-se nova análise de regressão múltipla considerando como variável independente o gênero, sendo que os resultados são mostrados na (Tabela 23). E o resultado do *odds ratio* mostra que o fato da pessoa ser do sexo feminino tem 7,23 vezes mais chance de ter TMC.

Tabela 22. Resultados da regressão logística múltipla para as variáveis: gênero, grupo étnico, escolaridade, religião, estado civil, faixa etária, GID, CO e forma clínica considerando como variável dependente a ocorrência de TMC. CREDESH/HC/UFU, 2013.

Variáveis	Coeficiente	P-valor	O.R.	IC para O.R.	
				Inferior	Superior
Gênero	-1,9310	0,0000	0,1450	0,0599	0,3513
Grupo étnico	0,0504	0,8576	1,0517	0,6065	1,8236
Escolaridade	-0,0084	0,9695	0,9916	0,6442	1,5264
Religião	-0,2956	0,3429	0,7441	0,4039	1,3706
Estado civil	-0,1033	0,5993	0,9018	0,6134	1,3259
Faixa etária	-0,0014	0,9948	0,9986	0,6654	1,4988
GID	0,1374	0,6611	1,1473	0,6207	2,1205
CO	0,0006	0,9991	1,0006	0,3148	3,1807
Forma clínica	0,0187	0,9320	1,0189	0,6630	1,5657
Constante	0,7571	0,6567	2,1321		

Tabela 23. Resultados da regressão logística múltipla para a variável gênero considerando como variável dependente a ocorrência de TMC. CREDESH/HC/UFU, 2013.

Variáveis	Coeficiente	P-valor	O.R.	IC para O.R.	
				Inferior	Superior
GÊNERO	-1,9782	0,0000	7,23	0,0596	0,3211
Constante	0,1699	0,5156	1,1852		

Em resumo, entre as variáveis epidemiológicas e os atributos do PAP e do *SRQ-20*, os pacientes com maior prevalência de TMC foram do gênero feminino, os indivíduos com baixos níveis de escolaridade, casados, que não vivenciaram uma infância ou vida adulta satisfatória, com baixa autoestima, que se encontram na fase emocional barganha no processo de adoecimento e que vivenciaram alguma mudança drástica na vida devido à hanseníase.

6 DISCUSSÃO

6.1 Discussão dos dados clínicos e epidemiológicos

Neste estudo com 130 pacientes evidenciou-se uma pequena predominância das pessoas do gênero masculino que está de acordo com a maioria dos estudos consultados: de Alves *et al* (2010) que a prevalência do gênero foi de 58% e no de Camargo (2011) de 58,7%.

A maior predominância de etnia ocorre com os brancos e pardos que representam a maioria e apresentam porcentagens bem próximas o que demonstra que a hanseníase não tem predomínio de etnia. Alguns estudos demonstram a etnia branca 58,62% no estudo de Oliveira e Macedo (2012) e no estudo de Durães, *et al* (2010) que a maioria eram brancos e negros 25,2% e 22,4% respectivamente. E o estudo de Ribeiro Junior, *et al* (2012) o predomínio da cor preta e parda, 25,0%. Confirmando o encontrado neste estudo, ou seja, sem predomínio de etnia na hanseníase.

A predominância da religião católica na amostra evidencia que a mesma apresenta certa representatividade, este resultado era esperado, já que o Brasil possui a maioria católica. Segundo dados do IBGE, o número de católicos foi de 123,3 milhões em 2010, ou seja, 64,6% da população, valor próximo do encontrado na amostra analisada (IBGE, 2012).

Na amostra analisada mais de 70% apresentou idade dos 18 aos 59 anos, indicando assim que a maioria está na faixa que é considerada produtiva economicamente, lembrando que a População Economicamente Ativa - PEA é composta pelas pessoas de 10 a 65 anos de idade segundo o IBGE (2014).

Uma das possíveis dificuldades que o paciente terá, por fazer um tratamento longo, de uma doença crônica como a hanseníase, é que as consequências do tratamento poderão interferir também na sua renda mensal caso tenha que se afastar do trabalho, pelas reações hansenicas, efeitos colaterais da medicação, incapacidades e sequelas, incluindo procedimentos cirúrgicos (ILEP, 1999).

Aproximadamente setenta por cento da amostra analisada apresenta escolaridade até o ensino fundamental. O percentual com ensino superior foi de 3,1% (4/130). Para traçar um perfil socioeconômico e demográfico dos pacientes com hanseníase Duarte *et al* (2007) descreve que a mediana de anos estudados pelos pacientes correspondente ao ensino fundamental incompleto, ou seja 68%, como no neste estudo. Pode-se pensar que é uma população que poderá procurar o serviço de hanseníase para o tratamento, mais tardiamente. Os dados deste estudo confirmam essa procura tardiamente, uma vez que a maioria da amostra foi de multibacilares.

Em relação à classificação operacional da doença (73,0%; 95/130) apresentam a classificação MB, enquanto que o restante apresentam classificação PB. Estes resultados também foram verificados em estudos como no de Oliveira e Macedo (2012) onde foi observado maior registro de indivíduos multibacilares (72,41%) e na forma clínica virchowiana (51,73%) e no de Antunes (2012) que a maioria foi de MB (60,2%). Esse último estudo foi realizado no mesmo local desta pesquisa, CREDESH, de 2002 a 2009, por oito anos, atingido um total de 440 pacientes.

Com relação à forma clínica, a maior frequência é de formas DT. Uma prevalência que tem sido demonstrada em várias pesquisas na região. Segundo Goulart *et al* (2002) em estudo analítico epidemiológico retrospectivo, na região de Uberlândia, 66,3% eram dimorfos. Isto demonstra que os MB têm maior carga bacilar e dano neural e maior acometimento sistêmico.

Em relação ao grau de incapacidade no diagnóstico (GID) 36,9% (48/130) com grau 1 e 2 sendo que o grau 2, 13,1%; (17/130), configura deformidade. Estes resultados evidenciam que mais de um terço dos pacientes apresenta algum comprometimento neural nos olhos, nas mãos ou pés (grau 1 e 2), colaborando para a manutenção do estigma relacionado a hanseníase. Fato importante, pois se trata de doença com alto potencial incapacitante o que interfere drasticamente no trabalho e na vida social do paciente, acarretando perdas econômicas e traumas psicológicos. (AQUINO, *et al* 2003).

Para Arvelo (1997) a hanseníase não retira a vida, modifica-a. Continua-se a viver, fisicamente deformado e socialmente estigmatizado. Em relação ao medo que existe em torno da doença esse tem origem no começo dos tempos e que tem sua profunda e poderosa raiz na enorme capacidade deformante da doença e no estigma social que a acompanha. E são esses os motivos que se deve também refletir a importância de uma equipe de saúde que esteja inserido o psicólogo para atender esse paciente.

