

## **Avaliação da qualidade de vida e das condições sociodemográficas e clínicas das pessoas após alta da hanseníase**

Carmen Silvia de Campos Almeida Vieira. Universidade de Taubaté, Departamento de Enfermagem, Taubaté-SP, Brasil. E-mail: [carmensilviavieira@gmail.com](mailto:carmensilviavieira@gmail.com)

Eliete Maria Silva. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem, Campinas-SP, Brasil. E-mail: [emsilva@unicamp.br](mailto:emsilva@unicamp.br)

Teresa Celia de Mattos Moraes dos Santos. Universidade de Taubaté, Departamento de Enfermagem, Taubaté-SP, Brasil. E-mail: [teresacelia@terra.com.br](mailto:teresacelia@terra.com.br)

Silvia Maira Pereira. Universidade de Taubaté, Departamento de Enfermagem, Taubaté-SP, Brasil. E-mail: [silvia.pereira@unitau.com.br](mailto:silvia.pereira@unitau.com.br)

### **Resumo**

A manutenção da hanseníase como problema de saúde pública nos países endêmicos está relacionada aos aspectos socioeconômicos, culturais, estilo de vida e percepções pessoais, fatores imprescindíveis para qualidade de vida. O objetivo do estudo foi avaliar a relação entre o perfil sociodemográfico, perfil clínico e as alterações funcionais com a qualidade de vida das pessoas após alta medicamentosa da hanseníase. Estudo ecológico, analítico com 210 sujeitos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 15 anos, que realizaram tratamento em 11 municípios, do estado de São Paulo. Foram utilizados: formulário de identificação, avaliação neurológica simplificada, prontuário médico, instrumento *WHOQOL-100 Bref* e escala de dor. Para análise dos dados, aplicaram-se os testes *Kruskal-Wallis*, seguidos do pós-teste de *Dunn* e *Mann-Whitney*. Os resultados demonstraram que a hanseníase acomete pessoas economicamente ativas, com baixa condição socioeconômica e escolaridade. Verificou-se que o diagnóstico foi realizado tardiamente, nas formas multibacilares, com presença de deficiências físicas, dor, reação hansênica e doenças associadas. A qualidade de vida é prejudicada em todos os domínios, sendo mais acometidos os domínios ambiente e psicológico. No ambiente, os mais prejudicados foram os municípios de prioridade 1 (57,13), gênero feminino (55,83), baixa renda (50,00), problema alimentar (48,59) e dor (49,67). Já no domínio psicológico foram os analfabetos (58,52), com problemas de saúde (61,87) e diabetes (57,55). Conclui-se que os aspectos sociodemográficos e clínicos interferem na qualidade de vida das pessoas após alta medicamentosa da hanseníase, o que demonstra a necessidade de atenção mais ampliada e qualificada à população dos municípios estudados.

**Palavras-chave:** Hanseníase; Pessoas com deficiência; Epidemiologia; Qualidade de vida.

**Evaluation of quality of life and socio-demographic and clinical conditions of people after discharge leprosy in cities in São Paulo – Brazil**

**Abstract**

The maintenance of leprosy as a public health problem in endemic countries is related to socioeconomic, cultural, lifestyle and personal perceptions, essential factors for quality of life. The aim of the study was to evaluate the relationship between the sociodemographic profile, the clinical profile and the functional changes to the quality of life after drug discharge of leprosy. The ecological, analytical study with 210 subjects from both genders, aged over 15 years, who received treatment in 11 municipalities of São Paulo state. The identification form, the simplified neurological assessment, the medical records, the WHOQOL-100 Bref tool and pain scale were used. For data analysis, the Kruskal-Wallis tests, followed by Dunn's and Mann-Whitney's post-test were applied. The results showed that leprosy affects active people economically with low socioeconomic conditions and education. It was found that the diagnosis was made late in the multibacillar forms, with the presence of physical disabilities pain, leprosy reaction and associated diseases. The quality of life is impaired in all areas being most affected the emotional and environmental domains. In the environmental, the most affected were the priority municipalities 1 (57.13), female (55.83), low income (50.00), eating disorder (48.59) and pain (49.67). In the psychological domain were illiterate (58.52), with health problems (61.87) and diabetes (57.55). It is concluded that the sociodemographic and the clinical aspects affect the quality of life after the drug discharge of leprosy, which demonstrates the need for attention more expanded and qualified to the population of the municipalities studied.

**Keywords:** Leprosy; Disabled people; Epidemiology; Quality of life.

## Introdução

A hanseníase, doença infectocontagiosa e crônica, tem tropismo pelo sistema tegumentar e nervos periféricos. Quando o diagnóstico é tardio e o tratamento é inadequado, evolui para incapacidades e deficiências que podem interferir na capacidade para o trabalho, nas relações sociais e na qualidade de vida<sup>(1-3)</sup>.

A introdução da Poliquimioterapia (PQT) como tratamento específico veio acompanhada de melhoria da organização de serviços, implantação e ou implementação das redes de atenção nos diversos níveis de complexidade, capacitação dos recursos humanos, execução das ações de prevenção de incapacidades no diagnóstico, alta e pós-alta, e conhecimento da doença pela população. Com essas medidas, espera-se que o diagnóstico seja precoce e que haja redução das incapacidades físicas, sociais e psicológicas, com diminuição da transmissão e consequente controle da doença<sup>(4-6)</sup>.

Mundialmente, no entanto, observa-se que, mesmo com a meta de eliminação assegurada no ano de 2000, ou seja, menos de um caso para cada 10 mil habitantes, os dados epidemiológicos apontam que a doença continua com alta magnitude nas regiões com baixas condições socioeconômicas. Assim, mantém-se de forma endêmica em 14 países. Índia, Brasil e Indonésia são os países responsáveis pela detecção de 81% do total dos casos<sup>(4)</sup>.

A classificação operacional atual da doença consiste em paucibacilares (PB), incluídas as formas indeterminada (I) e tuberculoide (T), com manifestação clínica de até cinco lesões de pele, e as multibacilares (MB), que correspondem às formas dimorfa (D) e virchoviana (V), as quais apresentam mais de cinco lesões. Portanto, a avaliação clínica é soberana para definir a forma da doença, respaldada na história clínica e epidemiológica e no exame dermatoneurológico. Quando disponível, a baciloscopia com resultado positivo define a avaliação como multibacilar; no entanto, a resposta negativa não descarta o diagnóstico da doença, bem como não a classifica definitivamente como paucibacilar. O Sistema Único de Saúde (SUS) assegura o tratamento com PQT, sendo os paucibacilares tratados por seis meses, e os multibacilares, durante 12 meses, no mínimo<sup>(6-7)</sup>. As pessoas acometidas pela hanseníase, conforme a resposta imunológica poderão apresentar manifestações inflamatórias agudas ou subagudas, antes, durante ou após o tratamento. Esse quadro é denominado reação hansênica e demanda atendimento imediato e acompanhamento permanente pela equipe multiprofissional, nos vários níveis de atenção de saúde, com a finalidade de evitar sequelas<sup>(6,8)</sup>.

