

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – PROFSAÚDE

ADRIANA MAIA DOMINGOS

CLASSIFICAÇÃO DA DOR E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM
PESSOAS AFETADAS PELA HANSENÍASE

MACEIÓ – AL

2021

ADRIANA MAIA DOMINGOS

CLASSIFICAÇÃO DA DOR E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS
AFETADAS PELA HANSENÍASE

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal de Alagoas – UFAL.

Orientador: Prof. Dr. Victor Santana Santos

Maceió – AL

2021

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

D671c Domingos, Adriana Maia.

Classificação da dor e avaliação da qualidade de vida em pessoas afetadas pela hanseníase / Adriana Maia Domingos. – 2021.

66 f. : il.

Orientador: Victor Santana Santos.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Federal de Alagoas, Maceió. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2021.

Inclui bibliografias.

Apêndices: f. 50-57.

Anexos: f. 58-66.

1. Hanseníase. 2. Neuropatia. 3. Qualidade de vida. I. Título.

CDU: 616.85

AGRADECIMENTOS

A finalização desta dissertação foi o culminar de uma caminhada sinuosa, com muitos desvios da qual precisei de muito apoio para concluí-la. Assim, e como forma de reconhecimento, desejo agradecer a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, me ajudaram:

Primeiramente à Deus a quem devo minha vida e por ser minha fonte inesgotável de força e coragem.

Ao meu pai Donizete e à minha mãe Inez que me ensinaram a nunca desistir daquilo que acredito; à minha irmã Aryane, pelos conselhos e por todas as palavras de apoio. Ao longo destes dois anos sempre me deram incentivos para levar esta árdua tarefa até ao fim.

Aos meus amigos, pelo apoio incondicional e principalmente pelo colo, risadas e momentos de lazer.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Victor Santana Santos, por não ter desistido de mim durante essa longa caminhada. Gratidão por toda a paciência e dedicação; pelas correções quando necessário sem nunca me desmotivar.

Desejo igualmente agradecer aos demais professores do Mestrado com destaque a nossa coordenadora Divanise Suruagy, e a todos os meus colegas de turma, especialmente a Luciana Rúbia, cujo apoio e amizade estiveram presentes em todos os momentos.

Gostaria de agradecer aos alunos do PIBIC que foram os responsáveis pela missão de realizar a coleta e confecção do banco de dados deste trabalho e por isso faço questão de citar os nomes: Stéphy Nogueira de Souza, Sara Ribeiro Silva, Marya Fernandha Santos Santana, Glicya Monaly Claudino dos Santos, Hidyana Luiza de Paula, Nathálya da Silva Martins, Heloisa Antunes Araújo. Desejo que todos vocês tenham muito sucesso profissional e uma carreira brilhante.

Por fim, a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta dissertação, o meu sincero agradecimento.

RESUMO

A hanseníase faz parte do grupo de doenças negligenciadas e é considerada um problema de saúde pública em diversos países do mundo, devido ao elevado número de casos novos da doença, à morbidade e ao impacto socioeconômico decorrentes das complicações. Recentes estudos têm demonstrado que pessoas afetadas pela doença podem relatar a experiência de dor crônica durante o tratamento ou no momento pós-alta, o que afeta o bem-estar físico e emocional, de relacionamento, levando a problemas psicológicos e de isolamento social. Existem basicamente dois tipos de dor crônica que podem estar presentes em pessoas afetadas com hanseníase: a) dor neuropática e b) dor nociceptiva. Entretanto, pouco se conhece sobre qual a prevalência delas nesta população. Ademais, acredita-se que dor pode estar associada à pior qualidade de vida nesta população. Assim, o presente estudo tem por objetivo identificar a prevalência de dor crônica, seus tipos e verificar associação entre dor e qualidade de vida em pessoas afetadas pela hanseníase atendidos no município de Arapiraca-AL, Brasil. Para tanto, foi realizado um estudo analítico transversal referente a indivíduos maiores de 15 anos, de ambos os sexos, atendidos no Centro de Referência para a doença no município de Arapiraca, Alagoas, Brasil, no período de agosto de 2018 a março/2020. As informações foram obtidas a partir da aplicação de um instrumento de coleta de dados abordando dados clínicos e demográficos. Prontuários e fichas de notificação foram consultados para complementar tais informações. Em seguida, foram avaliadas: a) a qualidade de vida, pelo questionário WHO-QoL-BREF; e b) a caracterização da dor, por meio dos instrumentos *Douler Neuropathique en 4 questions* (DN4) para os indivíduos que reportarem dor. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) (Parecer No. 3.938.849). Os indivíduos foram estratificados em com e sem dor. Um total de 122 pessoas afetadas foram incluídas no estudo. Não houve diferenças entre os grupos com dor e sem dor em relação a distribuição das características dos participantes. Oitenta e quatro (68,8%) participantes relataram dor crônica. Os participantes com dor apresentaram menores escores de qualidade de vida do que aqueles sem dor, especialmente nos domínios físico [46,4 (35,7–57,1) vs. 66,1 (50,0–78,6); $p < 0,001$], psicológico [58,3 (45,8–70,8) vs. (68,7 (54,2–79,2); $p = 0,005$) e social [66,7 (50,0–81,2) vs. 75,0 (58,3–83,3); $p = 0,041$]. Setenta e dois (85,7%) dos 84 participantes com dor foram identificados como havendo dor neuropática. Os integrantes com dor neuropática apresentaram menores escores de qualidade de vida em comparação com aqueles que apresentaram dor nociceptiva. Conclui que a prevalência de dor crônica e dor neuropática foi elevada. Pessoas afetadas pela hanseníase havendo dor apresentam menores escores de QV. Assim, faz-se necessário implementar avaliação sistemática da dor nesta população a fim de detectar o tipo de dor para o melhor manejo e consequente melhora da QV.

Palavras-chave: Hanseníase; Dor neuropática; Qualidade de vida;

ABSTRACT

Leprosy is part of the group of neglected diseases and is considered a public health problem in several countries around the world, due to the high number of new cases of the disease, morbidity and socioeconomic impact resulting from complications. Recent studies have shown that people affected by the disease may report experiencing chronic pain during treatment or in the post-discharge period, which affects physical and emotional well-being, relationships, leading to psychological problems and social isolation. There are basically two types of chronic pain that can be present in leprosy patients: a) neuropathic pain and b) nociceptive pain. However, little is known about their prevalence in this population. Furthermore, it is believed that pain may be associated with a worse quality of life in this population. Thus, this study aims to identify the prevalence of chronic pain, its types and to verify the association between pain and quality of life in people affected with leprosy treated in the city of Arapiraca-AL, Brazil. Therefore, an analytical cross-sectional study was carried out on individuals over 15 years of age, of both sexes, treated at the Reference Center for the disease in the city of Arapiraca, Alagoas, Brazil, from August de 2018 to March/2020. Information was obtained from the application of a data collection instrument addressing clinical and demographic data. Medical records and notification forms were consulted to complement this information. Then, the following were evaluated: a) quality of life, using the WHO-QoL-BREF questionnaire; and b) the characterization of pain, through the instruments Douleur Neuropathique en 4 questions (DN4) for individuals who report pain. The project was approved by the Ethics Committee for Research with Human Beings at the Federal University of Alagoas (UFAL) (Opinion No. 3,938,849). Individuals were stratified into pain and no pain. A total of 122 affected people were included in the study. There were no differences between the pain and no pain groups regarding the distribution of participants' characteristics. Eighty-four (68.8%) participants reported chronic pain. Participants with pain had lower quality of life scores than those without pain, especially in the physical domains [46.4 (35.7–57.1) vs. 66.1 (50.0-78.6); $p < 0.001$], psychological [58.3 (45.8–70.8 vs. (68.7–79.2); $p = 0.005$) and social [66.7 (50.0– 81.2) vs. 75.0 (58.3–83.3); $p = 0.041$]. Seventy-two (85.7%) of 84 participants with pain were identified as having neuropathic pain. Participants with neuropathic pain had lower quality of life scores compared to patients with nociceptive pain. It concludes that the prevalence of chronic pain and neuropathic pain was high. People affected by leprosy with pain have lower QoL scores. Thus, it is necessary to implement systematic pain assessment in this population to detect the type of pain for better management and consequent improvement in QoL.

Keywords: Hansen's disease; Neuropathic pain; Quality of life.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 REVISÃO DE LITERATURA	10
2.1 Aspectos epidemiológicos da Hanseníase	10
2.2 Agente etiológico e doença	11
2.3 Diagnóstico e classificação da hanseníase	12
2.4 Episódios reacionais	14
2.5 Hanseníase e acesso aos serviços de saúde	14
2.6 Conceito de dor e tipos	15
2.7 Dor e Hanseníase	16
2.8 Qualidade de vida e Hanseníase	17
3 OBJETIVOS	19
3.1 Geral	19
3.2 Específicos	19
4 MÉTODOS	20
4.1 Desenho do estudo	20
4.2 Local do estudo	20
4.3 População e amostra	20
4.4 Sistemática da coleta de dados	21
4.5 Questionários	21
4.5.1 Avaliação da dor	21
4.5.2 Avaliação da qualidade de vida	22
4.6 Análise dos dados	23
4.7 Considerações éticas	23
5 RESULTADOS	24
5.1 Artigo Científico	25
5.2 Produto	35
6 CONCLUSÃO	44
REFERÊNCIAS	45
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para adultos	50

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para pais ou responsáveis	53
APÊNDICE C – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE)	56
ANEXO 1 – Instrumento de Coleta de Dados	58
ANEXO 2 – Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida – WHOQOL- BREF	59
ANEXO 3 – Questionário para diagnóstico de Dor Neuropática – DN4	62
ANEXO 4 – Normas da Revista Científica	63

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase faz parte do grupo de doenças negligenciadas e é considerada um problema de saúde pública em diversos países devido ao elevado número de casos novos da doença, à morbidade e ao impacto socioeconômico decorrentes das complicações (WHO, 2019).

Estima-se que cerca de 250 mil casos novos da doença ocorram anualmente em todo o mundo, dos quais pouco mais de 34 mil são registrados no Brasil, o que faz deste o segundo país em todo o mundo em número de casos da doença (WHO, 2019). A Região Nordeste do país registrou 11.725 casos novos da doença, ocupando o 1º lugar no país. Em 2018, Alagoas que é um estado prioritário para o controle da hanseníase teve uma taxa de detecção de 10,53/100.000 habitantes (BRASIL, 2020) e o município de Arapiraca – AL 25/100.000 habitantes (SESAU, 2018), classificadas com alta e muito alta, respectivamente.

A hanseníase é uma doença granulomatosa crônica e infecciosa, causada pelo *Mycobacterium leprae*, que afeta as fibras nervosas da pele e os nervos periféricos (SANTOS *et al.*, 2013a, 2013b; SCOLLARD; JOYCE; GILLIS, 2006). O comprometimento dos troncos nervosos tem grande potencial para provocar incapacidades ou deformidades (SERMRITTIRONG; VAN BRAKEL, 2014) e é resultado de processos inflamatórios ou de reações hansênicas (BRITTON; LOCKWOOD, 2004).

A doença apresenta um alto poder incapacitante, estigmatizante e carrega uma história de discriminação e isolamento social (RAPOSO; NEMES, 2012) exigindo prioridades nas políticas públicas e ações de saúde intervencionistas que anulem essa cadeia de transmissão e consequentemente cause impacto nos coeficientes da doença (SOUSA; FERREIRA; BRASÍLIA-XAVIER, 2018).

Em pessoas com neurite, a dor é um sintoma comum além de ser frequente em portadores de hanseníase (MENDANHA, 2020; STUMP; BACCARELLI; MARCIANO; LAURIS *et al.*, 2004; BRASIL, 2008). A dor é um fenômeno subjetivo e incapacitante (MENDANHA, 2020; LOESER; MELZACK, 1999; BENZON; RATHMELL; WU; TURK *et al.*, 2008).

Apesar de negligenciada, a dor crônica tem sido uma queixa frequente em usuários atendidos em centros de tratamento de hanseníase no Brasil em outras partes do mundo (BRASIL, 2018) e os tipos de dor crônica mais frequentemente identificados em pessoas afetadas pela hanseníase são: dor neuropática, dor nociceptiva e dor inflamatória (THAKUR *et al.*, 2015).

A população feminina é mais acometida pela dor crônica (DIELEMAN; KERKLAAN; HUYGEN; BOUMA *et al.*, 2008; FAYAZ; CROFT; LANGFORD; DONALDSON *et al.*, 2016; COLLOCA; LUDMAN; BOUHASSIRA; BARON *et al.*, 2017; SOUZA; GROSSMANN; PERISSINOTTI; OLIVEIRA JUNIOR *et al.*, 2017), porém, a dor neuropática associada à hanseníase é mais comum em pessoas do sexo masculino (GIESEL; PITTA; DA SILVEIRA; ANDRADE *et al.*, 2018), fato que pode estar ligado à maior prevalência da doença neste sexo (BRASIL, 2018; 2020a).

A dor neuropática é definida atualmente “*uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial*” (IASP, 2020) e sua prevalência na população afetada com hanseníase varia entre 11% e 79% mundialmente (RAICHER *et al.*, 2016; TREEDE *et al.*, 2008).

Estima-se que uma parcela considerável dos casos de dor neuropática em pessoas afetadas com hanseníase se estabeleça após a finalização do tratamento poli quimioterápico e que seja de intensidade grave (TOH; MAHARJAN; THAPA; NEUPANE *et al.*, 2018). Autores referem que a presença de dor neuropática após alta por cura ainda é apontada como um agravo subnotificado e seu surgimento está associado ao atraso no diagnóstico da doença, que leva a progressão do dano neural, com maior predisposição ao desenvolvimento deste tipo de dor. (GOSLING *et al.*, 2017).

