

Avaliação da qualidade de vida e frequência de ansiedade e depressão em portadores de hanseníase**Life quality, anxiety and depression evaluation of leprosy patients**

DOI:10.34119/bjhrv3n2-134

Recebimento dos originais: 07/03/2020

Aceitação para publicação: 07/04/2020

Rayanna Souza Santos

Acadêmica de Medicina pela Universidade Tiradentes

Instituição: Universidade Tiradentes

Endereço: Avenida Adélia Franco, 3662, Luzia - Aracaju, Sergipe, CEP: 49048-010

E-mail: rayannasouza2@gmail.com

Gleide Maria Gatto Bragança

Graduada em Medicina- Mestre pela Universidade Tiradentes

Instituição: Universidade Tiradentes

Endereço: Av. Anízio Azevedo, 675, Sala 603, 13 de julho - Aracaju, Sergipe, CEP: 49020-243

E-mail: gleidegattodermato@hotmail.com

Carlos Augusto Moura Santos Filho

Acadêmico de Medicina pela Universidade Tiradentes

Instituição: Universidade Tiradentes

Endereço: Avenida Oviedo Teixeira, 800, Jardins - Aracaju, Sergipe, CEP: 49026-100

E-mail: carlosaugusto.moura@hotmail.com

RESUMO

OBJETIVOS: Avaliar a qualidade de vida e a frequência de ansiedade e depressão em portadores de hanseníase e correlacioná-las às diversas variáveis sociodemográficas e clínicas do doente. **MÉTODO:** Estudo transversal e observacional realizado em uma unidade de referência com 100 indivíduos afetados pela hanseníase. Utilizou-se um questionário sociodemográfico e clínico, o Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia (DLQI) e a Escala Hospitalar para Ansiedade e Depressão (HADS). **RESULTADOS:** Observou-se idade média de 48,2 anos (\pm 13,9), a maioria dos pacientes era do sexo masculino (59%), não trabalha (57%), com ensino fundamental incompleto (36%), multibacilar (87%) e grau de incapacidade física (GIF) I (63%). 82% dos pacientes apresentaram comprometimento da qualidade de vida. Quanto à frequência dos transtornos psiquiátricos analisados, 48% dos pacientes apresentaram ansiedade e 35% depressão. **CONCLUSÃO:** Há um grande número de pacientes com comprometimento da qualidade de vida. Além disso, a frequência de ansiedade e depressão na população com hanseníase foi maior que a média do Brasil para a população em geral.

Palavras-chave: Hanseníase; ansiedade; depressão; qualidade de vida.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Evaluate the quality of life and the frequency of anxiety and depression in leprosy patients and correlate them with the different sociodemographic and clinical variables of the patient. **METHODOLOGY:** It was held an observational cross-sectional study with 100 leprosy patients, in a referral hospital. They had answered survey about their social-demographical and clinical situation, after this the survey was analysed using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and Dermatology Life Quality Index (DLQI) as base. **RESULTS:** It was observed that the average age among the patients was 48.2 years old (\pm 13.9). Most of them were male (59%), unemployed (57%), schooling lower than high school (36%), multibacillary leprosy (87%) and physically disability (GIF I) (63%). In this survey, 82% of patients answered that life quality matter to them. Among all leprosy patients, 48% presented anxiety and 35% presented depression. **CONCLUSION:** The data show that a high number of leprosy patients care about life quality. It also shows that leprosy patients presented anxiety and depression rate higher than the average of Brazilian population.

Keywords: leprosy; anxiety; depression; life quality.

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença de caráter infectocontagioso, curso crônico, curável, com distribuição mundial, que atinge predominantemente a pele e os nervos periféricos ¹.

Em sua etiologia, encontra-se o *Mycobacterium leprae*, agente de alta infectividade, baixa patogenicidade e alto poder imunogênico ^{1,4}.

Uma classificação operacional, para fins de tratamento, reúne os doentes em dois grupos: 1) Paucibacilares (PB): imunidade celular preservada, baciloscopia negativa, teste de Mitsuda positivo, com menos de 5 lesões cutâneas e/ou um tronco nervoso comprometido (incluídas as formas indeterminada e tuberculoide); 2) Multibacilar (MB): imunidade específica ao bacilo reduzida ou ausente e baciloscopia positiva, com mais de 5 lesões cutâneas e/ou mais de um tronco nervoso comprometido (formas virchowiana e dimorfa) ^{2, 13, 16}.

A transmissão do *M. leprae* ocorre através de contato íntimo e prolongado de pessoas suscetíveis com o doente bacilífero, sobretudo do tipo multibacilar (virchowiano ou dimorfo) que ainda não foram diagnosticados e não iniciaram tratamento. O período de incubação é longo, em média, de 2 a 5 anos ^{1, 13, 14}.

Devido ao acometimento neurológico, é fundamental investigar as alterações nos nervos periféricos. Assim, deve-se classificar o grau de incapacidade da doença, que varia de 0 (zero) a II (dois). O grau 0 é determinado pelo não comprometimento neural; o grau I corresponde à diminuição ou perda de sensibilidade; e o grau II indica a presença de incapacidades e deformidades ^{2, 4, 7}.