Além da terapêutica medicamentosa, os indivíduos com hanseníase deverão ser acompanhados nas ações de Prevenção de Incapacidades, por meio de avaliação e monitoramento dermatoneurológico e com identificação do grau de incapacidade, orientações de autocuidado e grupo de apoio<sup>(8)</sup>. O Ministério da Saúde, em 2016, inclui complementações para determinar o grau de incapacidade física e acrescenta o teste de força muscular dos olhos, mãos e pés, e possíveis complicações visíveis, como as atrofias, visando a uma investigação mais aprofundada do comprometimento neural<sup>(6)</sup>.

Estudos apontam que a manutenção dos casos de hanseníase nas regiões endêmicas é decorrente das diferenças sociais marcantes entre as populações, prevalecendo nas comunidades de extrema pobreza, atreladas à fragilidade dos serviços de saúde, tanto nas questões técnicas quanto nas operacionais. Assim, a hanseníase constitui problema de saúde pública<sup>(9-10)</sup>.

O contexto endêmico, associado às baixas condições socioeconômicas e ambientais, a severidade da doença e a deficiência na avaliação neurológica são determinantes para o desenvolvimento das incapacidades que, quando instaladas, podem gerar isolamento, sofrimento, depressão, preconceito e autoestigma, interferindo assim na qualidade de vida<sup>(2,11)</sup>.

A concepção sobre qualidade de vida, relevante na sociedade contemporânea e apoiada nos aspectos socioeconômicos e culturais, no estilo de vida, nas percepções e experiências pessoais, tem sido alvo de intensos debates na área da saúde. Atualmente o processo avaliativo das práticas assistenciais e das políticas públicas tem como um de seus indicadores a melhoria da qualidade de vida, com o intuito de promoção da saúde e prevenção da doença<sup>(12)</sup>.

Devido à complexidade do tema e da relevância epidemiológica e operacional, faz-se necessário aprofundar o conhecimento científico nessa área. Por esse motivo, no presente estudo o objetivo é avaliar a relação entre o perfil sociodemográfico, o perfil clínico e as alterações funcionais com a qualidade de vida das pessoas após alta medicamentosa da hanseníase.

## Método

Trata-se de estudo ecológico, analítico, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté sob o parecer nº 526.209, de 07 de fevereiro de 2014, respeitados os preceitos éticos da RESOLUÇÃO Nº 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O estudo foi realizado em municípios que pertenciam ao Grupo de Vigilância Epidemiológica–GVE XXXIII de Taubaté, estado de São Paulo, Brasil. Utilizou-se para seleção o banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, no período 01 de janeiro de 2004 a 31 de dezembro de 2013.

Para identificar os municípios em que seria desenvolvido o estudo, utilizou-se a classificação preconizada pela Divisão Técnica de Vigilância Epidemiológica em hanseníase-SP, com base nos critérios de prevalência, bolsa de indicadores e classificação epidemiológica, que considera o tamanho da população geral, o número de casos novos detectados e o número de casos novos em crianças menores de 15 anos, classificando-os em níveis de prioridade<sup>(13)</sup>. Assim, a **Prioridade 1**- contemplou Taubaté, Pindamonhangaba, Aparecida, Lorena, Cunha, Cachoeira Paulista e Guaratinguetá, e a **Prioridade 2**, - os municípios de Tremembé, Cruzeiro e Campos do Jordão.

Para definir o tamanho da amostra da população do estudo, após levantamento das 475 pessoas que tiveram alta por cura da hanseníase, foi realizado um cálculo amostral com base em uma proporção igual, a 0,50, com erro amostral de 5% e um nível de significância de também 5%<sup>(13-14)</sup>. O cálculo resultou em um tamanho amostral final de 213 indivíduos, que foram distribuídos de maneira proporcional entre os onze municípios estudados.

Nos oito municípios que pertenciam à prioridade 1 foi estimada amostra com 196 indivíduos, dos quais participaram 186 (93,88%). Já no de prioridade 2, de que faziam parte três municípios, a amostra definida era de 17 pessoas, mas foram estudadas 24. Portanto, fizeram parte do estudo 210 indivíduos, que aceitaram participar da pesquisa, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 15 anos, e com alta por cura da hanseníase.

A coleta de dados envolveu condições sociodemográficas (por exemplo, sexo, idade, escolaridade) e clínicas (problema de saúde, problema para alimentar-se e feridas) obtidas por meio da aplicação de um formulário. As alterações funcionais (grau de incapacidade, reação hansênica, dor e forma da doença) foram obtidas de fonte secundária (prontuários) e de fonte primária, mediante exame físico, aplicando-se o formulário de avaliação neurológica simplificada, que subsidia a classificação do grau de incapacidades físicas (GRAU I - OMS), e a qualidade de vida, mediante o instrumento *WHOQOL-100 Bref*.

Para avaliação da dor, utilizou-se a Escala de Dor Visual Analógica e de Cores, com auxílio de uma régua numerada de 0 a 10. O indivíduo que referia presença de dor classificava

sua intensidade de acordo com os seguintes critérios: zero, sem dor; 1-2, dor ligeira; 3-4-5, dor moderada; 6-7-8, dor intensa; e, 9-10, dor máxima<sup>(15)</sup>.

Quanto à ocupação, foi utilizada classificação segundo o risco de exposição (Nardi, 2012)<sup>(16)</sup>, que considera as seguintes categorias: **Alto risco** - que envolve trabalho físico intenso ou atividades repetitivas durante toda a jornada de trabalho; **Médio risco** - caracterizada por trabalho repetitivo durante cerca de 2/3 das atividades do dia, bem como carregar ou lidar com peso excessivo intermitentemente durante o dia de trabalho; e, **Baixo risco** - atividades que não requerem força intensa ou constante nem movimentos repetitivos, na maior parte da jornada de trabalho<sup>(16)</sup>.

A avaliação neurológica simplificada do nariz, olhos, mãos e pés contemplou dados clínicos, queixas, inspeção, palpação dos nervos, teste de força muscular categorizada como forte, diminuída e paralisada, ou de zero a cinco; e de sensibilidade, por meio do uso do conjunto de monofilamentos de *Semmes-Weinstein*, nos pontos preconizados para avaliação. Nos olhos, usou-se fio dental fino sem sabor, medindo 5 cm<sup>(2,8,17)</sup>.

O grau de incapacidade física foi classificado, de acordo com a gravidade, em 0, 1 ou 2, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, que subsidia o processo avaliativo dos indicadores epidemiológicos e operacionais nas ações de assistência em prevenção de incapacidades<sup>(2,6,17)</sup>.

Para identificar a Qualidade de Vida foram realizadas reuniões com grupos de 3 a 4 pessoas, que relataram sua percepção por meio do instrumento *World Health Organization Quality of life*, na versão abreviada (*WHOQOL100-Bref*), sendo utilizado diário de campo para complementar o registro das respostas obtidas dos sujeitos do estudo, sobre a qualidade de vida. O instrumento é fundamentado numa escala de respostas do tipo *Likert* de intensidade (nada, muito pouco, mais ou menos, bastante, extremamente), capacidade (nada, muito pouco, médio, muito, completamente), frequência (nunca, algumas vezes, frequentemente, muito frequentemente, sempre) e avaliação (muito insatisfeito, insatisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito, satisfeito e muito satisfeito), cujos resultados variam de 1 a 5 pontos<sup>(18)</sup>.