6.2 Discussão dos Resultados do Protocolo de Avaliação Psicológica – PAP

Através do protocolo de avaliação psicológica, PAP, foi possível fazer uma avaliação da história de vida do paciente desde a infância até os dias atuais vividos, pois o mesmo além da doença pode trazer outras experiências que também interferem em seu psíquico.

Na vida adulta o indivíduo também enfrenta acontecimentos extemporâneos como: quando um jovem por situação econômica tem que largar a escola para trabalhar, quando um filho nasce inusitadamente, quando a sua realização profissional se retarda explica Sheehy (1991), pois eles quebram a sequência e o ritmo do esperado ciclo vital e isso os transforma em pessoas diferentes. A autora ainda discute o que chama de acidente da vida que é acontecimentos que o indivíduo não

pode evitar como a morte de um ente querido, uma crise econômica. O mesmo ocorre com o fato de uma doença poder interromper alguma etapa ou o adulto ter que cessar com o que estava vivenciando por causa dela. Para Martins *et al.* (2008) a hanseníase pode provocar incapacidades físicas que podem evoluir para deformidades, e como consequência uma baixa qualidade de vida.

Os pacientes com hanseníase revelaram sentir medo em ser discriminados, seja no trabalho ou em outras relações sociais. Portanto ressalta-se que mais de 15% já haviam sofrido preconceito pela doença, uma vez que o protocolo foi aplicado no diagnóstico. Situações como medo dos familiares de contrair hanseníase seja por compartilhar utensílios domésticos, objetos para uso de higiene, dormir no mesmo quarto, medo do parceiro de contaminação da hanseníase pelo ato sexual, ou somente por visitar parentes foram relatados.

Para Boti e Aquino (2008 *apud* MATOS; FORNAZARI, 2005 p. 677) a imagem social da hanseníase é histórica. O desenvolvimento da ciência não foi suficiente para mudar a resposta de medo e preconceito em relação à doença. E esse preconceito é percebido através dos dados apresentados nesta pesquisa.

Nesta pesquisa 13,07% (17/130) dos pacientes sofreram com mudanças drásticas na vida devido à hanseníase situações como não conseguir exercer seu ofício, atividades domésticas e/ou lazer devido à incapacidade física foram relatadas. Estes resultados estão em concordância com os apresentados anteriormente em relação ao grau de incapacidade, pois verificou-se quase 40% já estão com grau de incapacidade 1 ou 2 e o restante da amostra pode em algum momento também mudar o grau de incapacidade, ou seja adquirir limitações ou deficiências. Em um estudo realizado entre 2003 a 2008 no CREDESH, kill *et al* (2012) verificaram que os homens representaram a grande maioria dos pacientes, com grau 2 de incapacidade, sendo 75,7% são no diagnóstico e 82,1% apresentam na alta.

Segundo (BRASIL, 2008) 23,3% dos casos novos de hanseníase diagnosticados anualmente no Brasil já apresentam graus de incapacidade 1 e 2. No Brasil em 2012 o número de casos com diagnóstico com grau de incapacidade 2 foi de 2.234 (WHO, 2012). É necessário conjecturar sobre os motivos que alguns pacientes ainda chegam ao serviço apresentando sequelas e políticas públicas devem ser repensadas para que as pessoas tenham melhor acesso a informação para impedir essa realidade, ou os que já possuem sequelas tenham melhor acesso à reabilitação.

Neste estudo conforme apresentado nos resultados uma grande porcentagem dos pacientes apresentaram baixa autoestima. Para Braden, (2000) a autoestima é a soma da autoconfiança com o autorespeito. Ela reflete o julgamento implícito da capacidade de lidar com os desafios da vida, entender e dominar os problemas, e o direito de ser feliz, respeitar e defender os próprios interesses e necessidades. Portanto ter uma autoestima elevada é sentir-se confiantemente adequado à vida,

isto é, competente. Autoestima é a valorização, geralmente positiva, que temos de nós mesmos. Para a psicologia, trata-se da opinião emocional favorável que as pessoas têm delas próprias e que excede a própria racionalização e a lógica. A autoestima é a confiança em nossa capacidade de pensar e enfrentar desafios básicos da vida, e também como nos sentimos com nossa aparência. Outro dado importante é a autoestima também ser um fator preponderante para se ter o TMC que será discutido posteriormente.

Muitos pacientes também apresentam medos ou fantasias em relação à doença e ou tratamento. Alguns pacientes relatam que sentem medo real (medo de transmissão, de ficar com sequelas devido a doenças) e outros apresentam medo fantasmático (medo de transmissão, de não poder mais trabalhar, de ficar com sequelas, medo de perder membros, da doença não possuir cura, de morrer, de ter que ser isolado, de nunca mais poder realizar uma atividade de lazer como a pesca, de engordar com o tratamento), mesmo quando seu quadro não direcionava para essas consequências, sendo assim, é importante a equipe de saúde estar preparada para sanar todas as dúvidas dos pacientes com hanseníase para que o mesmo entenda sobre a doença/tratamento e colaborem para resolver suas fantasias, medos e consequentemente ao sofrimento. A falta de divulgação de informações sobre a hanseníase, seu contágio, manifestações clínicas e sua evolução, por parte dos profissionais e serviços de saúde, contribui para a persistência de incompreensões e preconceitos (EIDT 2004).

Os estudos revisados indicam que o estigma da hanseníase ainda é um fenômeno global, ocorrendo em países endêmicos e não endêmicos. As consequências do estigma afetam os indivíduos, bem como a eficácia das atividades de controle da hanseníase. Eles incluíram mobilidade, relações interpessoais, casamento, emprego, atividades de lazer e participação em eventos sociais e religiosos (VAN BRAKEL, 2003).

Em um estudo em Bangladesh, Tsutsumi *et al* (2004), mostraram que o estado depressivo nos pacientes de hanseníase foi maior do que o da população em geral. Além de relatar experiências reais de discriminação baseada no estigma associado com o estado depressivo de pacientes com hanseníase.

As fases da doença, ou estados psicológicos são quando o indivíduo se encontra em sofrimento emocional por ainda não ter compreensão total do seu estado de saúde. (FONGARO; SEBASTIANI, 2011), somente 30 % da amostra se encontram na fase da aceitação que é uma fase onde há a compreensão real dos limites e possibilidades impostas pela doença com flexibilidade para lidar com ela e que a ansiedade se encontra em nível suportável, mas, porém os demais precisam de apoio emocional até chegar a esta fase para uma boa adesão do tratamento. O psicólogo pode realizar intervenções com o paciente, contribuindo para que compreenda e reconheça suas

alterações e reações emocionais, ajudando-o a amenizar e enfrentar suas dificuldades em relação ao adoecimento. Outra colaboração é da equipe de saúde que esclarecendo as possíveis dúvidas do tratamento para ajuda-lo a chegar à aceitação.