Outro ponto determinante no curso da doença são as reações hansênicas durante as quais ocorre piora das lesões neurológicas e consequentemente aumento das incapacidades^{1, 6, 19, 20}.

A hanseníase causa grande impacto em todas as esferas da vida do seu portador, seja no ambiente de trabalho, nas relações sociais e até mesmo no âmbito familiar. Problema causado pelo impacto histórico da doença, que permanece na mentalidade da sociedade como doença mutilante e incurável, tendo como consequência rejeição, discriminação e exclusão social do doente. Além do sofrimento causado pela estigmatização da doença, as deformidades e incapacidades físicas também têm grande impacto psicossocial. Todas essas limitações levam a uma diminuição da qualidade de vida das pessoas atingidas por essa doença^{4, 9, 12, 17, 18}.

Desse modo, considerando o contexto do adoecimento psíquico dos portadores de hanseníase esse estudo se propôs a analisar a frequência de ansiedade e depressão nessa população, além da qualidade de vida.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo clínico-epidemiológico, observacional, transversal em que foram avaliados ambulatorialmente 100 pacientes que procuraram, voluntariamente, o Ambulatório de Hanseníase do Centro de Especialidades Médicas de Aracaju-SE (CEMAR) no período de julho a dezembro de 2019. Foram abordados pacientes de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos e diagnóstico de hanseníase clínico e/ou histopatológico, em tratamento com PQT ou pós-alta. A avaliação foi feita através de anamnese e análise de prontuário médico para classificar o paciente em pauci (PB) ou multibacilar (MB), grau de incapacidade física (GIF).

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aplicou-se três questionários. O primeiro para a obtenção de dados sociodemográficos e clínicos composto pelos seguintes dados: sexo, idade, ocupação atual, escolaridade, forma clínica da hanseníase e grau de incapacidade física (GIF). O segundo, para a avaliação da qualidade de vida, o Dermatology Life Quality Index (DLQI). Esse índice foi proposto por Finlay & Khan (1994) como um instrumento simplificado para ser usado na prática clínica aplicado a pacientes com doenças cutâneas. Contém 10 questões divididas em seis categorias: sintomas e sentimentos, atividades diárias, lazer, trabalho/escola, relações interpessoais e tratamento. Os escores podem se situar entre os valores de 0 a 30, foram utilizados os seguintes pontos de corte: 0 -1 ponto = sem efeito nenhum na vida do paciente, 2-5 pontos = pequeno efeito na vida do paciente; 6-10 pontos = moderado efeito na vida do paciente; 11-20 pontos = efeito importante na vida do paciente; 21-30 pontos = efeito extremamente importante na vida do paciente. O

terceiro, para avaliação de ansiedade e depressão, foi utilizado a Escala Hospitalar para Ansiedade e Depressão (HADS) que é composta por 14 itens divididos em duas subescalas: HADS-Ansiedade (HADS-A), com sete itens que avaliam ansiedade e HADS- Depressão (HADS-D), com outros sete itens que avaliam depressão. O paciente deve responder como tem se sentido na última semana, atribuindo nota de 0 (inexistente) a 3 (grave) para cada resposta. Quanto aos graus das duas doenças foram classificados como normal (0-7 pontos), leve (8-10), moderado (11-15) e grave (16-21). Os valores mais elevados indicam níveis mais altos de ansiedade e depressão. Foram adotados os pontos de corte apontados por Zigmond e Snaith (1983) e recomendados para ambas as subescalas:

- HAD-ansiedade: sem ansiedade: 0 a 8; com ansiedade: > 9;
- HAD-depressão: sem depressão: 0 a 8; com depressão: > 9.

A escala HADS foi correlacionada às diversas variáveis abordadas no questionário sociodemográfico e clínico.

A análise estatística foi processada pelo software IBM SPSS Statistics versão 22 para teste (2013).

3 RESULTADOS

Participaram do estudo 100 pacientes, com idades variando entre 18 e 79 anos, média de 48,2 (\pm 13,9) anos. A maioria era do sexo masculino (59%). Pouco mais da metade dos entrevistados relatou não trabalhar (57%). 31% são analfabetos, 36% não terminaram o ensino fundamental, 7% têm fundamental completo, 8% apresentam ensino médio incompleto, 16% têm ensino médio completo e apenas 2% têm ensino superior.

Em relação aos dados clínicos, a grande maioria dos pacientes, 87%, apresenta a forma multibacilar da hanseníase contra 13% paucibacilares. 29% apresentava grau de incapacidade física 0, 63% grau 1 e 8% grau 2. A caracterização sociodemográfica e clínica da amostra está detalhada na tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas e aspectos clínicos da população em estudo.