O instrumento referido acima apresenta 26 questões. Duas delas são gerais, uma referente à vida, e outra, à saúde. Essas duas questões não são incluídas no cálculo dos domínios *WHOQOL-100 Bref*. As outras 24 questões do instrumento são classificadas em facetas, agrupadas em quatro domínios: o domínio I - físico, composto de sete perguntas referentes a dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividade da vida cotidiana, dependência de medicação ou tratamento e capacidade de trabalho; o domínio II - psicológico, com seis perguntas referentes a sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e espiritualidade/religião/crenças pessoais; o domínio III - relações sociais, composto por três perguntas referentes a relações pessoais, suporte (apoio) social, atividade sexual; e, o domínio IV - ambiente, para o qual foram formuladas oito questões sobre segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico (poluição/ ruído/ trânsito/ clima) e transporte<sup>(18)</sup>.

A pontuação de cada domínio foi realizada de acordo com o algoritmo construído e padronizado pelo *WHOQOL Group*, utilizando-se o *software* SPSS v.13.0 para *Windows*. Os resultados dos domínios apresentam valores entre zero e cem, sendo piores os mais próximos de zero e melhores os mais próximos de 100<sup>(18)</sup>.

## Análise estatística

Para o estudo foram utilizadas variáveis quantitativas - idade, qualidade de vida (domínios físico, psicológico, social e ambiente) e qualitativas - sexo, municípios prioritários,

raça, estado civil, risco ocupação, renda familiar, escolaridade, problema de saúde (diabetes, feridas), problema alimentar, forma clínica, grau de deficiência física e reação hansênica.

Após constatação de que a distribuição dos dados não era normal, foi utilizado nas comparações envolvendo as variáveis qualitativas com apenas duas categorias em relação às variáveis quantitativas, o teste não paramétrico de Mann-Whitney<sup>(19)</sup>. Esse teste é similar ao teste t de *Student* não pareado, e tem por objetivo comparar duas amostras independentes. Para as comparações envolvendo as variáveis qualitativas com mais de duas categorias, em relação às variáveis quantitativas, foi aplicado o teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis*<sup>(19)</sup>, seguido do pós-teste de *Dunn*. Este teste é similar ao modelo de Anova e tem por objetivo comparar mais de duas amostras independentes.

Para todas as análises foram utilizados os *softwares* estatísticos SAS versão 9.4 e SPSS versão 22.

## Resultados

Dos 210 participantes da pesquisa, 114 (54,29%) eram do sexo masculino, com média de idade de 55,62 anos (DP= 15,37), variando de 15 a 90 anos. Quanto ao estado civil, 117 (55,71%) apresentavam união estável. Na avaliação da raça/cor, 105 (50%) eram brancos. Em relação à inserção no mercado de trabalho, 112 (53,33%) trabalhavam, 76 (36,19%) eram aposentados, 10 (4,76%) estavam desempregados e 12 (5,72%) recebiam benefício da Previdência Social. A renda familiar prevalente foi de 1 a 2 salários mínimos 136 (64,76%). Quanto à escolaridade, predominou o ensino fundamental, com 127 (60,48%); 22 (10,48%) eram analfabetos e, destes, 17 eram idosos. Quanto às condições clínicas, 153 (72,86%) relataram algum problema de saúde, 37 deles (17,62%) referiram diabetes, que pode favorecer o aparecimento de maiores complicações, em função do dano neural. Em relação à dependência química, o maior percentual foi observado na utilização do álcool, por 49 (23,33%) sujeitos, enquanto o consumo de cigarro foi menor, referido por 39 (18,57%) dos indivíduos.

Em referência às complicações advindas das alterações neurais, com perda da sensibilidade, diminuição ou ausência da força muscular e deficiências autonômicas, sem realização dos autocuidados, identificou-se que 70 (33,33%) sujeitos tiveram feridas durante o tratamento e, destes, 26 (12,38%) mantinham-se com essas lesões.

Quanto às condições epidemiológicas referentes à doença, 90 (42,86%) tiveram reação hansênica durante o tratamento e, dentre eles, 35 (16,66%) continuavam com quadro reacional.

Nos dados extraídos dos prontuários, identificou-se que a classificação operacional do diagnóstico foi mais expressiva para multibacilares, com 148 casos (70,48%), e quanto às formas clínicas foram identificadas: 23 (11,33%), como indeterminada; 39 (19,21%), tuberculóide; 66 (32,51%), dimorfa; e, 75 (36,95%), virchoviana.

A intensidade de dor mais referida foi de ligeira a moderada, em 107 (50,95%) dos indivíduos, com um percentual relativamente elevado de dor intensa ou máxima em 57 (27,14%). Dos que apresentavam dor, 76 (36,19%) referiram que era relacionada com a hanseníase.

Foram realizadas no presente estudo a avaliação neurológica simplificada dos olhos, mãos e pés, e análise do grau de incapacidade de todos os indivíduos que tiveram alta por cura. Identificou-se um número expressivo de indivíduos com deficiência física, que variaram desde o grau 1 (68, ou-32,38%), com perda da sensibilidade e força muscular, até o grau 2 (88 ou-41,90%), com deficiências mais visíveis e severas.

Em relação às respostas obtidas dos sujeitos do estudo, referente às duas questões gerais sobre a qualidade de vida, 110 (52,38%) autorreferiram que ela era boa, e 54 (25,71%)

a consideraram nem ruim, nem boa. Quanto às condições de saúde, 97 (46,19%) informaram que estavam satisfeitos com sua saúde, e 30 (14,29%), que estavam insatisfeitos.

Nas Tabelas 1 e 2 estão apresentadas as comparações entre as variáveis categóricas características sociodemográficas, condições clínicas e epidemiológicas e os domínios da qualidade de vida, segundo *WHOQOL-100 Bref*.

Ao comparar a qualidade de vida entre os indivíduos que residem nos municípios de prioridade 1 e 2, encontrou-se significância estatística ( $p = 0,0208$ ) no domínio ambiente, com pior escore no município de prioridade 1.

Ao comparar o maior escore de qualidade de vida entre os indivíduos dos municípios, observou-se que, nos de prioridade 2, o escore mais elevado foi no domínio relação social, com média 75,57 (DP-13,11).

Identificou-se menor escore no domínio ambiente, ao analisar as variáveis categóricas domínios da qualidade de vida e gênero. As mulheres apresentaram menor escore (55,83), quando comparadas com os homens (60,20), com  $p = 0,0119$ . Ao comparar os demais domínios, identificou-se que os homens apresentam melhor escore no domínio relação social (71,27) e psicológica (65,53), enquanto as mulheres apresentam melhor escore no domínio físico (62,02), embora sem significância estatística.

Ao comparar renda familiar e domínios da qualidade de vida, verificou-se que as famílias que recebem menos de um salário mínimo têm escores mais baixos nos domínios ambiente (50,00), psicológico (56,06), físico (58,12) e relações sociais (59,09), mas sem significância estatística.