Por todas essas situações vivenciadas pelo paciente de hanseníase e discutidas acima é que se deve pensar em um acompanhamento psicoterapêutico para o mesmo.

6.3 Discussões dos Resultados do SRQ20

Neste estudo a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) detectado por meio do *SRQ20*, mostrou uma prevalência em um pouco mais de 1/3 dos pacientes com hanseníase sem a intervenção do tratamento PQT. Estudos anteriores têm demonstrado uma variação da prevalência de TMC em diferentes populações entre 20,8% a 36% (PITTA, 1990; ARAÚJO *et al.*, 2003; COSTA; LUDEMIR, 2005; MARAGNO *et al.*, 2006; ROCHA *et al.*, 2010). Prevalências de TMC inferiores à encontrada no presente trabalho foram descritas nos seguintes trabalhos: 20,8% na população de trabalhadores de um grande hospital, (PITTA, 1990); 29,9% entre os entrevistados de uma zona urbana na Bahia (ROCHA *et al.*, 2011); 24,95% em pacientes atendidos no programa de saúde da família na região de São Paulo/Brasil (MARAGNO *et al.*, 2006).

Em contrapartida, alguns estudos apresentam prevalências similares às encontradas neste estudo como aqueles referidos por Araújo *et al* (2003) em profissionais de enfermagem (33,3%) e por Costa e Ludermir (2005), no qual a prevalência dos transtornos mentais comuns foi de 36,0% em uma comunidade rural.

Neste estudo quando correlacionados os dados do PAP com a possibilidade de ter ou não TMC, a questão do gênero foi significativa. Apesar da maioria da amostra ter sido composta por homens, a maior prevalência de TMC foi em mulheres indicando que pessoas do sexo feminino apresentam uma chance sete vezes maior de ocorrência de TMC.

Em estudos anteriores com outras populações nas quais foi aplicado o *SRQ-20*, uma prevalência maior de TMC também foi encontrada nas mulheres, como demonstrado na população de trabalhadores de enfermagem (SILVA, 2008) e na população de uma zona urbana na Bahia (ROCHA, 2011).

No Brasil, levantamentos epidemiológicos na população geral mostram uma prevalência de transtornos mentais entre 20% e 56% dos adultos. (SANTOS E SIQUEIRA, 2010). O adoecimento psíquico difere em homens e mulheres principalmente na prevalência dos quadros mentais de transtornos. Os transtornos femininos se relacionam ao humor e comportamento, enquanto que

dentre os transtornos mentais masculinos, são mais comuns os relacionados ao abuso de substâncias tóxicas (TUONO, *et al*, 2007).

A saúde mental da mulher tem sido estudada por alguns pesquisadores quando afirmam que elas são mais vulneráveis ao estresse que os homens, em virtude de seu maior envolvimento emocional com a vida daqueles que as cercam (DOHRENWEND, 1973).

Lennon (1995) menciona que as mulheres apresentam consideravelmente mais sintomas de angústia psicológica e desordens depressivas do que os homens. Os transtornos mais frequentes entre as mulheres são relacionados aos sintomas de ansiedade, humor depressivo, insônia entre outros.

A maior prevalência de transtornos mentais neste estudo foi em casados, em outros estudos que demonstram maior prevalência de TMC em divorciados, separados ou viúvos (COSTA; LUDERMIR, 2005) e naqueles que viviam sem companheiro (ROCHA *et al.*, 2011). No estudo Silva *et al.* (2008) não houve associação entre situação conjugal e TMC.

Em relação a situação conjugal, ser casado ou possuir um companheiro, quando recebe o diagnóstico de hanseníase, ter uma família poderá ser uma condição mais estressante quando se fica doente, por medo de não poder mais trabalhar para sustentá-la ou de sua renda diminuir, caso necessite se afastar pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS. Por outro lado a família pode ser a fonte de apoio emocional para o paciente. O que pode ser observado na prática do atendimento psicológico através do relato de pacientes.

Maior prevalência de TMC foi encontrada entre os pacientes com baixo nível de escolaridade, ou seja, aproximadamente setenta por cento da amostra analisada apresentou escolaridade até o ensino fundamental. Rocha *et al* (2011) verificou que as pessoas com baixos níveis de escolaridade, apresentaram maior prevalência de TMC.

Não houve significância estatística de TMC em relação aos seguintes dados clínicos: GID e Forma Clínica.

Verifica-se que dentre os que não tiveram TMC, ocorre um maior percentual de MB. Ainda é precoce discutir o TMC dentro da classificação operacional da doença, uma vez que provavelmente se a pesquisa fosse realizada no final do tratamento o paciente já teria sido exposto a outras situações estressoras como: dores, caroços, manchas na pele pelas reações hansenicas, efeitos colaterais da medicação, como exemplo a anemia hemolítica pelo uso do medicamento Dapsona e o escurecimento da pele. Os pacientes com a classificação MB também estão mais sujeitos a reações hansenicas no primeiro ano de tratamento e podem ter mais incapacidades físicas, gerando assim afastamento do trabalho, diminuindo a renda financeira entre outras consequências sociais.

Das pessoas que não tiveram TMC, ocorreu um percentual maior de não mudanças drásticas da doença, do que quem teve TMC.

Há pesquisas que relacionam o TMC com a deficiência. A prevalência de TMC em pessoas de 16 anos e mais com deficiência é significativamente maior que aquelas sem deficiência. Doenças físicas crônicas graves e incapacitantes, incluindo presença de deficiências, têm sido correlacionadas com presença de TMC. (WHO, 2001 apud Secretaria Municipal de Saúde de SP 2011).

Um estudo na Etiópia revelou que os pacientes com sequelas têm maior frequência de TMC (LEEKASSA *et al*, 2002), sendo demonstrado que a prevalência de TMC em pessoas com hanseníase foi de 52,4% contra 7,9% em pessoas com outras doenças de pele.

Foram correlacionados os dados do protocolo PAP com a possibilidade de ter ou não TMC. Essa investigação demonstrou que infância não satisfatória e vida adulta não satisfatória podem ser fatores de risco para maior probabilidade de se desenvolver um TMC. Um estudo conduzido por Sameroff *et al*. (1987) sobre o papel do meio ambiente na determinação da saúde mental da criança concluiu que as crianças consideradas de alto risco, que seriam aquelas com problemas de saúde mental na família, baixa expectativa dos pais, interação mãe/bebê pobre, baixa educação materna e sem suporte familiar, tinham 24 vezes mais chances de apresentar alguma deficiência.

Em relação à vida adulta o estresse é um dos principais fatores ambientais associado às doenças mentais. Alguns períodos da vida parecem ser momentos particularmente vulneráveis para os efeitos do *stress* no organismo, como a infância. Além disso, stress na adolescência, vida adulta ou na terceira idade pode contribuir para a ocorrência de doenças mentais, doenças físicas e sofrimento psicológico. (SHEEHY, 1991).