Uma vez que a dor neuropática tem sido frequente e seu tratamento envolve a prescrição de analgésicos simples, anticonvulsivantes, antidepressivos, opioides, neurolépticos, anestésico local e técnicas intervencionistas para o controle da dor (O'CONNOR; DWORKIN, 2009; FORNASARI, 2017), faz-se necessária à sua identificação precoce.

Diante disso, a aplicação de ferramentas diagnósticas para a dor neuropática têm sido bastante utilizadas para sua classificação (BENNETT *et al.*, 2007). Desta forma, pesquisadores e profissionais da saúde podem adotá-las como instrumento de trabalho e obter um diagnóstico mais preciso nesta população afetada pela doença.

Além disso, a presença de dor crônica afeta o bem-estar físico e emocional, leva ao isolamento social, dificuldade de relacionamento, problemas psicológicos e incapacidade para o trabalho (REIS *et al.*, 2013a) e podem afetar a qualidade de vida (QV) destes indivíduos (SANTOS *et al.*, 2016). Tais condições também aumentam as consultas e oneram os serviços de saúde.

A QV é um conceito amplo que inclui a saúde física e psicológica, a independência pessoal, as relações sociais, as crenças pessoais e a interação desses fatores com o meio ambiente. O termo QV incorpora a natureza multidimensional e percepção da qualidade de vida

global, mas muitas vezes é citado como o impacto de uma doença ou prejuízo sobre a qualidade de vida (FLECK *et al.*, 2000).

O presente estudo destaca-se pelo fato de haver poucas pesquisas abordando a prevalência da dor e de seus tipos na população afetada pela hanseníase. Desse modo, as informações a serem obtidas por ele são essenciais para conhecer o impacto da dor, dos seus tipos sobre a QV dos indivíduos acometidos pela hanseníase – em tratamento ou em acompanhamento pós-alta.

Além disso, tais informações servirão de base para orientar políticas públicas de saúde no enfrentamento dos principais problemas consequentes a hanseníase e orientar os serviços de saúde a organizar e direcionar seus esforços para proporcionar manejo adequado destas questões e por consequência melhorar a QV dos indivíduos.

Vale ainda ressaltar que os resultados aqui obtidos, não serão limitados ao município sede da pesquisa, sendo que eles podem trazer impacto direto sobre qualquer serviço de saúde responsáveis pelo atendimento, tratamento e acompanhamento de pessoas com hanseníase ou no período pós-alta da doença.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Aspectos epidemiológicos da hanseníase

Segundo um levantamento feito pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que teve como base os dados anuais de hanseníase fornecidos por 160 países, foram notificados 202.185 casos novos da doença no ano calendário 2019-2020, correspondendo a uma taxa de detecção de 2,59/100.000 habitantes. Apesar de ser considerada uma taxa muito alta, houve uma diminuição global de 6.506 casos em relação ao ano calendário anterior. A região do Sudeste Asiático contribuiu com 70,4% dos casos novos em todo o mundo (WHO, 2020).

A redução do número de novos casos foi gradual e tem sido uniforme nos últimos 10 anos, tanto globalmente quanto nas regiões da OMS. Brasil, Índia e Indonésia relataram 10.000 novos casos, enquanto 13 outros países (Bangladesh, República Democrática do Congo, Etiópia, Madagascar, Moçambique, Myanmar, Nepal, Nigéria, Filipinas, Somália, Sudão do Sul, Sri Lanka e o República Unida da Tanzânia) cada um relatou 1.000-10.000 novos casos. Quarenta e cinco países relataram 0 casos, e 99 relataram <1000 novos casos (WHO, 2020).

No final do ano calendário citado, 177.175 pessoas estavam realizando o tratamento da doença no mundo, o que corresponde a uma prevalência pontual de 22,7 por 1.000.000 habitantes. Diminuição na prevalência foi observada em todas as regiões da OMS exceto na Região das Américas (WHO, 2020).

Do total de casos detectados e notificados no mundo em 2019, 14.981 eram crianças, representando um total aproximado de 7,4%, o que significa que está havendo transmissão recente do bacilo na comunidade. Outro dado que chamou atenção neste levantamento, foi a notificação de 370 casos com grau de incapacidade 2 na população pediátrica (WHO, 2020).

O Brasil apresenta mais de 93% dos casos de hanseníase das Américas (WHO, 2019). Entre os anos de 2014 e 2018, foram diagnosticados 140.578 casos da doença com predominância do sexo masculino (55,2%) na maioria das faixas etárias e anos. Nesse mesmo período a taxa média de detecção foi de 13,64 casos novos para cada 100.000 habitantes, considerada como uma taxa alta (BRASIL, 2020).

A Região Nordeste registrou 11.725 casos novos da doença, ocupando o 1º lugar no país. Destes, 802 eram menores de 15 anos. A taxa de detecção na população geral e na população infanto-juvenil foi de 20,36 (muito alta) e 5,73 (média) casos por 100.000 habitantes, respectivamente, e a taxa de prevalência geral foi de 2,15 por 10.000 habitantes. Um pouco mais de 12.000 indivíduos finalizaram o ano em curso de tratamento. A taxa de casos novos de

hanseníase com grau 2 de incapacidade física por 1 milhão de habitantes foi de 13,84. (BRASIL, 2020)

No ano de 2018, Alagoas que é um estado prioritário para o controle da hanseníase, identificou 357 casos da doença e uma taxa de detecção de 10,53/100.000 habitantes, sendo esta classificada como alta. Ao final deste mesmo ano, 324 pessoas estavam em curso de tratamento e taxa de prevalência foi 1,18/10.000 habitantes. Segundo dados preliminares, em 2019, foram diagnosticados 232 casos em todo o estado, sendo 12 em menores de 15 anos. A proporção de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico foi de 8,5 (BRASIL, 2020).

O município de Arapiraca – AL é considerado como área de alta endemicidade, pois os números ultrapassam os estabelecidos pelo Ministério da Saúde, além de estarem acima da média nacional e estadual na detecção de casos com 25/100.000 habitantes, uma taxa considerada muito alta (SESAU, 2018).

2.2 Agente etiológico e doença

O agente etiológico da hanseníase, o *M. leprae*, é um parasita intracelular obrigatório, bacilo álcool-ácido resistente (BAAR), pertence à família das microbactérias que infecta primariamente humanos. Este agente possui crescimento lento, tem alta infectividade, baixa patogenicidade e virulência. Além disso, possui tropismo por nervos periféricos, especificamente pelas células de Schwann, induzindo a desmielinização da fibra (BHAT; PRAKASH, 2012).

Os mecanismos de ação deste agente etiológico no sistema nervoso não são totalmente compreendidos. Sabe-se que a agressão ocorre na matriz extracelular, provocando a separação da lâmina basal, das células de Schwann, que são responsáveis pela integridade da fibra nervosa (CHACHA *et al.*, 2009). Como essas células não possuem capacidade fagocítica, permitem a multiplicação do patógeno, levando a danos neurais irreversíveis, sendo a neuropatia uma das principais morbidades da doença (PENNA; PONTES, 2005; SAMPAIO; RIVITTI, 2007).

A transmissão se dá através das vias aéreas superiores entre uma pessoa doente com a forma infectante da doença (multibacilar – MB) e sem tratamento, com um indivíduo susceptível (BRASIL, 2017). Como o bacilo apresenta baixa patogenicidade, para que ocorra a transmissão, existe a necessidade de haver contato prolongado com a pessoa doente e o ambiente ser susceptível, fechado, com pouca ventilação e iluminação solar (BRASIL, 2012).

O quadro clínico da doença é variável e se apresenta como lesões de pele e do sistema nervoso periférico. Os nervos mais acometidos são: trigêmeo e facial no seguimento cefálico, ulnar, mediano e excepcionalmente radial nos membros superiores, e fibular e tibial posterior nos membros inferiores, sendo que o grau de acometimento depende da resposta imunológica de cada indivíduo (RENAULT; ERNST, 2010).

O dano cutâneo, geralmente, é o primeiro a aparecer, e é verificado através do surgimento de máculas ou áreas bem-delimitadas, com alterações na sensibilidade, sudorese e resposta vasomotora. O comprometimento neural inicialmente leva à alteração de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil, e com a progressão do dano, os troncos nervosos tornam-se espessados (BRASIL, 2017).

As alterações motoras são manifestadas por meio de paresias, paralisias, atrofias, retrações e fixações articulares. Alterações vasculares e de sudorese são encontradas quando há transtornos autonômicos (SAMPAIO; RIVITTI, 2007). O diagnóstico diferencial da hanseníase é variável e pode simular várias dermatoses colaborando para que haja confusão e atraso no diagnóstico, levando a condições incapacitantes para os portadores (MARTINS; IRIART, 2014).

2.3 Diagnóstico e classificação da hanseníase

O diagnóstico da hanseníase é basicamente clínico e epidemiológico, realizado através de anamnese e exame dermatoneurológico para identificar lesões ou áreas de pele com modificação de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos, com alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas (BRASIL, 2016). Atualmente, o diagnóstico da hanseníase baseia-se na presença de pelo menos um dos três sinais cardinais: (i) perda definitiva da sensação térmica, tátil e/ou dolorosa em uma lesão cutânea pálida (hipopigmentada) ou avermelhada; (ii) nervo periférico espessado ou aumentado com perda de sensibilidade e/ou fraqueza dos músculos fornecidos por esse nervo; ou (iii) presença de bacilos ácido-rápidos em um esfregaço intradérmico (WHO, 2018).

Os casos com suspeita de comprometimento neural, sem alteração na pele (hanseníase neural pura), e aqueles que apresentam área com alteração sensitiva e/ou autonômica questionável e sem lesão cutânea evidente, deverão ser referenciadas para unidades de saúde de maior complexidade para comprovação diagnóstica (BRASIL, 2016).

Orienta-se que na referência essas pessoas sejam submetidas igualmente ao exame dermatoneurológico minucioso por profissional com maior experiência, coleta de material para

exames laboratoriais (baciloscopia ou histopatologia cutânea ou de nervo periférico sensitivo), testes eletrofisiológicos e/ou outros mais relevantes, para constatar acometimento cutâneo ou neural discreto e para diferenciar com outras neuropatias periféricas (BRASIL, 2016).

Em menores de 15 anos, o diagnóstico da hanseníase exige avaliação ainda mais cuidadosa, diante do inconveniente na aplicação e interpretação das provas de sensibilidade. A comprovação de casos na população pediátrica pode apontar a presença de adultos doentes sem diagnóstico e/ou sem tratamento, convivendo e transmitindo a hanseníase o que deve, portanto, reforçar a investigação dos contatos. Para diagnóstico desses casos, recomenda-se utilizar o “Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 Anos” (BRASIL, 2016).

Do ponto de vista laboratorial, nenhum exame é totalmente satisfatório para diagnosticar ou classificar a hanseníase. Exames de imagem como a ultrassonografia e ressonância nuclear magnética ajudam no diagnóstico da forma neural pura e neurite (PEREIRA *et al.*, 2006). Eletroneuromiografia auxilia no acompanhamento das reações hansênicas (BRASIL, 2016). A reação de Mitsuda, baciloscopia e histopatologia, normalmente, permitem identificar e classificar a forma clínica. Sorologia, inoculação, imuno-histoquímica e reação em cadeia da polimerase (PCR) são métodos utilizadas principalmente em estudos clínicos, mas com dificuldades de operacionalização no campo (GURUNG *et al.*, 2019).

A classificação de Ridley e Jopling (1966) tem sido a mais aconselhada pelos estudiosos do ponto de vista imunológico. De acordo com ela, as formas clínicas da hanseníase exibem distribuição que varia entre dois espectros, ora para o polo de resistência (tuberculóide) ora para o polo de suscetibilidade (virchowiano). Seus subtipos são: tuberculóide-tuberculóide (TT), borderline-Tuberculóide (BT), boderline-boderline (BB), borderline-virchowiano (BV) e VV (virchowiano-virchowiano) (LASTÓRIA; ABREU, 2012).

Para facilitar e ampliar a campanha de combate à hanseníase, a Organização Mundial da Saúde propôs, em 1982, a classificação para fins operacionais de tratamento. Os portadores são classificados em paucibacilares (PB – presença de até cinco lesões de pele com baciloscopia de raspado intradérmico negativo, quando disponível) ou multibacilares (MB – presença de seis ou mais lesões de pele ou baciloscopia de raspado intradérmico positiva) (WHO, 2016).

O Brasil também utiliza essa classificação. Contudo, alguns não apresentam lesões facilmente visíveis na superfície cutânea, e podem ter danos apenas nos nervos (hanseníase primariamente neural), ou as lesões podem se tornar visíveis somente após o início do tratamento (BRASIL, 2016).

2.4 Episódios reacionais

Os episódios reacionais são manifestações de aumento da atividade da doença, caracterizados pela deterioração clínica que podem ocorrer de forma aguda antes, durante ou após o final do tratamento com a poli quimioterapia. Indivíduos com carga bacilar elevada (virchowiano) geralmente apresentam reações de início mais tardio, ou seja, no final ou logo após o término da PQT (BRASIL, 2016).

Esse quadro decorre de um estado inflamatório agudo causado pela atuação do sistema imunológico do hospedeiro que ataca o bacilo. Os sinais sugestivos dessa resposta são: edema, calor, rubor, dor e perda da função. Uma vez que os bacilos da hanseníase afetam a pele e os nervos, as reações hansênicas cursam com inflamação nesses lugares. Essa manifestação, em uma lesão de pele pode ser incômoda, mas raramente é grave; por outro lado, a inflamação em um nervo pode causar danos graves, como a perda da função originada do edema e da pressão no nervo (BRASIL, 2016).

É de fundamental importância o rápido diagnóstico e manejo da reação, pois constituem a maior causa de lesão no nervo periférico e aumento das incapacidades. Não ocorrem em todos as pessoas em tratamento, mas são frequentes, principalmente entre os aqueles que foram classificados como multibacilares. É recomendável realizar o exame odontológico neste grupo, pois focos infecciosos podem ser possíveis desencadeantes das reações hansênicas. É ainda importante atentar para infecções assintomáticas como, por exemplo, do trato urinário em idosos (BRASIL, 2016).