Na comparação entre as variáveis categóricas, domínios da qualidade de vida e escolaridade, segundo o teste *Kuskal-Wallis*, seguido do Pós-teste de *Dunn*, houve diferença significativa no domínio psicológico ( $p = 0,0116$ ). Verifica-se que, o menor escore foi identificado entre os que são analfabetos (58,52), e os maiores, entre os que têm nível superior (72,32).

**Tabela 1.** Comparação das variáveis categóricas características sociodemográficas e domínios da qualidade de vida das pessoas no pós-alta medicamentosa da hanseníase no período de 2004 a 2013 (n=210). Vale do Paraíba Paulista, 2015.

| VARIÁVEL<br>SÓCIODEMOGRÁFICO        | N   | Domínio FÍSICO |                  |              | Domínio PSICOLÓGICO |                  |              | Domínio RELAÇÃO SOCIAL |                  |              | Domínio AMBIENTE |                  |              |
|-------------------------------------|-----|----------------|------------------|--------------|---------------------|------------------|--------------|------------------------|------------------|--------------|------------------|------------------|--------------|
|                                     |     | Media          | Desvio<br>padrão | P-<br>VALOR* | Media               | Desvio<br>padrão | P-<br>VALOR* | Media                  | Desvio<br>padrão | P-<br>VALOR* | Media            | Desvio<br>padrão | P-<br>VALOR* |
| <b>Prioridade</b>                   |     |                |                  | 0,6718***    |                     |                  | 0,6401***    |                        |                  | 0,5105***    |                  |                  | 0,0208***    |
| 1                                   | 186 | 61,29          | 10,56            |              | 63,66               | 13,05            |              | 68,68                  | 16,16            |              | 57,31            | 14,70            |              |
| 2                                   | 24  | 61,01          | 9,65             |              | 63,72               | 16,87            |              | 72,57                  | 13,11            |              | 65,10            | 13,41            |              |
| <b>Sexo</b>                         |     |                |                  | 0,6655***    |                     |                  | 0,0668***    |                        |                  | 0,0543***    |                  |                  | 0,0119***    |
| Masculino                           | 114 | 60,62          | 11,34            |              | 65,53               | 12,10            |              | 71,27                  | 15,33            |              | 60,20            | 15,54            |              |
| Feminino                            | 96  | 62,02          | 9,26             |              | 61,46               | 14,73            |              | 66,58                  | 16,20            |              | 55,83            | 13,42            |              |
| <b>Estado civil</b>                 |     |                |                  | 0,5817*      |                     |                  | 0,3800*      |                        |                  | 0,1611*      |                  |                  | 0,1820*      |
| Com cônjuge                         | 117 | 61,81          | 9,60             |              | 64,92               | 12,53            |              | 71,30                  | 13,51            |              | 59,86            | 13,22            |              |
| Sem cônjuge                         | 79  | 60,17          | 11,67            |              | 61,81               | 15,19            |              | 66,14                  | 18,60            |              | 56,96            | 16,25            |              |
| Outros                              | 14  | 62,76          | 9,98             |              | 63,69               | 10,26            |              | 67,86                  | 15,63            |              | 51,34            | 16,25            |              |
| <b>Renda familiar</b>               |     |                |                  | 9,6230*      |                     |                  | 0,1194*      |                        |                  | 0,2398*      |                  |                  | 0,0350**/*   |
| Menos que 1 salário mínimo          | 11  | 58,12          | 16,30            |              | 56,06               | 16,07            |              | 59,09                  | 24,85            |              | 50,00            | 18,43            |              |
| 1 a 2 salários mínimos              | 136 | 61,82          | 10,25            |              | 63,57               | 13,61            |              | 69,00                  | 15,27            |              | 57,26            | 13,25            |              |
| 3 ou mais salários mínimos          | 63  | 60,60          | 9,64             |              | 65,21               | 12,48            |              | 61,16                  | 14,80            |              | 61,66            | 16,41            |              |
| <b>Escolaridade</b>                 |     |                |                  | 0,7712*      |                     |                  | 0,0116**/*   |                        |                  | 0,7878*      |                  |                  | 0,4625*      |
| Analfabeto                          | 22  | 62,66          | 8,59             |              | 58,52               | 15,62            |              | 69,32                  | 16,54            |              | 57,53            | 13,49            |              |
| Fundamental                         | 127 | 61,30          | 10,71            |              | 63,32               | 12,99            |              | 68,37                  | 16,17            |              | 57,80            | 14,88            |              |
| Médio                               | 47  | 60,94          | 10,98            |              | 64,45               | 14,32            |              | 70,21                  | 16,18            |              | 57,51            | 15,01            |              |
| Superior                            | 14  | 59,69          | 9,34             |              | 72,32               | 6,46             |              | 72,02                  | 11,14            |              | 65,18            | 14,07            |              |
| <b>Classificação risco ocupação</b> |     |                |                  | 0,2639*      |                     |                  | 0,9894*      |                        |                  | 0,2366*      |                  |                  | 0,7985*      |
| Baixo risco                         | 120 | 60,03          | 11,69            |              | 63,61               | 13,92            |              | 67,78                  | 16,38            |              | 57,99            | 15,08            |              |
| Médio risco                         | 76  | 63,11          | 8,32             |              | 63,60               | 13,22            |              | 70,94                  | 15,24            |              | 58,96            | 14,23            |              |
| Alto risco                          | 14  | 61,73          | 8,22             |              | 64,58               | 11,98            |              | 70,83                  | 14,53            |              | 55,80            | 15,25            |              |

\*p-valor obtido por meio do Teste de *Kruskal-Wallis*

\*\*Pós-teste de Dunn

\*\*\*p-valor obtido por meio do teste de *Mann-Whitney*

Na Tabela 2, apresentam-se as comparações realizadas entre as variáveis categóricas domínios de qualidade de vida e características clínicas e epidemiológicas.

Houve significância estatística nos domínios psicológico e social para a qualidade de vida e problemas de saúde ( $p=0,0023$  e  $p=0,0008$  respectivamente), e no domínio psicológico observou-se menor escore de qualidade de vida (61,87), quando comparado ao domínio social (66,94). Ao comparar os domínios físico e ambiente, embora sem significância estatística, notou-se menor escore de qualidade de vida no domínio ambiente (57,29).

Quanto às variáveis categóricas domínios de qualidade de vida e problema alimentar, identificou-se significância estatística nos domínios físico, psicológico, relação social e ambiente ( $p=0,0154^{***}$ ,  $p=0,0003^{***}$ ,  $p<0,0001^{***}$  e  $p=0,0004^{***}$ , respectivamente). Os menores escores de qualidade de vida foram verificados no domínio ambiente (48,59) e psicológico (54,97).

Ao comparar os domínios qualidade de vida e presença de diabetes, perceberam-se resultados significativos no domínio físico, psicológico e social,  $p=0,0353$ ,  $p=0,0057$  e  $p=0,0051$  respectivamente. Os menores escores de qualidade de vida foram observados nos domínios psicológico (57,55) e físico (58,01).