Por meio dessa pesquisa, como apontam os dados estatísticos, foi verificado que a autoestima é fator preponderante para a ocorrência de TMC. Em um estudo com pacientes que possuem doenças crônicas (MARTINS *et al.*, 2006), descreve que 64,8% mencionaram ter ocorrido interferência da doença no trabalho, estudos e atividades do lar. Outro fato importante foi a interferência da doença crônica sobre a autoestima em 53,5%. Os pacientes mencionaram que esta interferência estava relacionada à alteração do estado emocional, caracterizado por tristeza, desânimo, falta de vontade, desmotivação, nervosismo, aborrecimento, perda de prazer, insegurança, sensação de inutilidade e insatisfação com a autoimagem.

Segundo este estudo mudanças drásticas na vida devido à doença, aparentemente não interferem na autoestima da pessoa, no entanto, como os questionários foram aplicados no diagnóstico, antes de iniciar o tratamento, os transtornos na vida desses pacientes podem acontecer em longo prazo, com os efeitos adversos ao tratamento PQT, por reações hansênicas e/ou instalação

de deficiências e/ou incapacidades físicas. Diferenças significativas não puderam ser detectadas através de cálculos estatísticos diferenciando PB ou MB. Provavelmente, se esses questionários fossem aplicados ao final do tratamento PQT, poderíamos encontrar diferenças expressivas entre as formas clínicas e classificação operacional PB e MB, objeto de nova investigação. Portanto avigora-se a necessidade de acompanhar e avaliar o emocional deste paciente ao longo do tratamento.

O estudo de Eidt (2004) discute que as questões que abalam e levam à perda da autoestima são as discriminações sofridas pelo paciente com hanseníase e as dificuldades encontradas em realizar tarefas domésticas e profissionais quando as sequelas físicas estão instaladas, impedindo de realizar tarefas simples como abotoar a roupa, calçar sapato ou assinar o próprio nome.

E para variável fase da doença foi encontrada diferença significativa na fase barganha, interferindo na ocorrência de TMC. A fase da barganha é uma fase em que o paciente busca uma solução para o sofrimento gerado pelo adoecer, ou seja, é uma fase de negociação na qual a pessoa “negocia geralmente com Deus”. A barganha é uma tentativa de adiamento de alguma coisa ruim que esta por vir, por exemplo, a morte, então isso explica os resultados encontrados, pois além de atribuir significado ao adoecimento, a religião também disponibiliza meios de enfrentamento como algo além de mera escapatória ou fuga de problemas (PARGAMENT; PARK, 1995).

Para Bifulco (2006) vivemos uma representação social da doença e da morte muito ligada a castigo e não como fazendo parte do currículo da vida. Quando alguém é acometido de uma doença grave ou tem um diagnóstico ele e/ou família pensam: “Eu mereço isso? Sempre fui tão bom. Porque comigo?” É na fase da barganha que ele começa um pensar de troca, negociação como: “se eu fizer o tratamento corretamente ficarei curado”. Elizabeth Kubler-Ross (1969) classificou essas cinco fases como parte do processo de elaboração do luto, mas obrigatoriamente não precisam de uma sequência ou tenham que ser vivenciadas da mesma forma por todas as pessoas. Devido a esse perfil psicológico do paciente é necessário um plano psicoterapêutico onde o psicólogo irá ajudá-lo a enfrentar todas as vicissitudes da doença facilitando assim a sua aceitação.

Torna-se necessário também discutir de forma laica as questões ligadas ao imaginário que manifesta diante do psicólogo e como fazê-lo se o paciente chega dotado de estigmas? Primeiramente realizar o levantamento da história de vida do paciente e assim identificar seus medos. Sejam esses medos reais ou fantasmáticos, identificar aspectos religiosos, crenças e analisar em qual fase que esse paciente se encontra no adoecer e o mais importante ajudá-lo a promover a informação e a aceitação sobre a doença, além de seu estado de saúde, riscos e prevenções que o situará nesse contexto. Assim, durante a entrevista psicológica, surgir a questão se hanseníase é “lepra” o psicólogo deve estar preparado para realizar um trabalho de educação em saúde, ou seja, trabalhando os conceitos e informando sobre o tratamento e cura da doença na atualidade. Para isso

é fundamental conhecer a história da doença e a Lei Federal n.º 9.010 de 29 de março de 1995.(BRASIL, 1995).

Como cita Curi (2002) “Houve, porém, num período recente, a crença de que o imenso resíduo de estigmatização da lepra residiria em torno do nome da doença”. Então mudou a nomenclatura da doença de Lepra para hanseníase para o fim de diminuir o estigma.

Devido a todas as questões discutidas acima a respeito do paciente com hanseníase, não obstante a indiscutível importância do psicólogo nas equipes de hanseníase no Brasil, a Portaria de n. 594/2010, em vigor desde dezembro de 2010, editada do Ministério da Saúde, que versa sobre a Tabela de Serviços Especializados de Atenção Integral em Hanseníase, foi omissa ao não inserir como membros integrantes da equipe de Serviço de Atenção Integral em Hanseníase Tipos, I, II e III, o profissional psicólogo, incluindo apenas os profissionais: médicos; enfermeiros; auxiliar técnico de enfermagem; fisioterapeuta e terapeuta ocupacional.

Como conclui Mendes (2007), que o psicólogo pode proporcionar um momento de consideração aos medos, temores, dúvidas, conflitos diversos e, principalmente, valorização dos modos particulares de vivenciar o processo de adoecimento característico da hanseníase.

7 CONCLUSÃO

Essa pesquisa é um dos poucos trabalhos que demonstra as características emocionais do paciente com hanseníase no Brasil, além de trazer subsídios para a reflexão acerca da integralidade da assistência ao portador de hanseníase como a importância do psicólogo nas equipes de saúde e dos instrumentos necessários para o planejamento da proposta psicoterapêutica ao longo do tratamento.

A abordagem é diferencial já que, além de ter sido aplicado o questionário para rastreamento de TMC avaliando os últimos 30 dias também realizou-se um protocolo de avaliação psicológica, PAP, que como demonstrado neste estudo permitiu seguir um roteiro de anamnese para avaliação da história de vida do paciente e as emoções ligadas ao adoecer. A aplicação do *SRQ-20* confirmou que é um instrumento de fácil manejo, baixo custo e que pode ser aplicado por outros profissionais de saúde na atenção primária desde que haja uma referencia especializada com a presença do psicólogo para receber os pacientes de risco.

Sendo assim, este estudo evidencia a importância de tecnologias investigativas como as entrevistas psicológicas e questionários para detecção de TMC, entre os pacientes com doenças crônicas como a hanseníase, que também forneçam respaldo para uma avaliação inicial do paciente. Deste modo o psicólogo estará preparado para identificar as características emocionais dos indivíduos que são mais suscetíveis a sofrer os efeitos adversos como a psicose e/ou outros transtornos de humor, relacionados às medicações, especialmente a dapsona, um dos componentes da PQT, e da prednisona, que é a base do tratamento das neurites e/ou reações hansênicas. E também poderá promover propostas de intervenção efetiva, ações de adesão ao tratamento e combate ao estigma social, a fim de minimizar o impacto da doença sobre a vida do indivíduo com hanseníase, além de contribuir com a equipe de saúde que o atende.