2.5 Hanseníase e acesso aos serviços de saúde

Com a promulgação da Constituição Federal, em 1988, no seu artigo 196, o acesso à saúde passou a ser um direito de todos que deve ser ofertado pelo Estado. A Lei Orgânica da Saúde 8.080/1990, por sua vez, institui o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como principais princípios e diretrizes a universalidade de acesso em todos os níveis de assistência; a igualdade na assistência à saúde; a integralidade da assistência; além da participação da comunidade e da descentralização político-administrativa (VIACAVA, *et al.*, 2018).

O acesso aos serviços de saúde tem se apresentado como parte fundamental para a prestação da assistência integral em saúde, o que tem sido determinado e condicionado por características organizacionais e geográficas, e que podem facilitar ou dificultar a entrada dos indivíduos nos serviços (MARTINS *et al.*, 2019).

A portaria Nº 1073/GM do Ministério da Saúde, publicada em 2000, propõe a descentralização das Ações de Controle da Hanseníase (ACH) para a rede básica de saúde como o alicerce para o alcance da meta de eliminação da doença como agravo de saúde pública. Estas são, proporcionalmente, mais viáveis quanto maior a capilaridade da atenção primária à saúde (APS) e quanto melhor a qualidade do serviço de saúde.

A portaria sugere que cada unidade básica de saúde esteja apta a realizar o acompanhamento integral dos usuários e orienta que os municípios organizem seus serviços, tornando-os capazes de realizar a busca ativa de casos, diagnóstico clínico, cadastramento dos portadores, notificação, tratamento supervisionado, prevenção e controle de incapacidades físicas, além de realizar atividades educativas na comunidade para a dispersão de informações sobre a doença e a importância do diagnóstico precoce (BRASIL, 2000a).

Para garantir o seguimento, os serviços também devem estruturar, organizar e oficializar as referências municipais, estaduais e regionais e o sistema de contrarreferência, conforme as políticas vigentes do SUS. Devem ser referenciados às unidades de maior complexidade, os casos que apresentem intercorrências clínicas, reações adversas ao tratamento, reações hansênicas, recidivas e com necessidade de reabilitação cirúrgica, além de dúvidas no diagnóstico e na conduta. (BRASIL, 2016).

2.6 Conceito de dor e tipos

A percepção algica é algo subjetivo e particular que pode ser aferida através de seus vários domínios, como intensidade, qualidade, localização e duração. A seleção do instrumento de avaliação da dor e o resultado do tratamento são influenciados por diversas variáveis como cultura, idade, nível de escolaridade, condição clínica e tipo do atendimento (MEDENHA, 2020; MARTINEZ; GRASSI; MARQUES, 2011). Avaliar o indivíduo com queixa de dor é complicado, pois os vários fatores que induzem a percepção e o comportamento em relação a ela devem ser questionados. Diversos atributos da dor devem ser investigados como intensidade, qualidade, localização, irradiação, duração e fatores de alívio ou piora (ASHBURN; STAATS, 1999; JOSHI, 2006).

A magnitude da dor deve ser aferida baseada na sua intensidade, padecimento do indivíduo e a incapacidade física que ela causa e, para isso, métodos específicos para mensuração algica podem ser utilizados (TURK; MELZACK, 2011). Autores destacam que não existe um único instrumento, escala ou teste que possa graduar de maneira objetiva e completa a pessoa com quadro doloroso. Existem estratégias que utilizam questionários e

índices para avaliação e seguimento da dor, e que também analisam as consequências na vida do indivíduo. Os instrumentos que são utilizados para qualificar a dor podem ser classificados como unidimensionais ou multidimensionais. Este último avalia a dor em mais de uma perspectiva, podendo levar em consideração fatores sentimentais e motivacionais, sensitivo-discriminativos, influência na qualidade de vida e na capacidade funcional do indivíduo (MENDENHA, 2020; MARTINEZ; GRASSI; MARQUES, 2011).

Neste sentido, a dor pode ser mensurada, classificada e descrita de acordo com os relatos dos pacientes, a partir de alguns instrumentos e escalas de dor, como, inventário breve de dor (*Brief Pain Inventory*), questionário Douler de dor neuropática em 4 questões (*Douler Neuropathic Pain in 4 Questions*), questionário *Leeds* de avaliação de sintomas e sinais neuropáticos (*Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs*), questionário de dor *Mc Giil* (MPQ), dentre outros (BENNETT, 2001; BOUHASSIRA *et al.*, 2005; MELZACK, 1975; WU *et al.*, 2010).

2.7 Dor e hanseníase

Na hanseníase, diversos mecanismos fisiopatológicos estão diretamente ligados à dor neural. A dor nociceptiva é estabelecida por um estímulo nocivo, como neurite, um processo inflamatório que afeta os nervos. Neurite difere da dor neuropática. Esta é uma condição não específica da doença na qual que ocorre no funcionamento anormal do sistema nervoso central e periférico. É comum que haja neurite associada a certas características de DP tornando complexo chegar ao diagnóstico diferencial correto e instituir o melhor tratamento (GIESEL *et al.*, 2018).

Definida como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou descrita em termos de dano real ou potencial ao tecido” (RAJA *et al.*, 2020), a dor neuropática tem sido descrita pessoas afetadas com hanseníase, e sua prevalência tem variado de 11% a 79% (RAICHER *et al.*, 2016; THAKUR *et al.*, 2015). Em estudo realizado no Rio de Janeiro – Brasil, com 33 participantes, 66% foram classificados com esse tipo de dor (REIS *et al.*, 2013a). Um estudo na Etiópia com 48 integrantes, concluiu que a dor nociceptiva pura foi relatada por 43% e dor neuropática pura por 11% (HAROUN *et al.*, 2012). Em um estudo na Índia, 22% das pessoas afetadas com hanseníase apresentaram dor com características neuropáticas (THAKUR *et al.*, 2015).

Na China, um estudo que incluiu 275 integrantes afetados com hanseníase, 46% tinham sintomas sugestivos de dor neuropática, dentre estes, os mais prevalentes, foram,

formigamento (55%), queimação (25%) e sensação de choque elétrico (9%) (CHEN; QU; CHU, 2012). Outros estudos, também descrevem como sintomas a dormência (86%), hipoestesia ao toque (81%), agulhada (73%) e formigamento (68%) (LASRY-LEVY *et al.*, 2011). Em pessoas afetadas pela hanseníase com dor crônica neuropática, quanto maior a intensidade da dor, maiores os níveis de distúrbios psicológicos, e conseqüentemente, pior qualidade de vida (REIS *et al.*, 2014; SANTOS *et al.*, 2016).

Porém, outros tipos de dores podem estar presentes nas pessoas afetadas pela hanseníase, por isso a importância de realizar o diagnóstico diferencial. Na dor nociceptiva não existe um comprometimento neural, ou seja, ela ocorre e o sistema nervoso central continua funcionando normalmente, ao contrário da dor neuropática. A dor nociceptiva pode permanecer nas pessoas afetadas pela hanseníase até mesmo após o tratamento PQT, 43% deles foram classificados com dor nociceptiva, 18 meses depois do tratamento (HAROUN *et al.*, 2012).

2.8 Qualidade de vida e Hanseníase

A Qualidade de vida (QV) foi conceituada pelo Grupo de QV da OMS como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” e assim envolve de uma maneira complexa a saúde física, psicológica, nível de independência, relações sociais, crenças e relação com o meio ambiente (THE WHOQOL GROUP, 1998).

Um dos instrumentos mais utilizados no mundo para mensuração da qualidade de vida é o *World Health Organization Questionnaire of Life* (WHOQoL), este foi desenvolvido, traduzido e validado em uma ampla variedade de idiomas e culturas, inclusive em português brasileiro (FLECK *et al.*, 2000). Inicialmente, desenvolveu-se o WHOQoL-100, um instrumento com 100 questões relacionadas com qualidade de vida. Porém, com a necessidade de um instrumento mais breve, prático e de rápida aplicação, com aspectos psicométricos satisfatórios, o Grupo de QV da OMS criou uma versão abreviada do WHOQoL-100, o *World Health Organization Questionnaire-QoL-BREF* (WHOQoL-BREF). Essa versão abreviada é mais utilizada em estudos epidemiológicos e/ou estudos que se aplique vários instrumentos de avaliação, facilitando o trabalho do pesquisador (FLECK *et al.*, 2000).

A qualidade de vida dos indivíduos acometidos pela hanseníase pode ser influenciada por várias condições, abrangendo o início e a duração dos sintomas, questões sociais, quadro clínico como envolvimento do nervo, características sistêmicas, deformidade, grau de incapacidade e classificação da doença. O estigma em relação às pessoas afetadas pela

hanseníase e suas famílias também pode afetar adversamente sua QV devido ao impacto na mobilidade, relacionamento interpessoal, casamento, emprego, lazer e atividade social (WONG, 2004).

Estudos demonstram que a marginalização e o preconceito enfrentados por pessoas acometidas pela hanseníase devido as características das lesões e deficiências físicas decorrentes da doença levam ao comprometimento da qualidade de vida (SANTOS *et al.*, 2016). O diagnóstico rápido e o tratamento adequado e oportuno diminuem a ocorrência de complicações, reduzem ainda mais a limitação de atividades e a restrição de participação e, consequentemente, prevenir a deterioração da QV. Além disso, o direcionamento contínuo com educação em saúde para pessoas acometidas pela hanseníase pode melhorar sua QV.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Avaliar a prevalência de dor crônica e de seus tipos, e a associação dor e qualidade de vida em indivíduos com hanseníase atendidos em Arapiraca, Alagoas, Brasil.

3.2 Específicos

- Determinar a prevalência de dor crônica entre os indivíduos com hanseníase atendidos no município de Arapiraca, Alagoas, Brasil;
- Caracterizar os tipos de dor crônica entre os indivíduos com hanseníase atendidos no município de Arapiraca, Alagoas, Brasil;
- Identificar os escores de qualidade de vida e sua relação com dor entre os indivíduos com hanseníase atendidos no município de Arapiraca, Alagoas, Brasil.

4 MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo analítico transversal para identificar a prevalência de dor crônica, seus tipos e correlacionar com o nível de qualidade de vida entre as pessoas afetadas pela hanseníase em acompanhamento (tratamento ou pós-alta) no município de Arapiraca, Alagoas, Brasil, no período de agosto de 2018 a julho de 2020

4.2 Local de Estudo

O estudo foi conduzido no Centro de Referência Integrado de Arapiraca (CRIA) todos situados no município de Arapiraca-Alagoas, Brasil. Arapiraca é sede da 2ª macrorregião de saúde do Estado de Alagoas, sendo referência para 46 municípios, o que corresponde a uma população de aproximadamente 1 milhão de pessoas. O centro de referência para hanseníase tem sido referência no diagnóstico, tratamento e reabilitação para pessoas acometidas pela hanseníase da 2ª macrorregião de saúde de Alagoas. O centro conta com uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, farmacêutico, técnicos em laboratório para realização da baciloscopia de linfa e de um técnico especializado na fabricação de utensílios que dão suporte a reabilitação de indivíduos que foram afetados pela hanseníase.

4.3 População e amostra

A população do estudo foi composta por todos os casos de hanseníase em acompanhamento (tratamento ou pós-alta) atendidos no município de Arapiraca, Alagoas. Foram incluídos todos os usuários, com idade >15 anos, cujas informações se encontram disponíveis no banco de dados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e que concordaram em participar do estudo. Foram exclusas pessoas com diabetes, com vírus da imunodeficiência humana (HIV), que consomem álcool em excesso, com déficit cognitivo ou condição clínica que interfira na avaliação de dor.

Para identificar a prevalência de dor entre os casos de hanseníase, foram necessários incluir no estudo uma amostra de 189 participantes. A amostra foi calculada com base no número de indivíduos cadastrados no SINAN nos últimos 5 anos e considerou uma prevalência de dor igual a 30%, erro amostral de 5% e o intervalo de confiança de 95%.

4.4 Sistemática de coleta de dados

Primeiramente, foi realizado contato com a coordenação de vigilância em saúde para identificar os participantes elegíveis para o estudo mediante consulta no SINAN. Em seguida, foi conduzida uma reunião com os diretores dos centros de saúde para apresentar os objetivos do estudo e estabelecer o cronograma de coleta de dados junto aos participantes elegíveis.

Uma vez estabelecido o cronograma, os indivíduos em tratamento ou pós-alta foram convocados, orientados quanto aos objetivos do estudo e convidados a fazer parte da pesquisa. Em seguida, assistentes de pesquisa devidamente treinados aplicaram um instrumento de coleta de dados (ANEXO 1) que incluiu variáveis clínicas e demográficas como: município de residência, idade, sexo, escolaridade, renda, estado civil, se está em tratamento PQT ou em acompanhamento pós-alta para tratamento de reação hansênica, número de lesões cutâneas, classificação da hanseníase (paucibacilar ou multibacilar), forma clínica (segundo classificação da OMS), número de nervos afetados, grau de incapacidade, tipo de reação hansênica. Para confirmação e complemento do instrumento de coleta de dados (ANEXO 1), foi realizada uma consulta a ficha de notificação compulsória, que se encontra no SINAN.

Em seguida, foi avaliada a qualidade de vida de todos os sujeitos incluídos no estudo, por meio da aplicação do questionário WHOQoL-BREF, validado para o Brasil (FLECK *et al.*, 2000), o qual avalia os indivíduos em 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Escores mais altos indicam uma QV melhor (SAVASSI *et al.*, 2014).

Além dos instrumentos já mencionados, os assistentes de pesquisa estratificaram os participantes do estudo em com ou sem dor. Para aqueles que reportaram dor, esta foi avaliada (classificada) mediante a utilização dos questionários *Douleur Neuropathique en 4 questions* (DN4) já validado no Brasil. Este instrumento é utilizado para distinguir a dor neuropática da dor não-neuropática ou ainda nociceptiva (SANTANA *et al.*, 2016).