Ao analisar as variáveis categóricas dos domínios qualidade de vida e intensidade da dor, verificou-se que a dor intensa ou máxima apresentou escore de menor qualidade de vida em todos os domínios. Os domínios com menor escore de qualidade de vida foram ambiente (49,67), psicológico (56,14) e relação social (62,43), todos com significância estatística ( $p<0,0001$ ,  $p<0,0001$  e  $0,0039$  respectivamente).

Ao comparar os domínios qualidade de vida e as condições epidemiológicas da doença, como reação hansênica, classificação operacional e grau de incapacidade, não se encontraram diferenças significativas, embora os dados apontem para menor escore de qualidade de vida no domínio ambiente, seguido do físico.

**Tabela 2.** Comparação entre as variáveis categóricas características clínicas, epidemiológicas e domínios da qualidade de vida das pessoas no pós-alta medicamentosa da hanseníase no período de 2004 a 2013 (n=210). Vale do Paraíba Paulista, 2015.

| VARIÁVEIS CLÍNICAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS | Domínio FÍSICO |       |                  | Domínio PSICOLÓGICO |       |                  | Domínio RELAÇÃO SOCIAL |       |                  | Domínio AMBIENTE |       |                  |             |
|---------------------------------------|----------------|-------|------------------|---------------------|-------|------------------|------------------------|-------|------------------|------------------|-------|------------------|-------------|
|                                       | N              | Media | Desvio<br>padrão | P-<br>VALOR*        | Media | Desvio<br>padrão | P-VALOR*               | Media | Desvio<br>padrão | P-VALOR*         | Media | Desvio<br>padrão | P-VALOR*    |
| <b>Problema de saúde</b>              |                |       |                  | 0,4596***           |       |                  | 0,0023***              |       |                  | 0,0008***        |       |                  | 0,0566***   |
| Sim                                   | 153            | 60,76 | 10,85            |                     | 61,87 | 13,97            |                        | 66,94 | 16,65            |                  | 57,29 | 15,31            |             |
| Não                                   | 57             | 62,59 | 9,18             |                     | 68,49 | 10,83            |                        | 75,00 | 11,79            |                  | 60,64 | 12,90            |             |
| <b>Problema alimentar</b>             |                |       |                  | 0,0154***           |       |                  | 0,0003***              |       |                  | <0,0001***       |       |                  | 0,0004***   |
| Sim                                   | 31             | 55,41 | 13,86            |                     | 54,97 | 14,13            |                        | 57,53 | 18,05            |                  | 48,59 | 15,28            |             |
| Não                                   | 179            | 62,27 | 9,41             |                     | 65,18 | 12,83            |                        | 71,14 | 14,60            |                  | 59,86 | 14,03            |             |
| <b>Bebida alcoólica</b>               |                |       |                  | 0,1490***           |       |                  | 0,4029***              |       |                  | 0,1022***        |       |                  | 0,0538***   |
| Sim                                   | 49             | 60,20 | 8,38             |                     | 65,39 | 11,73            |                        | 71,26 | 15,87            |                  | 60,91 | 16,10            |             |
| Não                                   | 161            | 61,58 | 10,99            |                     | 63,15 | 13,97            |                        | 68,48 | 15,86            |                  | 57,38 | 14,25            |             |
| <b>Cigarro</b>                        |                |       |                  | 0,8774***           |       |                  | 0,4263***              |       |                  | 0,7001***        |       |                  | 0,8515***   |
| Sim                                   | 39             | 61,63 | 9,22             |                     | 62,93 | 11,97            |                        | 69,02 | 16,66            |                  | 57,13 | 17,55            |             |
| Não                                   | 171            | 61,17 | 10,72            |                     | 63,84 | 13,84            |                        | 69,15 | 15,73            |                  | 58,44 | 14,07            |             |
| <b>Diabetes</b>                       |                |       |                  | 0,0353***           |       |                  | 0,0057***              |       |                  | 0,0051***        |       |                  | 0,7302***   |
| Sim                                   | 37             | 58,01 | 10,01            |                     | 57,55 | 14,82            |                        | 63,51 | 14,35            |                  | 57,26 | 14,51            |             |
| Não                                   | 173            | 61,95 | 10,42            |                     | 64,98 | 12,86            |                        | 70,33 | 15,96            |                  | 58,40 | 14,82            |             |
| <b>Ferida</b>                         |                |       |                  | 0,1210***           |       |                  | 0,1879***              |       |                  | 0,0787***        |       |                  | 0,4873***   |
| Sim                                   | 70             | 59,80 | 10,22            |                     | 62,26 | 13,38            |                        | 66,79 | 15,96            |                  | 59,64 | 15,19            |             |
| Não                                   | 140            | 61,99 | 10,50            |                     | 64,38 | 13,53            |                        | 70,30 | 15,75            |                  | 57,48 | 14,51            |             |
| <b>Presença de dor</b>                |                |       |                  | 0,1013*             |       |                  | <0,0001*/**            |       |                  | 0,0039*/**       |       |                  | <0,0001*/** |
| Sem dor                               | 46             | 61,57 | 10,11            |                     | 66,94 | 11,30            |                        | 72,83 | 14,74            |                  | 65,42 | 10,19            |             |
| Ligeira a moderada                    | 107            | 62,38 | 10,21            |                     | 66,28 | 12,26            |                        | 71,11 | 13,56            |                  | 59,64 | 13,28            |             |
| Intensa ou máxima                     | 57             | 58,90 | 10,91            |                     | 56,14 | 14,59            |                        | 62,43 | 18,77            |                  | 49,67 | 16,51            |             |
| <b>Reação hansênica</b>               |                |       |                  | 0,2397***           |       |                  | 0,1522***              |       |                  | 0,6448***        |       |                  | 0,5750***   |
| Sim                                   | 90             | 60,44 | 10,99            |                     | 61,85 | 14,73            |                        | 68,06 | 17,32            |                  | 57,47 | 14,60            |             |
| Não                                   | 120            | 61,88 | 10,01            |                     | 65,03 | 12,37            |                        | 69,93 | 14,61            |                  | 58,75 | 14,88            |             |
| <b>****Forma clínica</b>              |                |       |                  | 0,4955*             |       |                  | 0,4769*                |       |                  | 0,6899*          |       |                  | 0,8338*     |
| Indeterminada                         | 23             | 59,78 | 8,00             |                     | 65,76 | 12,93            |                        | 73,19 | 11,77            |                  | 61,28 | 11,57            |             |
| Tuberculoide                          | 39             | 62,27 | 10,16            |                     | 64,74 | 13,98            |                        | 69,02 | 19,02            |                  | 59,78 | 16,22            |             |
| Dimorfa                               | 66             | 60,17 | 11,03            |                     | 61,43 | 14,98            |                        | 67,17 | 17,96            |                  | 56,20 | 14,83            |             |
| Virchoviana                           | 75             | 62,14 | 10,97            |                     | 64,00 | 12,23            |                        | 68,89 | 13,31            |                  | 57,79 | 15,31            |             |
| <b>Classificação operacional</b>      |                |       |                  | 0,9860***           |       |                  | 0,1916***              |       |                  | 0,3582***        |       |                  | 0,6303***   |
| Paucibacilar                          | 62             | 61,35 | 9,43             |                     | 65,12 | 13,50            |                        | 70,56 | 16,72            |                  | 60,33 | 14,59            |             |
| Multibacilar                          | 148            | 61,22 | 10,86            |                     | 63,06 | 13,48            |                        | 68,52 | 15,52            |                  | 57,31 | 14,76            |             |
| <b>Grau de incapacidade pós-alta</b>  |                |       |                  | 0,1828*             |       |                  | 0,0955*                |       |                  | 0,2898*          |       |                  | 0,8262*     |
| Sem deficiência (grau 0)              | 54             | 61,24 | 7,89             |                     | 66,05 | 9,93             |                        | 71,76 | 14,34            |                  | 59,09 | 12,92            |             |
| Com deficiência (grau 1)              | 68             | 59,51 | 10,77            |                     | 60,91 | 13,98            |                        | 67,89 | 16,81            |                  | 56,85 | 14,77            |             |
| Com deficiência (grau 2)              | 88             | 62,62 | 11,41            |                     | 64,35 | 14,72            |                        | 68,47 | 16,00            |                  | 58,70 | 15,81            |             |