REFERÊNCIAS

ALVES C.J.M. et al. Avaliação do grau de incapacidade dos pacientes com diagnóstico de hanseníase em Serviço de Dermatologia do Estado de São Paulo. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. 43(4):460-461, 2010.

ANTUNES, D. E, **Caracterização clínica, Epidemiológica e Laboratorial das Reações Hansenicas durante e após a poliquimioterapia: análise de potenciais fatores preditivos**. (Dissertação). Uberlândia: faculdade de medicina, Universidade Federal de Uberlândia, 2012.

ARAÚJO, T. M; et. al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Revista Saúde Pública**, 37(4): 424-33, 2003.

AQUINO, D. M. C; et al. Perfil dos pacientes com hanseníase em área hiperendêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil. **Revista Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. 36 (1): 57-64. 2003.

ARVELO, J. J; **Prevenção de Incapacidades Físicas e Reabilitação em Hanseníase**. Cirurgia Reparadora e Reabilitação em Hanseníase. (4): 35-48, 1997.

BAIALARDI, K. S. O Estigma da Hanseníase: Relato de Experiência em Grupo com Pessoas Portadoras. **Hansen Int**. 32(1): 27-36. 2007.

BOING A. F. et al. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. **Revista Saúde Pública**. vol.46, no.4, p.617-623. 2012

BOTI, N. C. L; AQUINO K. A. A Via Sacra da Hanseníase de Veganin. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília; 61(esp): 676-81. 2008.

BRANDEN, N. **Autoestima: Como Aprender a Gostar de Si Mesmo**. São Paulo: Saraiva. 2000. 560 p.

BRASIL. **Lei Federal n.º 9.010 de 29 de março de 1995**. Publicada no Diário Oficial da União (DOU), coluna II, página 004509. Originou-se do projeto de lei n.º 1624 de 15/08/1991 da Câmara

dos Deputados (no Senado projeto n.º77 de 1994) de autoria do Deputado Elias Murad do PSDB/MG.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o Controle da hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. M. S. S. V. S. Guia de Vigilância Epidemiológica. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Série A. Normas e Manuais Técnicos), 2005. 816 p.

_____. M. S. S. V. S. Manual de Prevenção de Incapacidades. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. 3. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos, 2008. 140 p.

_____. M. S. S. V. S. Guia de Procedimentos Técnicos Vigilância Epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, Série A. Normas e Manuais Técnicos. 54 p. 2010.

_____. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 3.125, DE 7 DE OUTUBRO DE 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da hanseníase. Disponível em:<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/portaria_n_3125_hanseníase_2010.pdf>. Acesso em: 15 de janeiro de 2014.

CAMARGO, N. C. **Associação de Ferramentas Imunológicas e Moleculares, Indicadores Epidemiológicos e Sistema de Informação Geográfica para Vigilância da Infecção pelo Mycobacterium Leprae: casos da hanseníase e contatos de uma região endêmica do Brasil.** Dissertação de Mestrado Ciências da Saúde, Universidade Federal de Uberlândia, 2011.

CARVALHO, K. A. **A memória dos portadores de lepra sobre o isolamento compulsório.** (2009) Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/aedos/article/view/10592/6240> acesso em agosto de 2012.

CID 10. Classificação de transtornos mentais e comportamentais da CID10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: **Arte Médicas**, 1993. 351p

COELHO, A. R. **O Sujeito Diante da Hanseníase: Pesquisas e Práticas Psicossociais (2)**, São João Del Rei, Fev. 2008.

COUTINHO ESF, ALMEIDA FILHO N, MARI JJ. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. **Rev Psiq Clín** 1999; 26(5). Disponível em: <[http:// www.hcnet.usp.br/ipq/revista](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista)>. Acessado em 25 Jun. 2012.

COSTA A. G.; LUDERMIR, A. B. **Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil**. Cad. Saúde Pública. vol.21 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2005

CURI, L. M. **Defender os Sãos e Consolar os Lázarus: Lepra e Isolamento no Brasil 1935-1976**. Dissertação de Mestrado em História, Universidade Federal de Uberlândia, 2002.

DOHRENWEND B.P. Social status and stressfull life events. **J Pers Soc Psychiatr.**; 28: 225-35. 1973.

DSM-IV-TR **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Tradução Cláudia Dornelles. 4ª. Ed. Revisada. Porto Alegre: ArtMed, 2002 – (Reimpressão 2008).

DUARTE, M. T. C.; et al. Perfil socioeconômico e demográfico de portadores de hanseníase atendidos em consulta de enfermagem. **Revista Latino-Am.** Enfermagem. v. 15 n. SPE Ribeirão Preto Sept./Oct. 2007.

DURÃES, S. M. B. et al. Estudo epidemiológico de 107 focos familiares de hanseníase no município de Duque de Caxias - Rio de Janeiro, **Brasil. An. Bras. Dermatol.** V. 85 n.3 Rio de Janeiro - Jun. 2010.

EIDT LM. Ser hanseniano: sentimentos e vivências. **Hansen Int.** 29(1):12-20. 2004.

Eurípedes, E. A. **Todas as lágrimas**. Disponível em <http://poetisandocomigo.blogspot.com.br/> Acesso em 20 Set de 2013.

FONGARO, M. L.; SEBASTIANI, R. W. Roteiro de Avaliação Psicológica Aplicada ao Hospital Geral. In: ANGERAMI-CAMON, V. (Org.). **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira, 1996.

FORGIARINI K.; RICCI; L. V. **Transtorno de ansiedade na infância**. Disponível em: <www.webartigos.com/artigos/transtornos-de-ansiedade-na-infancia/49428/>. Acesso em: 10 Out. 2011.

FOSSI L. B. GUARESCHI N. M. F. A Psicologia Hospitalar e as Equipes Multidisciplinares. Faculdade de Psicologia da Pontifícia. Universidade Católica do Rio Grande do Sul. **Rev. Assoc. Lepr. Rev.**, 54: 261-270, 1983

GOMES, F. G.; FRADE, M. A. C.; FOSS, N. T. Úlceras cutâneas na hanseníase: perfil clínico-epidemiológico dos pacientes. **An. Bras. Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 5, out. 2007 .

GOULART, I. M. B. *et al.* Efeitos adversos da poliquimioterapia em pacientes com hanseníase: um levantamento de cinco anos em um Centro de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. 35(5): 453-460, set/out, 2002.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Trad. Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. Rio de Janeiro: LTC, 1975.