4.5 Questionários

4.5.1 Avaliação da dor

Douleur neuropathique 4 questions (DN4) é um instrumento desenvolvido inicialmente na França, cujo objetivo é o rastreamento de dor neuropática (BOUHASSIRA *et al.*, 2005). É constituído por sete itens relacionados a sintomas e outros três com o exame físico.

Cada item soma 1 se a resposta for positiva e zero se negativa, variando de um valor mínimo de zero ao máximo de 10. Valores iguais ou maiores que 4 sugerem dor neuropática (DN).

Devido à característica discriminatória dos sete primeiros tópicos, estes poderiam ser utilizados em alguns tipos de pesquisas clínicas, contudo isso carece de validação. O DN4 mostrou sensibilidade de 83% e especificidade de 90% quando comparados com o diagnóstico médico (BOUHASSIRA, 2005).

O DN4 foi traduzido e validado em português com o objetivo de incluir um instrumento fidedigno no cenário clínico, priorizando diagnóstico exato, facilitando a diferenciação entre DN nociceptiva. Os resultados do estudo de validação da versão em português demonstraram sensibilidade de 100% e especificidade de 93,2%, sendo também capaz de identificar pessoas com DN (FERREIRA *et al.*, 2011).

4.5.2 Avaliação da qualidade de vida

Qualidade de vida (QV) é uma percepção subjetiva que engloba aspectos multidimensionais do indivíduo ou sociedade dentro de um contexto. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define QV como um estado de bem-estar físico, psicossocial e ambiental. Para dimensioná-la podemos lançar mão de alguns instrumentos, entre eles o WHOQoL-BREF (FLECK *et al.*, 2000).

O questionário WHOQoL-BREF é composto por um total de 26 tópicos em uma escala Likert de 5 pontos desenvolvida pelo Grupo WHOQoL; e abrange quatro domínios: físico, psicológico, social e ambiental (THE WHOQOL GROUP, 1998). O WHOQoL-BREF foi traduzido e validado para o português brasileiro em 2001 (FLECK *et al.*, 2000).

No domínio físico encontramos as facetas, dor e desconforto, sono e repouso, energia e fadiga, mobilidade, atividades da vida diária, dependência de substâncias médicas e capacidade para o trabalho. No domínio psicológico, facetas sobre sentimentos positivos, pensamentos, aprendizagem, memória e concentração, autoestima, imagem do corpo e aparência, pensamentos negativos e espiritualidade/religião/crenças. O domínio relacionamento social abrange, relacionamento pessoal, suporte social e atividade sexual. E no domínio ambiental, as facetas são sobre liberdade e segurança, ambiente onde mora, recursos financeiros, assistência em saúde e social: acessibilidade e qualidade dos serviços de saúde, oportunidade de novas informações e atividades, participação e oportunidade de recreação, ambiente físico (poluição, barulho, clima, atrativos) e transporte (THE WHOQoL GROUP, 1998; FLECK *et al.*, 2000).

Do total de questões, duas avaliam a percepção de qualidade de vida e saúde do indivíduo, e as outras 24 questões medem os seguintes domínios amplos: saúde física (7 itens), saúde psíquica (6 itens), relacionamentos sociais (3 itens) e ambiente (8 itens) com maior pontuação indicando melhor QV. Os escores da escala bruta para cada domínio são mensuradas pela adição de valores de itens únicos e, em seguida, transformados em um escore de 0 a 100, onde escores mais elevados indicavam níveis mais altos de QV.

4.6 Análise dos dados

Todas as informações obtidas foram codificadas e inseridas em um banco de dados. Em seguida, análises exploratórias foram realizadas. Frequências simples e percentuais também foram obtidas a partir das variáveis categóricas. Para comparar diferenças entre as proporções foi utilizado o teste Qui-quadrado (χ^2) e/ou teste Exato de Fisher. Foi realizada verificação da distribuição do conjunto de dados por meio do *Teste Kolmogorov-Smirnov*. Quando houver simetria da distribuição, a comparação foi feita por meio de testes paramétricos. Havendo assimetria foram utilizados testes não-paramétricos. Análise multivariada por meio da regressão logística foi realizada para verificar a associação das variáveis categóricas. O nível de significância das análises foi de 5%. Os dados foram analisados por meio do software *SPSS*® versão 22.0 e do *STATA*® versão 14.0.

4.7 Considerações éticas

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (Parecer No. 3.938.849). Os indivíduos foram informados a respeito dos objetivos da pesquisa, convidados a participar do estudo e a assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. (APÊNDICE A) O estudo seguiu todas as recomendações da Declaração de Helsinki e da Resolução do CONEP n° 466/2012.

5 RESULTADOS

Seguindo o Roteiro para Elaboração do Trabalho de Conclusão do Mestrado PROFSAÚDE, os resultados da presente dissertação foram apresentados no formato de artigo científico (item 5.1) e de um produto gerado a partir dos achados da pesquisa (item 5.2).

5.1 Artigo científico

Classificação da dor e avaliação da qualidade de vida em pessoas afetadas pela hanseníase

Classificação da dor e qualidade de vida na hanseníase

Adriana Maia Domingos¹

Victor Santana Santos^{1,2}

Afiliação

1 Mestrado Profissional em Saúde da Família, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, Brasil.

2 Núcleo de Epidemiologia e Saúde Pública, Universidade Federal de Alagoas, Arapiraca, Brasil.

Autor correspondente

Victor Santana Santos. Universidade Federal de Alagoas, Campus Arapiraca. Rodovia AL-115, Bom Sucesso. CEP: 57305-009. Arapiraca, Alagoas, Brasil. E-mail: victor.santos@arapiraca.ufal.br

Declaração de conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

Financiamento

O presente estudo não recebeu financiamento

Resumo

Estudos têm demonstrado que pessoas afetadas pela hanseníase podem relatar dor crônica durante o tratamento ou em momento pós-alta, o que afeta o bem-estar físico e emocional, de relacionamento, levando a problemas psicológicos e de isolamento social. Assim, o presente estudo objetivou identificar a prevalência de dor crônica e seus tipos; e verificar associação entre dor e qualidade de vida em indivíduos com hanseníase atendidos no município de Arapiraca-Alagoas, Brasil. Para tanto, foi realizado um estudo transversal com indivíduos maiores de 15 anos, de ambos os sexos, afetados pela hanseníase, em tratamento ou acompanhamento pós-alta no Centro de Referência para a doença no município de Arapiraca, Alagoas, Brasil, no período de agosto de 2018 a março de 2020. As informações foram obtidas por meio de um instrumento de coleta de dados. Em seguida, foram avaliadas a qualidade de vida, pelo questionário WHO-QoL-BREF e a caracterização da dor, por meio dos instrumentos *Douler Neuropathique en 4 questions* (DN4) para os indivíduos que reportarem dor. Um total de 122 participantes foram incluídos. Não houve diferenças entre os grupos com dor e sem dor em relação a distribuição das características sócio-demográficas. Oitenta e quatro (68,8%) participantes relataram dor crônica. Os participantes com dor apresentaram menores escores de qualidade de vida do que aqueles sem dor, especialmente nos domínios físico [46,4 (35,7–57,1) vs. 66,1 (50,0–78,6); $p < 0,001$], psicológico [58,3 (45,8–70,8 vs. (68,7 (54,2–79,2); $p = 0,005$) e social [66,7 (50,0–81,2) vs. 75,0 (58,3–83,3); $p = 0,041$]. Setenta e dois (85,7%) dos 84 participantes foram identificados como havendo dor neuropática. Pessoas com este tipo de dor apresentaram menores escores de qualidade de vida em comparação a pessoas com dor nociceptiva. Conclui que a prevalência de dor crônica e dor neuropática foi elevada. Pessoas com hanseníase havendo dor apresentam menores escores de QV. Assim, faz-se necessário implementar avaliação sistemática da dor nesta população a fim de detectar o tipo de dor para o melhor manejo e conseqüente melhora da QV.

Palavras-chave: Hanseníase; Dor neuropática; Qualidade de vida;

Introdução

A hanseníase ainda é considerada um problema de saúde pública em diversos países do mundo, devido ao elevado número de casos novos da doença, à morbidade e ao impacto socioeconômico decorrentes das complicações (WHO, 2019). Ela apresenta um alto poder incapacitante, estigmatizante e carrega uma história de discriminação e isolamento social (RAPOSO; NEMES, 2012). Apesar de negligenciada, a dor crônica tem sido uma queixa frequente de indivíduos atendidos em centros de tratamento de hanseníase no Brasil em outras partes do mundo causando prejuízos na qualidade de vida (QV) desses indivíduos (BRASIL, 2018).

Diante disso, a aplicação de ferramentas diagnósticas para a dor neuropática têm sido bastante utilizadas para sua classificação e estadiamento, além de aferir o impacto desta no bem-estar físico, psíquico e social (BENNETT *et al.*, 2007). Dentre as ferramentas disponíveis, o questionário *Douler Neuropathique en 4 questions* (DN4) tem sido o mais usado devido a sua praticidade de aplicação e as características psicométricas em determinar com melhor acurácia pessoas com provável dor neuropática. Apesar disso, poucos estudos avaliaram a prevalência de dor entre pessoas acometidas pela hanseníase e como ela se relaciona com a QV destes.

Como a dor crônica, especialmente a do tipo neuropática tem sido frequente nos centros de referência para a doença, conhecer o impacto dela e dos seus tipos sobre a qualidade de vida dos indivíduos acometidos é fundamental para orientar os serviços de saúde a organizar e direcionar seus esforços para proporcionar manejo adequado destes problemas e por consequência melhorar a qualidade de vida dos indivíduos.

Assim, este estudo investigou a prevalência de dor crônica, seus tipos e sua relação com a QV de pessoas acometidas pela hanseníase em um município do Nordeste do Brasil.

Método

Trata-se de estudo transversal de pessoas afetadas pela hanseníase em acompanhamento (tratamento ou pós-alta) no Centro de Referência para Hanseníase e Tuberculose do município de Arapiraca, Alagoas, Brasil, no período de agosto de 2018 a março de 2020. Todos os indivíduos com idade >15 anos, cujas informações se encontravam disponíveis no banco de dados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e que concordaram em participar do estudo foram incluídos. Foram excluídos os participantes com diabetes, com vírus da imunodeficiência humana (HIV), que consomem álcool em excesso, com déficit cognitivo ou condição clínica que interfira na avaliação de dor.

Assistentes de pesquisa devidamente treinados usando um questionário estruturado entrevistaram os participantes do estudo a fim de obter dados clínicos e demográficos como: município de residência, idade, sexo, escolaridade, renda, estado civil, se está em tratamento PQT ou em acompanhamento pós-alta para tratamento de reação hansênica, número de lesões cutâneas, classificação da hanseníase (paucibacilar [PB] ou multibacilar [MB]), forma clínica (segundo classificação da OMS), número de nervos afetados, grau de incapacidade, tipo de reação hansênica. Para confirmação e complemento do instrumento de coleta de dados foi realizada uma consulta a ficha de notificação compulsória, que se encontra no SINAN.

Após a obtenção dos dados clínicos e demográficos, a qualidade de vida de todos os sujeitos incluídos no estudo foi avaliada por meio da aplicação do questionário WHO-QoL-BREF, validado para o Brasil (FLECK *et al.*, 2000), o qual avalia os indivíduos em 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Os escores da escala bruta para cada domínio são mensuradas pela adição de valores de itens únicos e, em seguida, transformados em um escore de 0 a 100, onde escores mais elevados indicavam níveis mais altos de QV. Escores mais altos indicam uma QV melhor (SAVASSI *et al.*, 2014).

Em seguida, os assistentes de pesquisa estratificaram os participantes em **com** ou **sem** dor. Para os aqueles que reportaram dor, a versão Brasileira do questionário *Douler Neuropathique en 4 questions* (DN4) foi usada (BOUHASSIRA, 2005). Este instrumento é utilizado para distinguir a dor neuropática da dor não-neuropática ou ainda nociceptiva (SANTANA *et al.*, 2016); e é constituído por sete itens relacionados a sintomas e outros três com o exame físico. Cada item soma 1 se a resposta for positiva e zero se negativa, variando de um valor mínimo de zero ao máximo de 10. Valores iguais ou maiores que 4 sugerem dor neuropática.

Para identificar a prevalência de dor entre os casos de hanseníase, foram necessários incluir no estudo uma amostra de 189 participantes. A amostra foi calculada com base no número de pessoas cadastrados no SINAN nos últimos 5 anos e considerou uma prevalência de dor igual a 30%, erro amostral de 5% e o intervalo de confiança de 95%.

A sintaxe de análise da Organização Mundial da Saúde para o pacote de software *SPSS Statistics*® versão 20.0 (IBM Corporation, Armonk, NY) foi usada para calcular a pontuação de QV. O teste qui-quadrado foi usado para comparar variáveis discretas de pessoas com e sem dor. O *Teste Mann-Whitney U* foi usado para avaliar as diferenças entre os domínios da QV. Os valores de $p < 5\%$ foram considerados estatisticamente significativos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (Parecer No. 3.938.849). Os indivíduos foram informados a respeito dos objetivos da pesquisa, convidados a participar do estudo e a assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. (APÊNDICE A) O estudo seguiu todas as recomendações da Declaração de Helsinki e da Resolução do CONEP n° 466/2012.

Resultados

Cento e vinte dois indivíduos foram inscritos no estudo, dos quais 62 (50,8%) eram homens e 60 (49,2%) mulheres. A mediana de idade (IIQ) foi de 51,0 (36,0 – 63,0) e a mediana de anos de estudo foi de 4,5 (1,0 – 8,0) anos. Setenta e sete (67,5%) participantes do estudo foram classificados como tendo a classificação operacional de hanseníase multibacilar; e a forma clínica predominante foi a dimorfa, com 45 (43,7%) casos (Tabela 1).