\*p-valor obtido por meio do teste de Kruskal-Wallis

\*\*Pós-teste de Dunn

\*\*\*p-valor obtido por meio do teste de Mann-Whitney

\*\*\*\*Forma clínica Outos-7

## Discussão

Quanto às ações de controle da hanseníase, apesar de o estado de São Paulo ter atingido a meta de eliminação de menos de um caso por 10.000 habitantes, em 2004, os dados epidemiológicos de 2014 apontam que seis grupos de vigilância epidemiológica – GVE não atingiram a meta de eliminação. Isso porque 13 municípios mantiveram-se com prevalência maior que 5,0, considerada alta, e 144 municípios variaram entre 1,0 e 5,0 (média)<sup>(14)</sup>.

A GVE de Caraguatatuba, que faz divisa com a região do estudo, apresenta coeficiente de prevalência de 78 (2,55/10.000 habitantes)<sup>(20)</sup>. Considerando-se o fato de as pessoas migrarem de regiões menos favorecidas para regiões mais favorecidas, em busca de maior oferta de serviços e de melhores condições de vida, e o fato de se tratar de uma doença infectocontagiosa e de período de incubação prolongado, a região do presente estudo configura-se um local de escolha pelos migrantes, que podem contribuir para a manutenção da cadeia de transmissão. Cabe ressaltar que existem outros fatores responsáveis pela manutenção da endemia, por exemplo, o status socioeconômico. Essa situação ressalta a importância de maiores investimentos em uma política voltada para o controle dessa doença por meio da sensibilização dos gestores, profissionais de saúde e população em geral, bem como para a realização de investigação nessa área<sup>(21-23)</sup>.

A concepção sobre qualidade de vida, relevante na sociedade contemporânea e apoiada nos aspectos socioeconômicos e culturais, no estilo de vida, nas percepções e experiências pessoais, tem sido alvo de intensos debates na área da saúde. Atualmente, o processo avaliativo das práticas assistenciais e das políticas públicas, que tem como intuito a promoção da saúde e a prevenção da doença, utiliza como um de seus indicadores a melhoria da qualidade de vida<sup>(12)</sup>.

Ao analisar a satisfação dos indivíduos referente à qualidade de vida e saúde, percebe-se que, embora a QV seja boa para a maioria deles, o mesmo não acontece em relação à saúde, pois houve relatos de menor satisfação, bem como de insatisfação. Tal fato pode estar relacionado com o número expressivo de pessoas com problemas de saúde, reação hansênica, dor e deficiência física, o que corrobora os achados do estudo de Reis *et al.*, em que, dos 36 pacientes que foram submetidos a neurólise para tratamento da neurite, 15 (41,7%) relataram, em relação a qualidade de vida, não estavam nem satisfeitos nem insatisfeitos, quanto ao seu estado de saúde, 18 (50%) estavam insatisfeitos<sup>(24)</sup>.

Para melhor descrever as relações entre os domínios da QV e as variáveis categóricas, utilizaram-se como parâmetros, as facetas de QV e os registros do diário de campo, cujas descrições seguem abaixo:

Na avaliação entre a relação do perfil sociodemográfico, o perfil clínico e as alterações funcionais com a QV, verificou-se que todos os domínios sofreram prejuízo, sendo os domínios, ambiente e psicológico os, mais afetados seguidos do social e do físico. No ambiente, os mais prejudicados na QV foram os municípios de prioridade 1 (57,13), gênero feminino (55,83), baixa renda (50,00), problema alimentar (48,59) e dor acentuada (49,67). Já no domínio psicológico foram os analfabetos (58,52), com problemas de saúde (61,87) e com diabetes (57,55).

Portanto, o prejuízo da QV no domínio ambiente e psicológico pode estar relacionado a insegurança com relação à vida, devido aos recursos financeiros escassos, o que dificulta a continuidade dos estudos e a participação em atividades de lazer. Os indivíduos referem também que há violência nos locais onde residem. Outro aspecto apontado está relacionado à

dor intensa e a outros problemas da saúde que os impedia de trabalhar e realizar as atividades da vida diária. Houve insatisfação quanto ao atendimento prestado pelo serviço de saúde (prioridade 1), pois, após a alta terapêutica, tendo que procurar atendimento na atenção básica, mesmo apresentando deficiência física e comprometimento neural, muitas vezes não recebiam orientações e insumos necessários para o autocuidado, bem como não lhes era garantida a continuidade do atendimento e o acesso aos serviços de maior complexidade.

Foi identificada ainda, na percepção dos sujeitos, a presença de sentimentos negativos como tristeza, raiva e ansiedade, o que pode estar relacionado com as condições clínicas e sociodemográficas prejudicadas.

Em estudo com 32 pacientes com deficiências físicas e seus respectivos cuidadores domiciliares, residentes em uma área de um antigo leprosário, verificaram-se piores escores de QV nos domínios físico e psicológico, com melhores resultados no domínio social, o que pode estar relacionado às condições dos leprosários e ao isolamento compulsório utilizado como prática de saúde em tempos remotos. Identificou-se satisfação no domínio ambiente, em relação às condições de moradia e ao meio de transporte assegurado pelo poder público<sup>(25)</sup>.

No Estudo de Tsutsumi *et al.*, em Bangladesh, que tinha como objetivo validar a versão bengali para o *WHOQOL-Bref*, com amostra de 203 adultos saudáveis e 188 pessoas com hanseníase como grupo controle, perceberam-se diferenças significativas em todos os domínios, para os homens, enquanto para mulheres foram percebidas diferenças no domínio físico e psicológico, o que pode estar relacionado com as imposições culturais para o gênero feminino, naquela localidade. O melhor escore foi identificado no domínio ambiente, entre os homens, sob influência da satisfação com o acesso aos serviços de saúde e transporte, que parece estar assegurado às pessoas com hanseníase, em comparação com a população geral, naquela localidade<sup>(26)</sup>.