GOULART, I. M. B.; PENNA, G. O.; CUNHA, G. Imunopatologia da Hanseníase: A Complexidade dos Mecanismos da Resposta Imune do Hospedeiro ao *Mycobacterium leprae*. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** 35(4): p. 363-375, 2002.

HARDING, T.W.; et al. Mental Disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four development contries. **Psychological Medicine**, 10: 231-241, 1980.

HALPERN R; FIGUEIRAS A. C. M. Influências ambientais na saúde mental da criança. **Jornal de Pediatria**. v. 80, n. 2 (Supl.), 2004.

HARLAND P, et al. Family factors and life events as risk factors for behavioural and emotional problems in children. **Eur Child Adolesc Psychiatry**. 11:176-84. 2002.

HOLMES, David S. Psicologia dos Transtornos Mentais. 2. Ed. Porto Alegre: **ArtMed**, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores sociais mínimos**. IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>>. Acesso em: 31/07/2014

ILEP. The International Federation of Anti-Leprosy Associations. **Guia para reabilitação socioeconômica de pessoas afetadas pela hanseníase**. Tradução: Jerusa Gonçalves de Araujo e Sara Brandellero. DAHW. Associação Alemã de Ajuda aos Hansenianos. Londres. 1999. Disponível em: http://www.ilep.org.uk/fileadmin/uploads/Documents/Learning_Guides/lg2stbrport.pdf Acesso em: 15 fev. 2014.

JOPLING, W. H. References to “Side-effects of Antileprosy Drugs in Common Use. **Lepr. Rev.**, 56: 61-70, 1985.

JORGE, M. T.; RIBEIRO, L. A. Fundamentos para o Conhecimento Científico: Áreas de Saúde. São Paulo: **CLR Balieiro**, 1999.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A. Compêndio de Psiquiatria - Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 7. Ed. Porto Alegre: **Artes Médicas**, 2003.

KILL A.K. A. et al. Deficiências e incapacidade por hanseníase: Avaliação clínica e epidemiológica dos pacientes atendidos em um Centro de Referência Nacional do Brasil. **Hansen Int.** 37(1):25-3. 2012.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer**. 4. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1969.

LEEKASSA R, BIZUNEH E, ALEM A. Prevalence of mental distress in the outpatient clinic of a specialized leprosy hospital. **Addis Ababa**, Ethiopia, 2002.

LENNON M.C. Work Conditions for the relation between socioeconomic status, gender, and psychological disorders. **Epidemiologic Reviews**. Baltimore (USA), v. 17, n.1 p, 120-127, 1995.

LOCKWOOD D.N. J. Leprosy. In: Burns DA, Breathnach SM, Cox NH, Griffiths CEM, editor. **Rook's textbook of dermatology**, 7th ed. Oxford: Blackwell Publishing; 2004. p. 29.1 -29.21

LUDERMIR A. B, COSTA A.G. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cad Saúde Pública** 21(1): 73-79. 2005

MARAGNO L., et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(8):1639-1648, 2006.

MARI, J.J; WILLIAMS P. A Validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire in Primary Care in the City of São Paulo. **Br J Psychiatry**. 148: 23-6, 1986.

MARTINS B. D. L., TORRES FN, OLIVEIRA MLW. Impacto na qualidade de vida em pacientes com hanseníase: correlação do Dermatology Life Quality Index com diversas variáveis relacionadas á doença. **An bras Dermatol**. 2008 83(1): 39-43.

MARTINS IMR,CESARINO B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.13 no.5 Ribeirão Preto Sep./Oct. 2005

MENDES, C. M. Conhecimento científico *versus* manutenção de crenças estigmatizantes: Reflexões sobre o trabalho do psicólogo junto aos programas de eliminação da hanseníase. Pesquisas e práticas psicossociais, 2 (1), São João del-Rei, 2007.

MINAS GERAIS. **Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à Saúde do Adulto: Hanseníase**. 1. ed. Belo Horizonte: SAS/MG, 62 p. 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Área Técnica de Dermatologia Sanitária: Hanseníase atividades de controle e manual de procedimentos**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

MOREIRA, V. (2004). O método fenomenológico de Merleau-Ponty como ferramenta crítica na pesquisa em psicopatologia. **Psicologia: Reflexão e crítica**, 13(3), 447-456

MOURA, S. H. L.. **Avaliação de incapacidades físicas e transtornos psicossociais em pacientes com hanseníase em Centro de Referência de Minas Gerais**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical). Escola de Medicina da UFMG. Belo Horizonte/MG, 2010.

OLIVEIRA F. F L; MACEDO. Perfil epidemiológico dos portadores de hanseníase em um município da região do centro - oeste do Paraná. **SaBios: Rev. Saúde e Biol** .v.7, n.1, p.45-51, jan./Abr.,2012. ISSN: 1980-0002.

PARGAMENT, K. I.; PARK, C. L. Merely a defense? The variety of religious means and ends. **Journal of Social Issues**, Malden, v.51, n.2, p.13-32. 1995.

RAFFERTY, J. Curing the stigma of leprosy. **Lepr Rev** (2005) 76, 119–126

REIS, F. B., CICONELLI, R. M.; FALOPPA, F. Pesquisa científica: A Importância da Metodologia. **Revista Brasileira de Ortopedia**. v. 37, p. 51-55, 2002.

RIBEIRO JÚNIOR, A. F. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase em uma cidade endêmica no Norte de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Clínica Médica**. São Paulo, 2012 jul-ago;10(4):272-7.

ROCHA S. V.; et al. Prática de atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre residentes de um município do Nordeste do Brasil. **Revista brasileira de epidemiologia**. v.15 n.4 São Paulo Dec. 2011

ROGERS, C.; DYMOND, R. **Psychotherapy and personality change**. Chicago, The University of Chicago Press, 1954.

SAMEROFF A. J., et al. Intelligence quotient scores of 4-year-old children: social-environmental risk factors. **Pediatrics**. 1987; 79(3):343-50

SANTOS E.G, SIQUEIRA M.M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **J Bras Psiquiatr** 59(3): 238-246. 2010.

SHEEHY, G. **Passagens. Crises Previsíveis da Idade Adulta**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1991.

SIEGEL, S. **Estatística não-paramétrica para as ciências do comportamento**. Mc Graw-Hill do Brasil, São Paulo, 1977.

SCOLLARD, D.M. et al. The continuing challenges of leprosy. **Clin Microbiol Rev.** 2006; 19:338-81

SCHULZ C. **Aconselhamento pastoral em meio a crises de doença e morte**. Dissertação, Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 122pp. Disponível em:

http://tede.est.edu.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=177.2009. Acesso em: 10 jan. 2014.

SILVA JUNIOR, F. J. G. et al. Assistência de Enfermagem ao Portador de Hanseníase: Abordagem Transcultural. **Rev. bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. spe, Nov. 2008.