A Tabela 1 mostra as características dos participantes do estudo e sua estratificação de acordo com a presença ou ausência de dor crônica. De modo geral, não houve diferenças entre os grupos de participantes com e sem dor, exceto para a mediana de idade, na qual pessoas reportando dor apresentaram maior mediana do que pessoas sem dor [52,0 (38,0-66,0) vs. 44,5 (26,7-60,5); $p = 0,048$].

Oitenta e quatro (68,8%) participantes relataram dor crônica. Os indivíduos com dor apresentaram menores escores de qualidade de vida do que aqueles sem dor, especialmente nos domínios físico [46,4 (35,7–57,1) vs. 66,1 (50,0–78,6); $P < 0,001$], psicológico [58,3 (45,8–70,8) vs. (68,7 (54,2–79,2); $p = 0,005$) e social [66,7 (50,0–81,2) vs. 75,0 (58,3–83,3); $p = 0,041$]] (Tabela 1).

Tabela 1. Dados sociodemográficos, clínicos e qualidade de vida das pessoas afetadas pela hanseníase no período de agosto de 2018 a julho de 2020 em Arapiraca – AL, Brasil.

Variáveis	N (122)	Dor		Valor de P
		Sim (n=84)	Não (n=38)	
Idade, mediana (IIQ)	51,0 (36,0-63,0)	52,0 (38,0-66,0)	44,5 (26,7-60,5)	0,048**
Anos de estudo (IIQ)	4,5 (1,0-8,0)	4,0 (1,0-8,0)	5,5 (1,0-9,2)	0,339**
Sexo masculino, n (%)	62 (50,8)	41 (48,8)	21 (55,3)	0,509*
Área urbana, n (%)	98 (80,3)	71 (84,5)	27 (71,1)	0,083*
Hanseníase Multibacilar, n (%)	77 (67,5)	55 (70,0)	22 (63,0)	0,477*
Forma clínica				
Indeterminada	7 (6,8)	5 (6,9)	2 (6,5)	0,903*
Tuberculóide	24 (19,7)	18 (25,4)	6 (19,4)	
Dimorfa	45 (43,7)	32 (44,4)	13 (41,9)	
Virchowiana	18 (17,5)	11 (15,3)	7 (22,6)	
Incapacidade, n (%)	109 (89,3)	76 (90,5)	33 (86,8)	0,490*
Reação hansênica, n (%)	40 (32,8)	31 (37,0)	9 (23,7)	0,164*
Reação tipo 1, n (%)	19 (47,5)	15 (50,0)	4 (44,4)	0,212*
Reação tipo 2, n (%)	14 (35,0)	12 (40,0)	2 (22,2)	
Ambas, n (%)	6 (15,0)	3 (10,0)	3 (33,3)	
Domínios WHOQoL-BREF				
Físico, mediana (IIQ)	50,0 (35,7-67,8)	46,4 (35,7-57,1)	66,1 (50,0-78,6)	<0,001**
Psicológico, mediana (IIQ)	62,5 (50,0-75,0)	58,3 (45,8-70,8)	68,7 (54,2-79,2)	0,005**
Social, mediana (IIQ)	66,6 (50,0- 83,3)	66,7 (50,0-81,2)	75,0 (58,3-83,3)	0,041**
Ambiental, mediana (IIQ)	56,2 (43,7-62,5)	53,1 (43,7-62,5)	56,2 (49,2-66,4)	0,103**

*Teste de Qui-Quadrado. **Teste de Mann-Whitney.

Com relação ao tipo de dor, 72 (85,7%) dos 84 participantes foram identificados como havendo dor neuropática; e 12 (14,3%) como dor nociceptiva. Pessoas com dor neuropática apresentaram menores escores de qualidade de vida em comparação a pessoas com dor nociceptiva, especialmente em relação ao domínio físico (Tabela 2).

Tabela 2. Escores dos domínios WHOQoL-BREF entre as pessoas afetados pela hanseníase que relataram dor no período de agosto de 2018 a julho de 2020 em Arapiraca – AL, 2021.

Domínios WHOQoL-BREF	Dor neuropática (n= 72)	Dor nociceptiva (n= 12)	Valor de p
Físico, mediana (IIQ)	46,4 (33,0-52,7)	57,1 (45,5-73,2)	0,006**
Psicológico, mediana (IIQ)	58,3 (42,7-70,8)	64,6 (58,3-75,0)	0,188**
Social, mediana (IIQ)	58,3 (50,0-75,0)	75 (60,4-83,3)	0,083**
Ambiental, mediana (IIQ)	53,1 (40,6-59,4)	59,4 (50,0-68,0)	0,070**

*Teste de Qui-Quadrado. **Teste de Mann-Whitney.

Discussão

O estudo evidenciou que a dor crônica acomete aproximadamente 70% das pessoas afetados pela hanseníase atendidos no município de Arapiraca - AL, com elevado predomínio para a dor do tipo neuropática. Os achados do estudo destacam que pessoas relatando dor crônica apresentam piores escores de qualidade de vida, especialmente para os domínios físico, psicológico e social.

A prevalência de dor crônica reportada neste estudo foi elevada e corrobora com os achados de outros estudos realizados na Etiópia (HAROUN *et al.*, 2012), Índia (THAKUR *et al.*, 2015), China (CHEN; QU; CHU, 2012) e Brasil. (REIS *et al.* 2015). O primeiro trata-se de um estudo transversal para determinar a prevalência de dor neuropática em 80 participantes afetados pela hanseníase tratados recentemente na Etiópia. Dor de qualquer tipo foi sentida por 60% dos participantes. Dor nociceptiva pura foi sentida por 43%, dor neuropática pura por 11% e dor mista por 6%. Este foi um dos primeiros estudos a diferenciar nociceptiva de neuropática em pessoas afetadas pela hanseníase. (HAROUN *et al.*, 2012).

Já na pesquisa realizada na China, num total de 275 pessoas afetadas pela hanseníase entrevistadas, 126 (45,8%) relataram apresentar sintomas sugestivos de dor neuropática, sendo considerada intensa em 70 (55,5%) indivíduos. Das 126 pessoas afetadas pela hanseníase, 109 (86,5%) afirmaram que a dor teve algum impacto em sua vida diária (CHEN; QU; CHU, 2012). Neste estudo, pessoas com dor apresentaram QV mais baixa do que aquelas sem dor, especialmente para os domínios físico, psicológico e social. Tais achados são similares ao estudo de Santos e colaboradores (2016), realizado também na Região Nordeste do Brasil, e que encontrou relação entre dor e piores escores de qualidade de vida para três dos quatro domínios do WHOQoL-Bref (SANTOS *et al.*, 2016).

No entanto, nossos achados contrastam com outro estudo realizado na região sudeste do Brasil que relatou que a dor afeta principalmente os pacientes no domínio da saúde social e psicológica (REIS *et al.*, 2013a). Talvez, os achados possam ser explicados pelo contexto epidemiológico, tais como as características dos pacientes que estão sendo inscritos nos estudos e as diferenças na cultura e contexto socioeconômico, incluindo a disponibilidade de programas de reabilitação e apoio a longo prazo. De fato, o componente histórico-cultural que associa os danos físicos da doença gera impactos diretos no componente psíquico.

Em uma pesquisa que avaliou a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de pessoas em tratamento da hanseníase em Teresina/PI, foi observado a presença de cinco determinantes para QVRS: diagnóstico tardio, formas multibacilares, reações, grau II de incapacidade no diagnóstico e preconceito (LUSTOSA *et al.*, 2011).

A prevalência da dor do tipo neuropática também foi elevada neste estudo. Estudos têm estimado que a prevalência de dor neuropática entre as pessoas afetadas pela hanseníase (em tratamento ou pós-alta) varia de 11% a 70% (CHEN; QU; CHU, 2012; HAROUN *et al.*, 2012; RAMOS *et al.*, 2014; REIS *et al.*, 2013a; SAUNDERSON; BIZUNEH; LEEKASSA, 2008; STUMP *et al.*, 2004; THAKUR *et al.*, 2015). No entanto, tais achados devem ser interpretados com cautela, uma vez que todos os estudos foram conduzidos em centros de referência, os quais são destinados ao atendimento de pacientes com mais complicações devido à doença.

A presença de dor neuropática entre pessoas acometidas pela hanseníase tem sido associada a piores escores de qualidade de vida. Estudo realizado em Sergipe demonstrou que pessoas com dor neuropática tiveram os menores escores para todos os domínios do WHOQoL-Bref, especialmente para os domínios da saúde física e psicológica (SANTOS *et al.*, 2016). No entanto, nossos achados revelaram que em Arapiraca, apesar dos menores escores de qualidade de vida estarem presentes entre as pessoas havendo dor neuropática, houve significância estatística apenas para o domínio físico.

Através desses estudos percebe-se a importância de haver um engajamento dos gestores e profissionais de saúde nesta causa já que a identificação e instituição da terapêutica precoce evita a ocorrência de deficiências que levam ao prejuízo do bem-estar dessas pessoas, uma vez que a instalação de formas graves e incapacitantes de hanseníase está intimamente relacionada à baixa qualidade de vida mesmo no indivíduo já tratado contribuindo para a perpetuação do estigma da doença.

A aplicação da ferramenta sugerida para avaliação da qualidade de vida (WHOQoL-BREF), constatou que a hanseníase causa prejuízos a rotina dos indivíduos, gerando tormentos que variam desde as queixas clínicas, como a dor cônica, com grande repercussão social e psicológica. O desenvolvimento de ações multidisciplinares com objetivo de estimular à adesão ao tratamento, diminuir a ocorrência de incapacidades e combate ao estigma social se faz necessário, a fim de minimizar os impactos da doença na qualidade de vida desses indivíduos.

Referências

BENNETT, M.I. *et al.* Using screening tools to identify neuropathic pain. **Pain**, [s. l.], v. 127, ed. 3, p. 199-203, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdor/a/hCDDDBkqkH7fGcHgqKcdYcBw/?lang=pt>. Acesso em: 21 maio 2021.

BOTTENE, I.M.C.; REIS, V.M.S. Quality of life of patients with paucibacillary leprosy. **Anais Brasileiro de Dermatologia**, [s. l.], v. 87, ed. 3, p. 408-411, mai-jun 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22714756/>. Acesso em: 21 maio 2021.

BOUHASSIRA, D. *et al.* Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). **Pain**, v. 114, n. 1-2, p. 29–36, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SINAN**; 2018. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?hanseniase/hantfse.def>. Acesso em: 05 mar. 2020.

CHEN, S.; QU, J.; CHU, T. Prevalence and characteristics of neuropathic pain in the people affected by leprosy in China. **Leprosy Review**, 83, n. 2, p. 195, 2012

FLECK, M. P.; LOUZADA S.; XAVIER, M; CHACHAMOVICH E.; VIEIRA G.; SANTOS L. *et al.* Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-BREF. **Rev Saude Publica**. v.34: p. 178–183, 2000

HAROUN, O. M.; HIETAHARJU, A.; BIZUNEH, E.; TESFAYE, F. *et al.* Investigation of neuropathic pain in treated leprosy patients in Ethiopia: a cross-sectional study. **Pain**, 153, n. 8, p. 1620-1624, 2012.

GOVINDHARAJ, P.; SRINIVASAN, S.; DARLONG, J. Quality of Life of Persons Affected by Leprosy in an Endemic District, West Bengal, India. **Indian Journal of Dermatology**, [s. l.], v. 63, ed. 6, p. 459–464, Nov-Dec 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6233046/>. Acesso em: 26 maio 2021.

LUSTOSA, A.A *et al.* The impact of leprosy on health-related quality of life. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, [s. l.], v. 44, ed. 5, p. 621-626, out 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22031079/>. Acesso em: 20 maio 2021.

RAPOSO, M. T.; NEMES, M. I. B. Assessment of integration of the leprosy program into primary health care in Aracaju, state of Sergipe, Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 45, ed. 2, 2012.

RAMOS, J. M.; ALONSO-CASTAÑEDA, B.; ESHETU, D.; LEMMA, D. *et al.* Prevalence and characteristics of neuropathic pain in leprosy patients treated years ago. **Pathogens and Global Health**, 108, n. 4, p. 186-190, 2014.

REIS, F.J.J.; GOMES, M.K.; RODRIGUES, J.; GOSLING, A.P.; FONTANA, A.P; CUNHA, A.J.L.A. Pain and Its Consequences in Quality of Life: A Study with WHOQOL-Bref in Leprosy Patients with Neuropathic Pain. **International Scholarly Research Notices**, [s. l.], v. 2013, p. e987683, 2013a. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/isrn/2013/987683/>. Acesso em: 7 jun. 2021.

SANTOS, V. S; SANTANA, J.C; CASTRO, F. D.; OLIVEIRA L.S.; SANTANA, J.C.; FEITOSA, V.L.; GURGEL, R. Q.; CUEVAS, L.E. Pain and quality of life in leprosy patients in an endemic area of Northeast Brazil: a cross-sectional study. **Infectious Diseases of Poverty**, v. 5, n. 1, p. 18, 2016.

SAUNDERSON, P.; BIZUNEH, E.; LEEKASSA, R. Neuropathic pain in people treated for multibacillary leprosy more than ten years previously. **Leprosy Review**, 79, n. 3, p. 270, 2008

STUMP, P.; BACCARELLI, R.; MARCIANO, L.; LAURIS, J. R. *et al.* Neuropathic pain in leprosy patients. **International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases**, 72, n. 2, p. 134-138, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Weekly Epidemiological Record**. 94th YEAR. Nº 35/36. Geneva – World Health Organization, 2019. P. 389–412. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326775/WER9435-36-en-fr.pdf?ua=1>. Acesso em: 23 fev. 2020.

5.2 Produto

Como produto desse presente estudo, pretende-se realizar oficinas com os profissionais da atenção básica, principalmente aqueles pertencentes a Estratégia de Saúde da Família, com o objetivo de apresentar os resultados da pesquisa e treiná-los para o diagnóstico precoce da doença, identificação e manejo dos episódios reacionais assim o surgimento de complicações e sequelas que comprometem a qualidade de vida desses indivíduos.