Ao comparar os três estudos em relação aos domínios da qualidade de vida, verifica-se que houve diferenças inerentes a cada localidade, o que confirma que a qualidade de vida sofre interferências culturais, sociais, econômicas, demográficas e ambientais, dependendo da região avaliada.

Na análise de qualidade de vida, em relação ao gênero, percebeu-se que as mulheres têm menor escore nos domínios ambiente, social e psicológico, quando comparadas com os homens. Quanto ao domínio ambiente, pode ser em decorrência dos escassos recursos financeiros, baixa escolaridade e, conseqüentemente, menor participação nas atividades sociais. No domínio psicológico, pode estar relacionado à frequência de sentimentos negativos, tais como tristeza, ansiedade e depressão, muitas vezes em função da insatisfação na relação familiar e conjugal. Quanto ao físico, a mulher apresenta melhor escore, que pode estar associada a menor frequência do grau de deficiência mais severa, 29 (14%), enquanto nos homens é de 59 (28%).

Observou-se resultado semelhante no estudo realizado no Centro de Reabilitação de Hanseníase, na Índia, em que os escores médios de qualidade de vida para as mulheres foram menores nos domínios psicológico e ambiente, quando comparados com os escores masculinos<sup>(27)</sup>. Outro estudo, realizado com 30 indivíduos que residiam em colônias na Paraíba e no Rio Grande do Norte, encontraram-se os seguintes resultados: os homens apresentando médias melhores nas relações sociais, e as mulheres, nos domínios psicológicos<sup>(28)</sup>.

A influência da renda e da escolaridade na qualidade de vida da população estudada, corrobora outros estudos, que afirmam que o nível educacional interfere na transmissão da

doença, no desenvolvimento do dano neural e na perpetuação do estigma devido ao desconhecimento da população sobre esse agravo à saúde. O acesso limitado aos serviços de saúde e de reabilitação física colabora também para, diagnóstico tardio e forma mais grave da doença<sup>(29-30)</sup>. Outro estudo afirma que, quanto menor o grau de escolaridade e da renda familiar, maiores são os prejuízos causados na QV, quanto às relações sociais e à aceitação da doença pelo paciente e pela comunidade<sup>(31)</sup>.

Em relação à existência de diabetes mellitus e outros problemas de saúde, a análise da qualidade de vida identificou menor escore no domínio psicológico, o que pode estar relacionado a sentimentos negativos referentes ao controle e tratamento da doença e à baixa autoestima decorrente do risco de desenvolvimento de neuropatia e evolução para lesões, se não for realizado o autocuidado, bem como interferência na inserção e manutenção no mercado de trabalho. Segundo Lustosa<sup>(9)</sup>, a qualidade de vida das pessoas que tiveram hanseníase é comprometida em função da manutenção ou piora dos danos físicos, que interferem na capacidade de trabalho, e que contribuem para a manutenção do preconceito associado à doença.

A variável categórica “problema alimentar” foi significativa em todos os domínios, com maior prejuízo da qualidade de vida nos domínios ambiente e psicológico, o que pode estar relacionado ao déficit de recurso financeiro, bem como a sentimentos negativos, imagem corporal, aparência e inapetência relacionadas com o uso de medicamentos para os problemas de saúde e reação hansênica. No entanto, como esse achado foi significativo e não constitui foco do presente estudo, sente-se a necessidade de uma investigação mais aprofundada para entender a sua influência na qualidade de vida das pessoas que tiveram hanseníase.

Quanto à avaliação sobre qualidade de vida e condições epidemiológicas referentes à doença (reação hansênica, classificação operacional e grau de incapacidade), apesar da não significância estatística, identificou-se menor escore nos domínios ambiente e físico. Quanto ao ambiente, constatou-se relação com a ineficiência dos serviços de saúde, devido ao diagnóstico tardio, sendo a forma virchoviana a mais frequente. Tal fato aponta a necessidade de promover melhorias na organização dos serviços, desde a atenção básica, até a assistência de média e alta complexidade, para atender essas pessoas de forma integral e equânime.

Vários estudos identificam que o diagnóstico é realizado tardiamente, prevalecendo as formas multibacilares, com predomínio das formas virchoviana e dimorfa, o que contribui com a cadeia de transmissão e complicações inerentes da hanseníase<sup>(21,25)</sup>.

Outra questão é relacionada com o menor escore no domínio físico, em que a ocorrência de danos neurais, bem como as reações hansênicas, causam sofrimento aos indivíduos, além de interferirem nas questões sociais e psicológicas, como participação em sociedade, inserção no mercado de trabalho, e com maior risco de complicações da doença<sup>(21,32)</sup>.

O período de pós-alta para as pessoas afetadas pela hanseníase é muito complicado, devido à fragilidade do acesso aos serviços, da persistência do estigma, do auto-isolamento e da desinformação, o que exige atenção ininterrupta, apesar da alta medicamentosa da poliquimioterapia<sup>(33)</sup>.

Quanto a presença de dor e QV, no presente estudo identificou-se que a dor intensa causa prejuízo na QV, nos domínios ambiente, psicológico e relação social. Percebe-se que os sujeitos do estudo, nem sempre relacionam a dor com hanseníase, o que permite afirmar que as pessoas equivocadamente acreditam que a hanseníase não causa dor e que não valorizam esse achado, o que dificulta o monitoramento e o tratamento adequado das complicações da

doença. Outra questão é o uso da terapêutica inadequada no tratamento da dor, pois muitos casos com dor neuropática são erroneamente tratados com corticoide/ talidomida, como se fossem reação tipo 1 e 2, quando na verdade deveriam ser tratados com medicamentos específicos<sup>(34)</sup>.

Na análise da qualidade de vida entre os municípios prioridade 1 e 2, verificou-se que houve menor escore no domínio ambiente nos municípios prioridade 1. Esse resultado possibilita a inferência de que, nos municípios prioridade 1, pode estar relacionado aos cuidados de saúde disponíveis, como falta de insumos para realização de autocuidado, não garantia da continuidade da assistência nas ações de prevenção de incapacidades e reabilitação física. Já nos municípios de prioridade 2, em que a incidência de casos de hanseníase é menor, verifica-se que os serviços contam com profissionais capacitados e compromissados com a garantia das ações de hanseníase, e que há parcerias com outros serviços para a integralidade das ações.

A utilização desse instrumento permitiu identificar os fatores que interferem na qualidade de vida, bem como os aspectos que são prejudicados, possibilitando que o planejamento das ações de controle da hanseníase sejam mais impactantes na redução da endemia.

Para uma análise mais aprofundada da percepção da qualidade de vida, observa-se a necessidade de associar ao estudo uma, abordagem qualitativa, com a finalidade de maior entendimento do real impacto da hanseníase sobre os aspectos biopsicossocial e espiritual, das pessoas acometidas por essa doença.

**Limitação do estudo:** Para agilizar o atendimento, o questionário Qualidade de vida foi aplicado em grupo de três a quatro pessoas, o que pode ter influenciado nas respostas apresentadas pelos sujeitos. Já o questionamento sobre a satisfação com a vida sexual foi realizado individualmente, no momento da avaliação neurológica dos clientes.