SILVA J. L.L. Estresse e transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem de Um Hospital Federal no Município do Rio De Janeiro. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2008;10(4):1174-5.
A

SÃO PAULO (SP) Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e informação - /CEInfo. /Betim ISA- Capital 2008, nº 5, 2011: /**Transtornos Mentais Comuns. /tabagismo Consumo de Bebidas Alcoólicas**. São Paulo: 64p.

SOUZA. G.G, **Psicologia da Saúde**. Disponível em:

<<http://www.redepsi.com.br/2008/01/05/psicologia-da-sa-de/>> Acesso em: 03 nov. de 2010.

SOUZA NETA, M. B. **Importancia-Do-Psicologo-No-Contexto-Hospitalar** /pagina1.html#ix..

Publicado 11/09/2010. Disponível em: [http://www.webartigos.com/articles/46990/1/A-](http://www.webartigos.com/articles/46990/1/A-IMPORTANCIA-DO-PSICOLOGO-NO-CONTEXTO-HOSPITALAR)

[IMPORTANCIA-DO-PSICOLOGO-NO-CONTEXTO-HOSPITALAR](http://www.webartigos.com/articles/46990/1/A-IMPORTANCIA-DO-PSICOLOGO-NO-CONTEXTO-HOSPITALAR/pagina1.html#ixzz12zkDImrK)
/pagina1.html#ixzz12zkDImrK Acesso em: 13 set 2013

TEIXEIRA M.; BESSA S. **Hanseníase como uma doença milenar ameaça as novas gerações do Brasil**. Diário de Pernambuco Disponível em:

<<http://www.old.pernambuco.com/diario/especiais/hanseníase/lepra.shtml>>. Acesso em : 20 Ago. 2013.

TSUTSUMI A, et al. Depressed state of the leprosy patients in Bangladesh: association with self-perceived stigma. **Lepr Rev.** 2004 Jun; 75 (2): 205.

TUONO, V. L., et al. Transtornos Mentais e Comportamentais nas mortes de mulheres em idade fértil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, v. 16, n. 2, p. 8592, Jun 2007. ISSN 16794974.

VAN BRAKEL W. H. Measuring health-related stigma: A literature review ISSN 1354-8506 print/ISSN 1465-3966 online 2006 Taylor ; Francis Psychology, **Health and Medicine**, August 2006; 11(3): 307 – 334,

VIDERES A. R. N.; SIMPSON CL. A., Hanseníase: Comportamento Social De Ex-Portadores Com Histórico Asilar. 16º SENPE Campo Grande, MS **Ciência da Enfermagem em tempos de interdisciplinaridade**, 2011.

VIEIRA, Padre. Sermão do Segundo Domingo do Advento. Sermões, Lisboa, tomo I, Livraria Chardron, 1907.

WHO. **Weekly Epidemiological Record.** v. 88, n. 37, p. 365–380. 2013.

WHO. **Weekly Epidemiological Record.** v.84, n.33, p.33-340, 2009.

WHO. **Weekly Epidemiological Record.** v.85, n.35, p.337-348, 2011

WHO **Weekly Epidemiological Record.** v. 76 p. 365–380. 2001.

ANEXOS

Anexo 1- PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA – PAP

Paciente: _____ Prontuário _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO
PACIENTES

Idade:
Sexo:
Estado Civil:
Escolaridade:
Profissão:.....
Religião:.....
Etnia:.....
Filhos: Netos:.....
Grau de incapacidade:.....
CO:.....

Questionário Específico

Perguntas de avaliação psicossocial

Como foi a **infância** do (a) paciente? (principalmente relativo a questões como a composição familiar, seu desenvolvimento psicológico, motor e cognitivo, sua relação com os pais, suas vivências e os acontecimentos relevantes)

Como foi sua **adolescência**? (em relação aos seus hábitos, sua sexualidade, suas relações na família e com os grupos de amigos, suas vivências e acontecimentos relevantes)

Como se constitui a **vida adulta** do (a) paciente? (ênfase sua rotina diária, sua situação conjugal ou relação com parceiros, sua condição socioeconômica, sua organização no lar, seu contato com filhos, sua relação com outras pessoas da comunidade, seu emprego, lazer e atividades, sua expectativa de vida e vivências ou acontecimentos relevantes)

Perguntas relacionadas ao adoecimento

Como era o paciente antes de adoecer?

Como foi descoberto o diagnóstico?

Como o paciente e as outras pessoas com que convive estão lidando com o diagnóstico? *Quais os medos e fantasias acerca da doença e do tratamento?*

Sofreu preconceito?

Tem medo de ser discriminado?

Houve algum **fato que marcou a vida do paciente** antes ou depois do aparecimento da doença?
(Doença do paciente ou na família, separação ou morte na família, hospitalizações na família, desemprego, mudança de casa, escola ou emprego, acidentes, brigas ou dificuldades econômicas)

Estado Emocional Geral

Auto-conceito:

Auto-estima:

Ansiedade:

Depressão:

Informações sobre a doença e o tratamento:

Relação com a doença:

Estrutura emocional básica:

Defesas predominantes:

Ruptura psicótica (Latente ou Manifesta) :

Temperamento Emocional Observado

Introvertido

☐

Extrovertido

☐

Postura Frente à Doença e a Vida

Tendência Biófila (desejo de vida) ou Tendência Necrófila (desapego com a vida ou abandono)

Estado Atual Frente À Doença / Hospitalização e a Vida

(Negação, Barganha, Revolta, Depressão, Aceitação, Ganho Secundário)

Exame Psíquico

- **Consciência (clínica)**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Confusão mental, incoerência |
| <input type="checkbox"/> Torpor (indiferença ou inércia) | <input type="checkbox"/> Inquietação física |

- **Senso Percepção**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Normal | |
| <input type="checkbox"/> Ilusão | <input type="checkbox"/> Alucinação Olfativa |
| <input type="checkbox"/> Alucinação Visual | <input type="checkbox"/> Alucinação Gustativa |
| <input type="checkbox"/> Alucinação Auditiva | <input type="checkbox"/> Alucinação Tátil |

Se apresentar alucinação, descrever qual:

- **Pensamento**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Normal | |
| <input type="checkbox"/> Alteração da Forma | |
| <input type="checkbox"/> Alteração do Curso | Qual _____ |
| <input type="checkbox"/> Alteração do Conteúdo (não concordância com a realidade) | Qual _____ |
| | <input type="checkbox"/> Confusão Mental |
| | <input type="checkbox"/> Delírio Persecutório |
| | <input type="checkbox"/> Delírio Religioso |
| | <input type="checkbox"/> Delírio de Referência |
| | <input type="checkbox"/> Delírio de Interpretação |
| | <input type="checkbox"/> Delírio Hipocondríaco |

- **Linguagem**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Ecolalia (eco o som) |
| <input type="checkbox"/> Dislalia (má pronúncia das palavras) | <input type="checkbox"/> _____) |
| | Outras _____ |
| <input type="checkbox"/> Afasia (dificuldade em nomear pessoas e objetos) | |