Durante esse treinamento, também faz necessário identificar as dificuldades em diagnosticar e tratar a dor neuropática causada pela hanseníase, bem como discutir o uso dos instrumentos de avaliação da dor durante o seguimento desses indivíduos. O projeto desta oficina será apresentado a seguir:

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL
MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – PROFSAÚDE**

ADRIANA MAIA DOMINGOS

**OFICINA: CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA QUANTO À APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA
DOR EM PESSOAS AFETADAS PELA HANSENÍASE**

Adriana Maia Domingos

Orientador: Prof. Dr. Victor Santana Santos

**MACEIÓ – AL
2021**

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL
MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – PROFSAÚDE**

ADRIANA MAIA DOMINGOS

**OFICINA: CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA QUANTO À APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA
DOR EM PESSOAS AFETADAS PELA HANSENÍASE**

Descrição da oficina elaborada discente Adriana Maia Domingos do Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE, como produto educacional para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Victor Santana Santos

**MACEIÓ – AL
2021**

SUMÁRIO

1 OFICINA: Capacitação dos profissionais de saúde da atenção primária quanto à aplicação do instrumento de avaliação da dor em pessoas acometidas pela hanseníase	04
1.1 Tipo de produto	04
1.2 Público-alvo	04
1.3 Introdução	04
1.4 Métodos	05
1.5 Participantes	05
1.6 Equipamentos e materiais didáticos	05
1.7 Programação da Oficina	05
1.8 Resultados	06
1.9 Referências	06
Apêndice	07
A) Ficha de Avaliação da Oficina	07

1. OFICINA

Capacitação dos profissionais de saúde da atenção primária quanto à aplicação do instrumento de avaliação de dor em pessoas acometidas pela hanseníase.

WORKSHOP: “Training of primary care health professionals regarding the application of the pain assessment instrument in people affected by leprosy.”

1.1 Tipo de produto

Oficina

1.2 Público-alvo

Esta oficina será destinada aos profissionais de saúde da atenção primária/estratégia de saúde da família, médicos e enfermeiros, que atuam no município de Arapiraca – AL. Esta atividade também poderá ser oferecida aos internos e residentes que estiverem acompanhando os preceptores nas atividades de estágio curricular. Estes formarão grupos específicos para a participação na oficina.

1.3 Introdução

O presente trabalho é parte integrante da dissertação de Mestrado intitulada “Classificação da dor e avaliação da qualidade de vida de pessoas acometidas pela hanseníase em uma área endêmica”, do Mestrado Profissional em Saúde da Família FIOCRUZ/UFAL.

Trata-se de uma proposta de oficina que oferece aos profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária/Estratégia de Saúde da Família uma capacitação para a utilização do instrumento de avaliação *Douler Neuropathique en 4 questions* (DN4), já validado no Brasil, cuja função é distinguir a dor neuropática da dor não-neuropática ou ainda nociceptiva. (SANTANA et al., 2016)

1.4 Objetivos

O objetivo principal deste produto é estimular os profissionais de saúde da atenção primária do município a realizar a avaliação do quadro algico, conseguindo diferenciar a dor neuropática da dor nociceptiva e a partir daí instituir o tratamento adequado de acordo com a classificação da dor, evitando as sequelas e proporcionando uma melhora nos indicadores de qualidade de vida desses indivíduos.

Espera-se que essa atividade se torne parte da agenda de educação continuada desses profissionais e que os participantes se tornem replicadores deste conhecimento adquirido.

1.5 Metodologia

Esta oficina foi construída com objetivos baseados na Taxonomia de Bloom, com a intenção de criar estruturas do processo cognitivo, tais como: lembrar, entender, aplicar, analisar, avaliar e criar (FERRAZ; BELHOT, 2011). Será necessário para sua realização um tempo médio de 240 minutos.

1.5.1 Participantes

Será feito um levantamento do número de profissionais que atuam na atenção básica, somados aos internos e residentes que estejam no estágio curricular de saúde coletiva/saúde da família. Para a composição dessa oficina, será realizada a divulgação da ação educativa entre os profissionais elegíveis, esclarecendo-se os objetivos da pesquisa. Será solicitado apoio da Secretaria Municipal de Saúde para essa divulgação e liberação dos profissionais para atividade.

1.5.2 Equipamentos e material didáticos necessários

- Computador/Notebook de uso pessoal
- Software Zoom Meeting®
- Software Google Forms®

1.5.3 Programação da oficina

A proposta do curso foi elaborada da seguinte forma: Com a duração de meio período e dividido em dois blocos de 02 horas cada, totalizando 04 horas de oficina. Em relação a modalidade do curso sugere-se que seja realizado a distância/online, em função das medidas de distanciamento social decorrentes da pandemia do COVID 19. Os módulos seriam estruturados da seguinte forma:

BLOCO 1:

1ª Atividade: Breve apresentação da pesquisa e seus resultados

Descrição: o facilitador dará início às atividades dando as boas-vindas aos participantes e agradecendo à presença de todos. Em seguida, será realizada

uma breve apresentação sobre a pesquisa realizada e os seus resultados aos participantes. Metodologia: Aula Expositiva. Duração: 05 minutos

2ª Atividade: Apresentação da oficina e da programação do dia

Descrição: o facilitador deverá, de forma breve, apresentar os objetivos da oficina e em seguida apresentar a programação do dia, disponíveis em forma de slides no programa Power Point. Duração: 05 minutos.

3ª Atividade: Módulo 1 – Diagnóstico, classificação e tratamento da hanseníase

Descrição: O facilitador fará uma breve exposição sobre o diagnóstico, classificação e tratamento da hanseníase, com o auxílio. Objetivo da atividade é relembrar alguns conceitos sobre a doença. Metodologia: Aula Expositiva. Duração: 40 minutos

4ª Atividade: Tira dúvidas e Encerramento do Bloco 1

Descrição: Após a apresentação da atividade 3 o facilitador irá questionar se os participantes têm alguma dúvida e após saná-las dará um intervalo de 10 minutos. Objetivo da atividade 4: compartilhar ideias entre os membros da oficina promover a construção do conhecimento coletivo; colocar os profissionais como coprodutores do seu conhecimento. Metodologia: Apresentação oral. Duração: 10 minutos

BLOCO 2:

5ª Atividade: Apresentação do Bloco 2

Descrição: O facilitador irá apresentar a programação das próximas atividade. Metodologia: Aula Expositiva. Duração: 05 minutos

6ª Atividade: Uso do Instrumento *Douler Neuropathique en 4 questions* (DN4) na atenção primária

Descrição: Nessa atividade o facilitador irá apresentar o instrumento *Douler Neuropathique en 4 questions* (DN4): o que é, qual sua finalidade, como pode ser usado na prática profissional e a importância da sua utilização. Metodologia: Aula Expositiva. Duração: 40 minutos

7ª Atividade: Troca de Experiências e Tira dúvidas

Descrição: Nesta atividade o facilitador irá abrir um espaço para que os participantes possam tirar dúvidas e relatar suas experiências durante a prática cotidiana. Objetivo da atividade 7: compartilhar idéias entre os membros da oficina promover a construção do conhecimento coletivo; colocar os profissionais como coprodutores do seu conhecimento. Metodologia: Apresentação oral. Duração: 10 minutos

8ª Atividade: Avaliação da oficina

Descrição: Será disponibilizado, no chat da reunião, um questionário simples para a avaliação da oficina, utilizando o formulário criado no software *Google Forms*® a todos os participantes (Apêndice A). Estes não serão identificados em seus questionários. Objetivos: Conseguir um feedback sobre a oficina aplicada através da exposição de pontos positivos e negativos. Duração: 5 minutos

9ª Atividade: Encerramento da Oficina

Descrição: O facilitador irá fazer um breve recordatório das atividades realizadas durante a oficina e encerrará as atividades agradecendo a presença dos participantes e convidando a todos que continuem replicando as informações adquiridas para que essa avaliação se torne parte da rotina do seguimento das pessoas afetadas pela hanseníase

3 Resultados

Esta oficina foi elaborada a fim de promover uma devolutiva às instituições que permitiram a realização desta pesquisa. Espera-se com este projeto melhorar o seguimento oferecido aos pacientes em tratamento ou pós-alta de hanseníase através da intensificação das ações propostas e formação de replicadores do conhecimento adquirido.

REFERÊNCIAS

FERRAZ, A. P. C. M; BELHOT, R. V. Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais. **Gest. Prod.** São Carlos, v. 17, n. 2, p. 421-431, 2010.

6 CONCLUSÃO

Com a realização desse estudo observou-se que mais da metade das pessoas afetadas pela hanseníase atendidos no município de Arapiraca - AL desenvolvem dor crônica com predominância da dor neuropática.

Esse achado permitiu identificar que a presença de algia compromete a qualidade de vida dessas pessoas, principalmente quando se avalia os domínios físico e psicológico. Este achado nos traz a reflexão sobre como o atraso no diagnóstico e tratamento contribui para o mal prognóstico dos casos, afetando seu bem-estar físico e psicossocial, contribuindo para a perpetuação do estigma relacionado a doença.

A adesão de um protocolo para a identificação e classificação do tipo de dor, pode reduzir as falhas em diagnosticar essa condição e evitar as sequelas da doença. O DN4, escolhido nesta pesquisa, é um instrumento de fácil aplicação que pode ser utilizado por qualquer profissional da equipe de saúde que for treinado a aplicá-lo.

Também se faz necessária uma sensibilização dos profissionais com relação a esta doença que ainda é tão negligenciada em nosso meio. Uma das estratégias seria iniciar esse processo durante a graduação, tanto pela disponibilização de disciplinas que abordem o tema de forma ampla e direta, oportunizar atividades práticas que envolvam o tema.

A principal limitação desta pesquisa, e talvez da maioria que investiga a dor, é a característica subjetiva desta queixa. Como ela possui origem multifatorial, a intensidade e característica dela não pode ser medida de forma imparcial, o que pode ocasionar uma sub ou superestimação do quadro.

REFERÊNCIAS

- BENNETT, M. The LANSS Pain Scale: the Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs. **Pain**, 92, n. 1-2, p. 147-157, 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11323136/>. Acesso em: 21 maio 2021.
- BENNETT, M.I. *et al.* Using screening tools to identify neuropathic pain. **Pain**, [s. l.], v. 127, ed. 3, p. 199-203, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdor/a/hCDDDBkqkH7fGcHgqKcdYcBw/?lang=pt>. Acesso em: 21 maio 2021.
- BHAT, R. M.; PRAKASH, C. Leprosy: An Overview of Pathophysiology. **Interdisciplinary Perspectives on Infectious Diseases**, [s. l.], v. 2012, 2012. DOI 10.1155/2012/181089.
- BOTTENE, I.M.C.; REIS, V.M.S. Quality of life of patients with paucibacillary leprosy. **Anais Brasileiro de Dermatologia**, [s. l.], v. 87, ed. 3, p. 408-411, mai-jun 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22714756/>. Acesso em: 21 maio 2021.
- BOUHASSIRA, D. *et al.* Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). **Pain**, v. 114, n. 1-2, p. 29-36, 2005.
- BOUHASSIRA, D., LANTERI-MINET, M., ATTAL, N., LAURENT, B., TOUBOUL, C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. **Pain**, 136, pp. 380-387, 2008.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SINAN**; 2018. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?hanseniase/hantfse.def>. Acesso em: 05 mar. 2020.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância e Doenças Transmissíveis. **Guia Prático sobre Hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/22/Guia-Pratico-de-Hanseniase-WEB.pdf>. Acesso em: 23 set. 2019.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Hanseníase 2020: Boletim epidemiológico especial**. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/31/Boletim-hanseniase-2020-web.pdf>. Acesso em 23 fev. 2020.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informação de Agravos de Notificação: **SINAN**. Brasília: Ministério da Saúde; 2017b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em saúde**. 2. ed. rev. Brasília, 2008. (Cadernos de Atenção Básica, n. 21) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRITTON, W. J.; LOCKWOOD, D. N. J. Leprosy. **Lancet**, v. 363, n. 9416, p. 1209–1219, 2004.

CHACHA, J.J.; PETERS L.; RIVITTI E.A.; SOTTO M.N.; LOURENÇO S.; MELNIKOV P. Sistema Nervoso Periférico e pressupostos da agressão neural na hanseníase. **An. Bras. Dermatol.** v.84(5), p.495-500, 2009.

CHEN, S.; QU, J.; CHU, T. Prevalence and characteristics of neuropathic pain in the people affected by leprosy in China. **Leprosy Review**, 83, n. 2, p. 195, 2012

COLLOCA, L.; LUDMAN, T.; BOUHASSIRA, D.; BARON, R. *et al.* Neuropathic pain. **Nature Reviews Disease Primers**, 3, n. 1, p. 1-19, 2017.

DIELEMAN, J. P.; KERKLAAN, J.; HUYGEN, F. J.; BOUMA, P. A. *et al.* Incidence rates and treatment of neuropathic pain conditions in the general population. **Pain**, 137, n. 3, p. 681-688, 2008.

FERREIRA, K. A. *et al.* Validation of brief pain inventory to Brazilian patients with pain. **Supportive Care in Cancer**, v. 19, n. 4, p. 505–511, mar. 2010.

FAYAZ, A.; CROFT, P.; LANGFORD, R.; DONALDSON, L. *et al.* Prevalence of chronic pain in the UK: a systematic review and meta-analysis of population studies. **BMJ open**, 6, n. 6, 2016.

FLECK, M. P.; LOUZADA S.; XAVIER, M; CHACHAMOVICH E.; VIEIRA G.; SANTOS L. *et al.* Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-BREF. **Rev Saude Publica**. v.34:p. 178–183, 2000

GIESEL, L. M.; PITTA, I. J. R.; DA SILVEIRA, R. C.; ANDRADE, L. R. *et al.* Clinical and neurophysiological features of leprosy patients with neuropathic pain. **The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, 98, n. 6, p. 1609-1613, 2018.