## Conclusão

Os resultados demonstram que o perfil sociodemográfico, o perfil clínico e as alterações funcionais interferem na qualidade de vida das pessoas que tiveram hanseníase em todos os domínios, com menor escore no domínio ambiente e psicológico, o que reforça a necessidade de atenção ampliada e qualificada a essa população, dos municípios estudados.

Verificou-se que as variáveis sociodemográficas que mais interferem na qualidade de vida são: gênero feminino, baixa renda familiar e baixo nível de escolaridade. Quanto às características clínicas, houve diminuição da qualidade de vida, e as variáveis mais significativas foram: problemas de saúde, diabetes, problemas alimentares e presença de dor.

Nesta pesquisa as questões epidemiológicas inerentes da doença, como reação hansênica, diagnóstico tardio e grau de deficiência física não apresentaram significância estatística, embora os dados do presente estudo demonstrem que os domínios mais afetados foram o ambiente e o físico.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Vigilância em Saúde. Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

2. Sousa NP, Silva MIB, Lobo CG, Barboza MCC, Abdon APV. Análise da Qualidade de vida em pacientes com incapacidades funcionais decorrentes de Hanseníase. *Hansen Int.* 2011;36(1):11-16.
3. Geetha K, Dhanalakshmi A, Judie A. A study to Assess the impacto of leprosy on quality of life among leprosy patients in government rehabilitation home at Paranur. *Int J Clin Pharm Res.* 2015;7(6):466-468.
4. World Health Organization. Weekly epidemiological record. Geneva: WHO; 2014. 389p.
5. World Health Organization. Investing to overcome the global impact of neglected tropical diseases. Geneva: WHO;2015. 191p.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
7. Opromolla DVA. Noções de hansenologia. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato; 2000. 126p.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.3.125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase: edição federal, Brasília; Inciso II do parágrafo único do art. 87. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2010 Out 15; Seção 1:55.
9. Lustosa AA, Nogueira LT, Pedrosa JIS, Teles JBM, Campelo V. The impacto of leprosy on health-related quality of life. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2011;44(5):621-626.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico. Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil- análise de indicadores selecionados na última década e desafios para eliminação. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. v.44.
11. Martins BDL, Oliveira MLW, Torres FN. Impacto na qualidade de vida em pacientes com hanseníase: correlação do Dermatology Life Quality Index com diversas variáveis relacionadas à doença. *An. Bras. Dermatol.* 2008;83:39-43.
12. Seildl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública.* 2004; 20(2):580-588.
13. Medronho R, Carvalho D, Bloch K. Epidemiologia. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2008.
14. Cochran WG. Técnicas de Amostragem. 2ª. ed. Portugal: Fundo de Cultura; 1963.
15. Teixeira MJ, Figueiró JAB. Avaliação do doente com dor. In: Epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento. São Paulo: Moreira JR; 2001. p.61.

16. Nardi SMT, Ikehara E, Pedro HSP, Paschoal VDA Paschoal. Characterization of the profession/ occupation of individuals affected by leprosy and the relationship with limitations in professional activities. *Indian J Lepr.* 2012;84:1-8.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase: manual de prevenção de incapacidades. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 139p.
18. Grupo WHOQOL (OMS). Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida(WHOQOL). 1998 [citado 2012 Ago 7]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol1.htm#1>).
19. Pagano, M.; Gauvreau, K. Princípios de bioestatística. São Paulo: Thomson; 2004.
20. Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Programa Estadual de Controle da Hanseníase. Divisão Técnica de Vigilância Epidemiológica em Hanseníase do Centro de Vigilância Epidemiológica- CVE. Reunião de Avaliação das Ações de Controle da Hanseníase, 2015. São Paulo: Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo; 2015.
21. Miranzi SSC, Pereira LHM, Nunes AA. Perfil epidemiológico da hanseníase em município brasileiro, no período de 2000 a 2006. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2010;43(1):62-67.
22. Magalhães MCC, Santos ES, Queiroz ML, Lima ML, Borges RCM, Souza MS, Ramos AN. Migração e hanseníase em Mato Grosso. *Rev Bras Epidemiol.* 2011;14(3):386-397.
23. Freitas LRS, Duarte EC, Garcia LP. Leprosy in Brazil and its association with characteristics of municipalities: ecological study, 2009-2011. *Trop Med Int Health.* 2014;19(10):1216-1225.
24. Reis FJJ, Gomes KG, Cunha AJLA. Avaliação da limitação das atividades diárias e qualidade de vida de pacientes com hanseníase submetidos à cirurgia de neurólise para tratamento das neurites. *Fisioter Pesq.* 2013;20(2):184-190.
25. Savassi LCM, Bogutchi TRS, Lima ACL, Modena CM. Qualidade de vida de pacientes com sequelas de hanseníase que vivem em um antigo leprosário sob assistência domiciliar: análise univariada. *Research.* 2014, 23(4):1345-1351.
26. Tsutsumi A, Izutsu T, Kato S, Islam MA, Yamada HS, Kato H, Wakai S. Reliability and validity of the Bangla version of WHOQOL-bref in an adult population in Dhaka, Bangladesh. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2006;60(4):493-498.
27. Mankar MJ, Sumedha MJ, Velankar DH, Ranjana KM, Nalgundwar AN. A comparative study of the quality of life, knowledge, attitude and belief about leprosy disease among leprosy patients and community members in Shantivan Leprosy Rehabilitation centre, Nere, Maharashtra, India. *J Infect Dis Glob.* 2011;3(4):378-382.

28. Leite IF, Arruda AJCG, Vasconcelos DIB, Santana SC, Chianca KSV. A Qualidade de vida de pacientes com hanseníase crônica. Rev enferm UFPE on line. 2015;9(6):8165-8171.
29. Rafael AC, Pacientes em tratamento pós-alta em hanseníase: estudo comparativo entre os graus de incapacidades preconizados pelo Ministério da Saúde correlacionando-os com as escalas SALSA e Participação Social. Brasília: Universidade de Brasília; 2009.
30. Pinto RA, Maia HF, Silva MAF, Marback M. Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes notificados com hanseníase em um Hospital Especializado em Salvador, Bahia. Rev B S Publica Miolo. 2010;34(4):906-918.
31. Martins MA. Qualidade de Vida em Portadores de Hanseníase 2009 [dissertação]. Campo Grande: Universidade Católica Dom Bosco; 2009.
32. Reis FJJ, Daiane Lopes, Jéssica Rodrigues, Gosling AP, Gomes MK. Psychological distress and quality of life in leprosy patients with neuropathic pain. Lepr Rev. 2014;85:186-193.
33. Organização Mundial de Saúde. Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015: diretrizes operacionais (atualizadas). Brasília: OPAS; 2010.
34. Ramos JM, Alonso-Castañeda B, Eshetu D, Lemma D, Reyes F, Belinchón I, Górgolas M. Prevalence and characteristics of neuropathic pain in leprosy patients treated years ago. Pathogens and Global Health. 2014;108(4):186-190.