- **Memória**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Amnésia Anterógrada (não assimila fatos novos) |
| <input type="checkbox"/> Alteração de Evocação | <input type="checkbox"/> Amnésia Retrógrada (dificuldade de busca) |
| <input type="checkbox"/> Dificuldades de Fixação | <input type="checkbox"/> Amnésia Lacunar (uma parte é esquecida) |
| | <input type="checkbox"/> Amnésia Pós-Traumática |
|
 | |
| <input type="checkbox"/> Hipomnésia (lentidão da busca) | |
| <input type="checkbox"/> Hipermnésia (aceleração da capacidade evocativa) | |

- **Inteligência / Cognição**

- ☐ Normal
☐ Alteração na Inteligência Verbal
☐ Alteração na Inteligência Não-Verbal
☐ Alterações Cognitivas Específicas
 Qual _____

- **Consciência do Eu**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Normal | |
| <input type="checkbox"/> Alteração no Eu Físico | |
| <input type="checkbox"/> Alteração no Eu Psíquico | <input type="checkbox"/> Ruptura Psicótica |
| | <input type="checkbox"/> Alteração na Orientação |
| Autopsíquica | (Tempo e espaço físico) |

- **Afetividade (humor)**

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Normal | |
| <input type="checkbox"/> Depressão | <input type="checkbox"/> Leve |
| | <input type="checkbox"/> Maior |
| | <input type="checkbox"/> Moderada |
|
 | |
| <input type="checkbox"/> Mania | |
| <input type="checkbox"/> Labilidade Afetiva (profunda fragilidade) | |
| <input type="checkbox"/> Ambivalência Afetiva (reações de dupla interpretação) | |
| <input type="checkbox"/> Angústia | |
| <input type="checkbox"/> De Morte | |
| <input type="checkbox"/> Existencial | |
| <input type="checkbox"/> Ansiedade | |

- **Motivação e Volição**

- ☐ Deseja e Operacionaliza
☐ Deseja e Não Operacionaliza

() Não deseja

Manifestações Psíquicas e Comportamentais

Culpa	()
Negação	()
Raiva	()
Hostilidade	()
Fantasias	()
Fantasias Mórbidas	()
Frustração	()
Impotência	()
Insegurança	()
Fracasso	()
Regressão	()
Dependência	()
Conformismo	()
Projeção	()
Isolamento	()
Desamparo	()
Pânico	()
Esperança	()
Ambigüidade	()
Estresse	()
Agitação Psicomotora	()
Agressividade	()
Medo Real	()
Medo Fantasmático	()
Comportamento Fóbico	()
Sensação de Punição	()
Sensação de Abandono	()
Limitação de Atividades	()
Conflitos Qto à Privacidade	()
Privação de Liberdade	()
Perda da Autonomia	()
Esquema Corporal Modificado	()
Conflitos com Sexualidade	()
Desconfiança	()

Complementos:

Diagnóstico Psicológico

Conduta

Síntese

DATA:_____/_____/_____

Responsável

Anexo 2 SRQ- 20

Instruções: Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

1- Você tem dores de cabeça frequente?	() SIM	() NÃO
2- Tem falta de apetite?	() SIM	() NÃO
3- Dorme mal?	() SIM	() NÃO
4- Assusta-se com facilidade?	() SIM	() NÃO
5- Tem tremores nas mãos?	() SIM	() NÃO
6- Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	() SIM	() NÃO
7- Tem má digestão?	() SIM	() NÃO
8- Tem dificuldades de pensar com clareza?	() SIM	() NÃO
9- Tem se sentido triste ultimamente?	() SIM	() NÃO
10- Tem chorado mais do que costume?	() SIM	() NÃO
11- Encontra dificuldade para realizar com satisfação suas atividades diárias?	() SIM	() NÃO
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	() SIM	() NÃO
13- Tem dificuldade no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	() SIM	() NÃO
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	() SIM	() NÃO
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	() SIM	() NÃO
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	() SIM	() NÃO
17- Tem tido ideia de acabar com a vida?	() SIM	() NÃO
18- Sente-se cansado (a) o tempo todo?	() SIM	() NÃO
19- Você se cansa com facilidade?	() SIM	() NÃO
20- Têm sensações desagradáveis no estomago?	() SIM	() NÃO

Anexo 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada **“Diagnóstico de hanseníase e as medicações usadas na poliquimioterapia e nas reações hansênicas: influência na incidência de alterações psíquicas nos pacientes,”** sob a responsabilidade da psicóloga Marília Aparecida de Souza Cunha e orientação da Profa. Dra. Isabela Maria Bernardes Goulart.

Pouco se tem estudado sobre as alterações psíquicas que podem ocorrer pelo uso da dapsona e da prednisona, ambos de uso prolongado para tratamento da hanseníase e das reações hansênicas, respectivamente. Nesta pesquisa nós estamos buscando entender as alterações psíquicas que podem ocorrer com o uso desses medicamentos visando diagnosticar precocemente, estabelecer uma conduta e propiciar o acompanhamento do paciente pelo psicólogo, tanto para definir padrões de comportamento de risco que pode ser agravados pelo uso da medicação, quanto para auxiliar o paciente em todo o processo de tratamento, cura, reabilitação e reintegração social.

Esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela psicóloga Marília Aparecida de Souza Cunha no momento da consulta psicológica do paciente no Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária e Hanseníase (CREDESH), que é realizada antes de iniciar o tratamento PQT e na qual é aplicado o Protocolo de Avaliação Psicológica como parte da rotina de atendimento da psicologia no CREDESH. Para participar você deverá responder as perguntas feitas oralmente pela psicóloga respondendo ao Protocolo de Avaliação Psicológica e ao questionário SQR-20. Esse segundo questionário será aplicado a cada três meses e/ou antes de iniciar o tratamento para reações hansênicas, que podem ocorrer durante o tratamento da hanseníase e mesmo depois da alta.

Não há nenhum risco à sua participação nesse estudo e sua colaboração poderá ajudar a esclarecer se os medicamentos podem levar ou não a alterações psíquicas nos pacientes sob tratamento da hanseníase. Os resultados dessa pesquisa serão publicados, mas em nenhum momento você será identificado. Você não terá nenhum gasto e ou ganho financeiro por participar na pesquisa.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Marília Aparecida de Souza Cunha e Profa. Dra. Isabela Maria Bernardes Goulart, na Avenida Aspirante Mega, nº 77- Bairro Jaraguá. Telefone (034) 3216-7872. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, Bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; Telefone: (34) 3239-4131.

Uberlândia, de de 20_____.

Marília Aparecida de Souza Cunha

Pesquisadora psicóloga

Profa. Dra. Isabela Maria B.Goulart

Pesquisadora Orientadora

Eu aceito participar da pesquisa citada acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido (a).

Participante da pesquisa