GOSLING, A. P.; KENEDI, M. D. T.; DA CUNHA, A.; REIS, F. *et al.* Characteristics of neuropathic pain after multidrug therapy in a tertiary referral centre for leprosy: a cross-sectional study in Rio de Janeiro, Brazil. **Leprosy Review**, 88, n. 1, p. 109-121, 2017.

GURUNG, P.; GOMES, C. M.; VERNAL, S.; LEEFLANG, M. M. G. Diagnostic accuracy of tests for leprosy: a systematic review and meta-analysis. **Clin Microbiol Infect.**, [s. l.], v. 25, ed. 11, p. 1315-1327, 31 Maio 2019.

HAROUN, O. M.; HIETAHARJU, A.; BIZUNEH, E.; TESFAYE, F. *et al.* Investigation of neuropathic pain in treated leprosy patients in Ethiopia: a cross-sectional study. **Pain**, 153, n. 8, p. 1620-1624, 2012.

K DAS, N. *et al.* A quality-of-life study of patients with leprosy attending the Dermatology OPD of a tertiary care center of Eastern India. **Indian Journal of Dermatology**, [s. l.], v. 65, ed. 1, p. 42-46, jan-feb 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6986124/>. Acesso em: 24 abr. 2021.

LASRY-LEVY, E.; HIETAHARJU, A.; PAI, V.; GANAPATI, R. *et al.* Neuropathic pain and psychological morbidity in patients with treated leprosy: a cross-sectional prevalence study in Mumbai. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, 5, n. 3, p. e981, 2011.

LASTÓRIA, J. C.; ABREU, M. A. M; M. Hanseníase: diagnóstico e tratamento. **Dermatologia**, [s. l.], v. 17, ed. 4, p. 173-179, 2012.

LA ROCQUE, S. Qualidade de vida em pacientes com hanseníase e a influência da atividade física na dor neuropática. 2016. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Pará, [S. l.], 2016. Disponível em: http://repositorio.ufpa.br/jspui/bitstream/2011/9089/1/Tese_QualidadeVidaPacientes.pdf. Acesso em: 4 jan. 2021.

LOESER, J. D. **Bonica's management of pain**. Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia, 2001.

LOESER, J. D.; MELZACK, R. Pain: an overview. **The Lancet**, 353, n. 9164, p. 1607-1609, 1999.

LUSTOSA, A.A *et al.* The impact of leprosy on health-related quality of life. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, [s. l.], v. 44, ed. 5, p. 621-626, out 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22031079/>. Acesso em: 20 maio 2021.

MARTINEZ, J. E.; GRASSI, D. C.; MARQUES, L. G. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. **Revista Brasileira de Reumatologia**, 51, n. 4, p. 299-308, 2011

MARTINS, M. M. F.; AQUINO, R.; PAMPONET, M. L.; JUNIOR, E. P. P.; AMORIM, L. D. A. F. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 35, n. 1, 2009.

MENDANHA, A.C.S. Frequência de dor e comprometimento ocular em pacientes portadores de hanseníase em região hiper endêmica do norte do Brasil. 2020. Tese (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins, [S. l.], 2020. Disponível em: <https://repositorio.uft.edu.br/handle/11612/2209>. Acesso em: 4 jan. 2021.

O'CONNOR, A. B.; DWORKIN, R. H. Treatment of neuropathic pain: an overview of recent guidelines. **The American Journal of medicine**, 122, n. 10, p. S22-S32, 2009.

PENNA, G.O.; PONTES, L.K. Doença infecto-contagiosa, crônica, curável, causada pelo *Mycobacterium leprae*. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** vol.38(4), 2005.

PEREIRA, H. L. A; RIBEIRO, S. L. E.; CICONELLEI; R. M.; FERNANDES, A. R. C. Avaliação por imagem do comprometimento osteoarticular e de nervos periféricos na hanseníase. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 46, supl. 1, p. 30-35, 2006.

RAICHER, I.; STUMP, P. R. N. A. G.; BACCARELLI, R.; MARCIANO, L. H. *et al.* Neuropathic pain in leprosy. **Clinics in Dermatology**, 34, n. 1, p. 59-65, 2016.

RAPOSO, M. T.; NEMES, M. I. B. Assessment of integration of the leprosy program into primary health care in Aracaju, state of Sergipe, Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 45, ed. 2, 2012.

REIS, F.J.J.; GOMES, M.K.; RODRIGUES, J.; GOSLING, A.P.; FONTANA, A.P; CUNHA, A.J.L.A. Pain and Its Consequences in Quality of Life: A Study with WHOQOL-Bref in Leprosy Patients with Neuropathic Pain. **International Scholarly Research Notices**, [s. l.], v. 2013, p. e987683, 2013a. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/isrn/2013/987683/>. Acesso em: 7 jun. 2021.

REIS, F. J. J. *et al.* Quality of life and its domains in leprosy patients after neurolysis: a study using WHOQOL-BREF. **Leprosy review**, v. 84, n. 2, p. 119–23, jun. 2013b.

REIS, F. J. J. *et al.* Psychological distress and quality of life in leprosy patients with neuropathic pain. **Leprosy review**, v. 85, n. 3, p. 186–93, set. 2014.

RENAULT, C.A.; ERNST, J.D. **Mycobacterium leprae**. In: Mandell: Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases. 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier; 2010. p. 3165-76.

SAMPAIO, S.A.P.; RIVITTI, E.A. **Dermatologia**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2007.
SANTOS, J.G; BRITO J.O; DE ANDRADE D. C.; KAZIYAMA, V.M.; FERREIRA, K.A.; SOUZA, I.; *et al.* Translation to Portuguese and validation of the Douleur Neuropathique 4 questionnaire. **J Pain**. v.11, n.5, p. 484-90, 2011.

SANTOS, V. S.; MENDONÇA-NETO, P. T.; FAKHOURI, R.; RAPOSO, O.F.F.; FEITOSA, V.L.C. Epidemiological and histopathological study of leprosy cases in the state of Sergipe, Brazil. **Indian journal of leprosy**, v. 85, n. 3, p. 93–100, 2013a.

SANTOS, V. S.; MENDONÇA-NETO, P. T.; FAKHOURI, R.; RAPOSO, O.F.F.; REIS, F.P; FEITOSA, V.L.C. Evaluation of agreement between clinical and histopathological data for classifying leprosy. **International journal of infectious diseases: IJID: official publication of the International Society for Infectious Diseases**, v. 17, n. 3, p. e189-92, mar. 2013b.

SANTOS, V. S.; MENDONÇA-NETO, P. T.; FAKHOURI, R.; RAPOSO, O.F.F.; REIS, F.P; FEITOSA, V.L.C. Functional Activity Limitation and Quality of Life of Leprosy Cases in an Endemic Area in Northeastern Brazil. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, v. 9, n. 7, p. e0003900, 2015.

SANTOS, V. S; SANTANA, J.C; CASTRO, F. D.; OLIVEIRA L.S.; SANTANA, J.C.; FEITOSA, V.L.; GURGEL, R. Q.; CUEVAS, L.E. Pain and quality of life in leprosy patients in an endemic area of Northeast Brazil: a cross-sectional study. **Infectious Diseases of Poverty**, v. 5, n. 1, p. 18, 2016.

SCOLLARD, D. M.; JOYCE, M. P.; GILLIS, T. P. Development of leprosy and type 1 leprosy reactions after treatment with infliximab: a report of 2 cases. **Clinical infectious diseases**, v. 43, n. 2, p. e19-22, 2006.

SERMITTIRONG, S.; VAN BRAKEL, W. H. Stigma in leprosy concepts, causes and determinants. **Leprosy review**, v. 85, n. 1, p. 36–47, mar. 2014.

SOUSA, G. S.; FERREIRA, R. L.; BRASÍLIA-XAVIER, Marília. Hanseníase e atenção primária: um estudo avaliativo sob a ótica do médico. **Revista de Salud Publica**, [s. l.], v. 20, ed. 3, p. 359-365, 2018.

SOUZA, J. B. d.; GROSSMANN, E.; PERISSINOTTI, D. M. N.; OLIVEIRA JUNIOR, J. O. d. *et al.* Prevalence of chronic pain, treatments, perception, and interference on life activities: Brazilian population-based survey. **Pain Research and Management**, 2017, 2017

THAKUR, S.; DWORKIN, R. H.; HAROUN, O. M.; LOCKWOOD, D. N. *et al.* Acute and chronic pain associated with leprosy. **Pain**, 156, n. 6, p. 998-1002, 2015.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**, v. 41, n. 10, p. 1403–9., 1995.

TOH, H.-S.; MAHARJAN, J.; THAPA, R.; NEUPANE, K. D. *et al.* Diagnosis and impact of neuropathic pain in leprosy patients in Nepal after completion of multidrug therapy. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, 12, n. 7, p. e0006610, 2018.

TREEDE, R.-D.; RIEF, W.; BARKE, A.; AZIZ, Q. *et al.* A classification of chronic pain for ICD-11. **Pain**, 156, n. 6, p. 1003, 2015.

VIACAVA, F. *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, ed. 6, p. 1751-1762, junho 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/1751-1762/#>. Acesso em: 27 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guidelines for the diagnosis, treatment and prevention of leprosy**. Geneva – World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/lep/resources/9789290226383/en/>. Acesso em: 28 fev. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Weekly Epidemiological Record**. 94th YEAR. Nº 35/36. Geneva – World Health Organization, 2019. P. 389–412. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326775/WER9435-36-en-fr.pdf?ua=1>. Acesso em: 23 fev. 2020.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.) Para adultos

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa **Dor, limitação funcional e qualidade de vida em pessoas afetadas pela hanseníase em Arapiraca, Alagoas, Brasil**, do pesquisador Prof. Dr. Victor Santana Santos. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

1. O estudo se destina a identificar a prevalência de dor, os fatores associados para sua ocorrência e a sua associação com a limitação funcional e qualidade de vida das pessoas que tem ou tiveram hanseníase aqui no município de Arapiraca.

2. A importância deste estudo é a de conhecer a prevalência de dor (e de seus tipos), os fatores que determinam a ocorrência dela e como a dor está interferindo a limitação funcional e a qualidade de vida das pessoas que tem ou tiveram hanseníase. Ao se conhecer estas questões importantes, melhorias podem ser realizadas nos serviços de saúde para fácil e rápida detecção, tratamento precoce (mais cedo) e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida das pessoas.

3. Os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: a) Identificar a prevalência de dor; b) Conhecer os fatores clínicos e demográficos associados a ocorrência de dor; c) Conhecer como a dor pode interferir na limitação funcional e qualidade de vida das pessoas que têm ou tiveram hanseníase.

4. A coleta de dados começará em agosto de 2018 e terminará em agosto/2020.

5. O estudo será feito da seguinte maneira: Primeiramente, todas as pessoas que têm ou tiveram hanseníase do município de Arapiraca estão sendo convidadas a participar do estudo. Um assistente de pesquisa explicará os objetivos do estudo, e se você aceitar em participar, ele fará algumas perguntas usando um questionário. Esse questionário possui perguntas sobre sua condição social e econômica e sobre sua condição de saúde. Em seguida, vou fazer algumas perguntas sobre suas atividades no dia a dia e sobre sua qualidade de vida. Para isso vou usar questionários já previamente validados. Caso necessário, vou aplicar um outro questionário para conhecer melhor características de sua dor. Por último, seu prontuário será consultado para completar as informações necessárias.

6. A sua participação será na seguinte etapa: respondendo um instrumento de coleta de dados que será aplicado por mim e que terá duração de 20 min.

7. Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental são: desconforto e/ou certo constrangimento ao responder perguntas pessoais sobre sua condição socioeconômica e de saúde. No entanto, vou minimizar tais riscos ao realizar essa entrevista em local reservado e calmo.

8. Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente são: sua participação será importante para conhecer a prevalência de dor, os fatores de risco (clínicos e sociais) para sua ocorrência e como a dor pode interferir na limitação

funcional e qualidade de vida das pessoas que tem ou tiveram hanseníase. Isso vai ajudar a estabelecer melhorias no atendimento futuro de pessoas que tenham essa condição, pois os dados serão fornecidos de modo em conjunto e que não identificam o senhor(a) a secretaria de saúde.

9. Você poderá contar com a seguinte assistência: esclarecimento de qualquer dúvida referente a pesquisa, e encaminhamento para o serviço especializado de tratamento em saúde, sendo responsável por ela o Prof. Victor Santos (UFAL).

10. Você será informado(a) do resultado do projeto e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

11. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

12. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização.

13. Incentivos: Não existem incentivos financeiros ou pagamentos para a participação no estudo. Todos os materiais utilizados são gratuitos e, portanto, você não terá que pagar por qualquer um dos serviços. Ou seja, o estudo não acarretará nenhuma despesa para você.

14. Você será indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa (nexo causal).

15. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

Eu,
tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço responsável pela pesquisa:

Instituição: Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Campus Arapiraca

Endereço: Rodovia AL-115. Bom Sucesso.

Cidade/CEP: Arapiraca-AL. CEP: 57309-005

Telefone: (82) 34821843 ou (79) 9 9990-4155

Ponto de referência: Campus UFAL Arapiraca

Contato de urgência: Sr(a). Victor Santana Santos

Endereço: Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Campus Arapiraca

Complemento: Rodovia AL-115. Bom Sucesso.

Cidade/CEP: Arapiraca-AL. CEP: 57309-005
Telefone: (82) 34821843 (79) 9 9990-4155

Atenção: *O Comitê de ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:*

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas
Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões,
Cidade Universitária

Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 às 12:00hs.

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Arapiraca, ____ de _____ de _____.

Assinatura ou impressão datiloscópica d (o, a) voluntári (o, a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas	Nome e Assinatura do Pesquisador pelo estudo (Rubricar as demais páginas)
--	---

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.) Para Pais e/ou Responsáveis

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa **Dor, limitação funcional e qualidade de vida em pessoas afetadas pela hanseníase em Arapiraca, Alagoas, Brasil**, do pesquisador Prof. Dr. Victor Santana Santos. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

1. O estudo se destina a identificar a prevalência de dor, os fatores associados para sua ocorrência e a sua associação com a limitação funcional e qualidade de vida das pessoas que têm ou tiveram hanseníase aqui no município de Arapiraca.

2. A importância deste estudo é a de conhecer a prevalência de dor (e de seus tipos), os fatores que determinam a ocorrência dela e como a dor está interferindo a limitação funcional e a qualidade de vida das pessoas que têm ou tiveram hanseníase. Ao se conhecer estas questões importantes, melhorias podem ser realizadas nos serviços de saúde para fácil e rápida detecção, tratamento precoce (mais cedo) e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida das pessoas.

3. Os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: a) Identificar a prevalência de dor; b) Conhecer os fatores clínicos e demográficos associados a ocorrência de dor; c) Conhecer como a dor pode interferir na limitação funcional e qualidade de vida das pessoas que têm ou tiveram hanseníase.

4. A coleta de dados começará em agosto de 2018 e terminará em agosto/2020.

5. O estudo será feito da seguinte maneira: Primeiramente, todas as pessoas que têm ou tiveram hanseníase do município de Arapiraca estão sendo convidadas a participar do estudo. Um assistente de pesquisa explicará os objetivos do estudo, e se você aceitar que seu(a) filho(a) participe, vou fazer algumas perguntas usando um questionário. Esse questionário possui perguntas sobre a condição social e econômica e sobre a condição de saúde do seu(a) filho(a). Em seguida, vou fazer algumas perguntas sobre as atividades de seu(a) filho(a) no dia a dia e sobre a qualidade de vida dele. Para isso vou usar questionários já previamente validados. Caso necessário, vou aplicar um outro questionário para conhecer melhor características da dor de seu(a) filho(a). Por último, o prontuário de seu(a) filho(a) será consultado para completar as informações necessárias.

6. A sua participação será nas seguintes etapas: autorizando a participação na pesquisa do menor sob sua responsabilidade;

7. Os incômodos e possíveis riscos à saúde física e/ou mental do menor sob sua responsabilidade são: desconforto e/ou certo constrangimento ao responder perguntas pessoais sobre sua condição socioeconômica e de saúde. No entanto, vou minimizar tais riscos ao realizar essa entrevista em local reservado e calmo.

8. Os benefícios esperados com a participação do menor sob sua responsabilidade no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente são: a participação do seu(a) filho(a) será importante para conhecer a prevalência de dor, os fatores de risco (clínicos e sociais) para sua ocorrência e como a dor pode interferir na limitação funcional e qualidade de vida das pessoas

que têm ou tiveram hanseníase. Isso vai ajudar a estabelecer melhorias no atendimento futuro de pessoas que tenham essa condição, pois os dados serão fornecidos de modo em conjunto e que não identificam o seu(a) filho(a) para a secretaria de saúde.

9. O menor sob sua responsabilidade poderá contar com a seguinte assistência: esclarecimento de qualquer dúvida referente a pesquisa, e encaminhamento para o serviço especializado de tratamento em saúde, sendo responsável por ela o Prof. Victor Santos (UFAL).

10. Você será informado(a) do resultado do projeto e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

11. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar autorizando a participação do menor sob sua responsabilidade no estudo e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

12. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação do menor sob sua responsabilidade, exceto para a equipe de pesquisa, e a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização.

13. Incentivos: Não existem incentivos financeiros ou pagamentos para a participação no estudo. Todos os materiais utilizados são gratuitos e, portanto, você não terá que pagar por qualquer um dos serviços. Ou seja, o estudo não acarretará nenhuma despesa para você.

14. Você será indenizado(a) por qualquer dano que o menor venha a sofrer com a participação na pesquisa (nexo causal).

15. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

Eu,
responsável pelo menor que foi
convidado a participar da pesquisa, tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi
informado sobre a participação no mencionado estudo e estando consciente dos direitos, das
responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a participação implicam, concordo em
autorizar a participação do menor e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE
PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço do responsável pela pesquisa:

Instituição: Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Campus Arapiraca

Endereço: Rodovia AL-115. Bom Sucesso.

Cidade/CEP: Arapiraca-AL. CEP: 57309-005

Telefone: (82) 34821843 ou (79) 9 9990-4155

Ponto de referência: Campus UFAL Arapiraca

Contato de urgência: Sr(a). Victor Santana Santos

Endereço: Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Campus Arapiraca

Complemento: Rodovia AL-115. Bom Sucesso.

Cidade/CEP: Arapiraca-AL. CEP: 57309-005

Telefone: (82) 34821843 (79) 9 9990-4155

Atenção: *O Comitê de ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:*

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas
Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões,
Cidade Universitária

Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 às 12:00hs.

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Arapiraca-AL, de

de.

Assinatura ou impressão datiloscópica d (o, a) voluntári (o, a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas	Nome e Assinatura do Pesquisador pelo estudo (Rubricar as demais páginas)

APÊNDICE C

Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (T.A.L.E.)

Certificado de assentimento para menores participantes do estudo (15 ou mais anos)

Fui convidado para participar de um estudo para conhecer a prevalência de dor entre os pacientes que tem ou tiveram hanseníase, assim como sua relação com limitação funcional e qualidade de vida. Estou ciente de que minha participação não irá gerar nenhum benefício para mim e que o meu tratamento não será com base nos questionários aplicados neste estudo. Estou ciente de que não vou receber pagamento para participar do estudo. Fui informado sobre o nome de um membro da equipe do estudo que pode ser facilmente contatado através do número e endereço que me foi dado. Eu concordo fornecer informações pessoais e de saúde com a finalidade de ajudar no tratamento de outros pacientes no futuro.

Eu li todas as informações anteriores, ou elas foram lidas para mim. Eu tive a oportunidade de fazer perguntas e as minhas perguntas foram respondidas para a minha satisfação. Autorizo voluntariamente minha participação na pesquisa. Eu entendo que eu tenho o direito de mudar de ideia e retirar-me do estudo a qualquer momento, sem afetar de modo algum a minha assistência médica. Meu pai/mãe e ou responsável foi informado e eu concordo em participar.

Nome do adolescente: _____

Nome do pai/responsável: _____

Endereço do responsável pela pesquisa:

Instituição: Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Campus Arapiraca

Endereço: Rodovia AL-115. Bom Sucesso.

Cidade/CEP: Arapiraca-AL. CEP: 57309-005

Telefone: (82) 34821843 ou (79) 9 9990-4155

Ponto de referência: Campus UFAL Arapiraca

Contato de urgência: Sr(a). Victor Santana Santos

Endereço: Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Campus Arapiraca

Complemento: Rodovia AL-115. Bom Sucesso.

Cidade/CEP: Arapiraca-AL. CEP: 57309-005

Telefone: (82) 34821843 (79) 9 9990-4155

ATENÇÃO: *O Comitê de ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências, irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:*

Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas
Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), térreo, Campus A. C.
Simões, Cidade Universitária
Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 às 12:00hs.
E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Arapiraca-AL, de

de.

Assinatura ou impressão datiloscópica d (o, a) voluntári (o, a) e rubricar as demais folhas	Nome e Assinatura do Pesquisador pelo estudo (Rubricar as demais páginas)

ANEXO 1

Instrumento de Coleta de Dados

Pesquisa: Dor, limitação funcional e qualidade de vida em pessoas afetadas pela hanseníase em Arapiraca, Alagoas, Brasil.

Responsável: Prof. Dr. Victor Santana Santos.

DADOS	
1) Nome:	
2) Município:	
3) Bairro:	4) Zona: 1 Urbana 2 Rural
5) Sexo: 1 Masculino 2 Feminino	
6) Gestante: 1 Sim 2 Não 3 Não se aplica	
7) Cor: 1 Branco 2 Preta 3 Amarelo 4 Pardo 5 Indígena	
8) Escolaridade (anos de estudo):	
9) Ocupação:	
10) N° de lesões cutâneas:	11) Classificação Operacional: 1 PB 2 MB
12) Forma clínica: 1 Indeterminada 2 Tuberculóide 3 Dimorfa 4 Lepromatosa 9 ign	
13) N° Nervos afetados:	14) Incapacidade: 1 Grau 0 2 Grau I 3 Grau II 9 ign
15) Baciloscopia: 1 Negativa 2 Positiva 3 Não realizada	
16) Sente dor? 1 Sim 2 Não	
17) Faz uso de medicação para dor? 1 Sim 2 Não	
18) Qual medicação?	
19) Foi prescrita pelo médico? 1 Sim 2 Não	
20) Uso de prednisona? 1 Sim 2 Não	

ANEXO 2

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida-WHOQoL-BREF

1- Como você avaliaria sua qualidade de vida?

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

2- Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?

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

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas semanas:

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

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

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

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

5- O quanto você aproveita a vida?

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

6- Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?

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

7- O quanto você consegue se concentrar?

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

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

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

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

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

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

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

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

11- Você é capaz de aceitar sua aparência física?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

12- Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

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

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

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

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

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

15- Quão bem você é capaz de se locomover?

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

16- Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

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

17- Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?

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

18- Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?

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

19- Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

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

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

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

21- Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

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

22- Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

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

23- Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

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

24- Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

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

25- Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

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

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

26- Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como maus humores, desespero, ansiedade, depressão?

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

ANEXO 3

Questionário para diagnóstico de Dor Neuropática – DN4

Por favor, nas quatro perguntas abaixo, complete o questionário marcando uma resposta para cada número:

ENTREVISTA DO PACIENTE

Questão 1: A sua dor tem uma ou mais das seguintes características?

	SIM	NÃO
1- Queimação		
2- Sensação de frio dolorosa		
3- Choque elétrico		

Questão 2: Há presença de um ou mais dos seguintes sintomas na mesma área da sua dor?

	SIM	NÃO
4- Formigamento		
5- Alfinetada e agulhada		
6- Adormecimento		
7- Coceira		

EXAME DO PACIENTE

Questão 3: A dor está localizada numa área onde o exame físico pode revelar uma ou mais das seguintes características?

	SIM	NÃO
8- Hipoestesia ao toque		
9- Hipoestesia a picada de agulha		

Questão 4: Na área dolorosa a dor pode ser causada ou aumentada por:

	SIM	NÃO
10- Escovação		

SCORE

0 – Para cada item negativo 1 – Para cada item positivo

Dor Neuropática: Escore total a partir de 4/10.

() Dor Nociceptiva () Dor Neuropática

ANEXO 4

Normas de Publicação da Revista de Saúde Pública

Título no idioma original do manuscrito

O artigo deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem a recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços.

Título resumido

É o título que constará no cabeçalho do artigo. Deve conter a essência do assunto em até 45 caracteres.

Descritores

Para manuscritos escritos em português ou espanhol, devem ser indicados entre 3 e 10 descritores extraídos do vocabulário “Descritores em Ciências da Saúde” (DeCS), da BVS/Bireme, no idioma original. Para manuscritos em inglês, utilizar o Medical Subject Headings (MeSH) da *National Library of Medicine* (EUA). Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos livres.

Resumo

O resumo deve ser escrito em seu idioma original. As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das categorias de artigos. Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivo do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

Estrutura do texto

Introdução – Deve relatar o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes. O objetivo do manuscrito deve estar explícito no final da introdução.

Métodos- É imprescindível a descrição clara dos procedimentos adotados, das variáveis analisadas (com a respectiva definição, se necessário) e da hipótese a ser testada. Descrever também a população, a amostra e os instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade. É necessário que haja informações sobre a coleta e o processamento de dados. Devem ser incluídas as devidas referências para as técnicas e métodos empregados,

inclusive os métodos estatísticos; é fundamental que os métodos novos ou substancialmente modificados sejam descritos, justificando-se as razões para seu uso e mencionando-se suas limitações. Os critérios éticos de pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados – É preciso que sejam apresentados em uma sequência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise.

Discussão – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os aspectos novos e importantes observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas precisam ser esclarecidas. É necessário incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As *Conclusões* devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

Referências

Listagem: As referências devem ser normatizadas de acordo com o **estilo Vancouver** – Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication, listadas por ordem de citação. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o PubMed. No caso de publicações com até seis autores, todos devem ser citados; acima de seis, devem ser citados apenas os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al.”. Sempre que possível, incluir o DOI do documento citado.

Exemplos:

Artigo de periódicos

Brüggemann OM, Osis MJD, Parpinelli MA. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. *Rev Saude Publica*. 2007;41(1):44-52. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000015>

Livro

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. Patologia do trabalho. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer Washington: National Academy Press; 2001[citado 2003 jul 13]. Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas (Citing Medicine) da National Library of Medicine, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>.

Citação no texto:

É necessário que a referência seja indicada pelo seu número na listagem, na forma de **expoente (sobrescrito)** antes da pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes ou similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado seguido do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por “e”. Nos outros casos de autoria múltipla, apresentar apenas o primeiro autor, seguido de “et al.”

Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans e Stoddart⁹, que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al.⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Tabelas

Devem ser apresentadas no final do texto, após as referências bibliográficas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve. Não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou no título. Se houver tabela extraída de outro trabalho publicado previamente, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou para sua reprodução. Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 10 colunas, dependendo da

quantidade do conteúdo de cada casela. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras e em sobrescrito.

Quadros

Diferem das tabelas por conterem texto em vez de dados numéricos. Devem ser apresentados no final do texto, após as referências bibliográficas, numerados consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citados no texto. A cada um deve-se atribuir um título breve. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé dos quadros e não no cabeçalho ou no título. Se houver quadro extraído de trabalho publicado previamente, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que o publicou para sua reprodução.

Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Elas também devem conter título e legenda apresentados em sua parte inferior. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital, preferencialmente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3D). Se houver figura extraída de trabalho publicado previamente, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou para sua reprodução.