Características basais	N = 100
Idade (anos)	48,2 \pm 13,9
Sexo	
Feminino	41 (41)
Masculino	59 (59)
Ocupação atual	

Trabalha	43 (43)
Não trabalha	57 (57)
Escolaridade	
Analfabeto	31 (31)
Fundamental- Incompleto	36 (36)
Fundamental- Completo	7 (7)
Médio- Incompleto	8 (8)
Médio- Completo	16 (16)
Ensino superior	2 (2)
Forma clínica	
Paucibacilar	13 (13)
Multibacilar	87 (87)
Grau de incapacidade	
0	29 (29)
1	63 (63)
2	8 (8)

De acordo com o DLQI, apenas 18% da amostra estudada não apresentou comprometimento da qualidade de vida, na maioria dos pacientes (34%) foi percebido que a doença dermatológica apresentada causa importante efeito na vida do paciente. Acerca dos resultados da avaliação de ansiedade e depressão através da escala HADS, a sub escala HADS-A demonstrou que 52% dos pacientes não apresentavam ansiedade, 10% apresentavam a forma leve, 28% a moderada e 10% a grave. Já a HADS-D demonstrou que 65% dos pacientes não apresentavam depressão, 17% apresentavam a forma leve, 14% a forma moderada e 4% a forma grave.

A tabela 2 demonstra a intensidade de ansiedade e depressão da amostra e a intensidade do comprometimento da qualidade de vida.

Observou-se que entre os pacientes com ansiedade (Tabela 3), a média de idade foi de 50,7 ($\pm 12,7$) anos, a maioria era do sexo masculino (58,3%; n=28), não trabalha (68,8%; n=33), analfabeto (39,6%; n=19), multibacilar (95,8%, n=46) e tem GIF I (77,1% ; n=37).

Dentre os pacientes com depressão (Tabela 4), a média de idade foi de 52,4 anos ($\pm 10,6$), a maioria era do sexo masculino (77,1%; n=27), não trabalha (62,9%; n=22), analfabeto (48,6%; n=17), multibacilar (94,3%; n=33) e tem GIF I (82,9%; n=29).

Tabela 2. Distribuição da amostra segundo intensidade da ansiedade e depressão e intensidade do comprometimento da qualidade de vida.

Características basais	(%)n
ANSIEDADE	
Leve	10,0 (10)
Moderada	28,0 (28)
Grave	10,0(10)
DEPRESSAO	
Leve	17,0 (17)
Moderada	14,0 (14)
Grave	4,0 (4)
DLQI	
Pequeno efeito na vida do paciente	17,0 (17)
Moderado efeito na vida do paciente	27,0 (27)
Importante efeito na vida do paciente	34,0 (34)
Efeito extremamente importante na vida do paciente	4,0 (4)

Tabela 3. Associação entre ansiedade e as variáveis sociodemográficas e clínicas.

Características	Com Ansiedade (n=48)	Sem Ansiedade (n=52)	p
Idade (anos)	50,7±12,7	45,8±14,7	0,08
Sexo			0,9
Feminino	20 (41,7)	21 (40,4)	
Masculino	28 (58,3)	31 (59,6)	
Ocupação atual			0,023
Trabalha	15 (31,3)	28 (53,8)	
Não trabalha	33 (68,8)	24 (46,2)	
Escolaridade			0,348
Analfabeto	19 (39,6)	12 (23,1)	
Fundamental-Incompleto	17 (35,4)	19 (36,5)	

Fundamental- Completo	3 (6,3)	4 (7,7)	
Médio- Incompleto	2 (4,2)	6 (11,5)	
Médio- Completo	7 (14,6)	9 (17,3)	
Ensino superior	0 (0)	2 (3,8)	
Forma clínica			0,012
Paucibacilar	2 (4,2)	11 (21,2)	
Multibacilar	46 (95,8)	41 (78,8)	
Grau de incapacidade			<0,0001
0	5 (10,4%)	24 (46,2%)	
1	37 (77,1%)	26 (50%)	
2	6 (12,5%)	2 (3,8%)	

Tabela 4. Associação entre depressão e as variáveis sociodemográficas e clínicas.

Características	Com Depressão (n=35)	Sem Depressão (n=65)	p
Idade (anos)	52,4±10,6	45,9±15,0	0,014
Sexo			0,007
Feminino	8 (22,9)	33 (50,8)	
Masculino	27 (77,1)	32 (49,2)	
Ocupação atual			0,385
Trabalha	13 (37,1)	30 (46,2)	
Não trabalha	22 (62,9)	35 (53,8)	
Escolaridade			0,049
Analfabeto	17 (48,6)	14 (21,5)	
Fundamental- Incompleto	11 (31,4)	25 (38,5)	
Fundamental- Completo	3 (8,6)	4 (6,2)	
Médio- Incompleto	2 (5,7)	6 (9,2)	
Médio- Completo	2 (5,7)	14 (21,5)	
Ensino superior	0 (0)	2 (3,1)	
Forma clínica			0,132

Paucibacilar	2 (5,7)	11 (16,9)	
Multibacilar	33 (94,3)	54 (83,1)	
Grau de incapacidade			0,0003
0	2 (5,7)	27 (41,5)	
1	29 (82,9)	34 (52,3)	
2	4 (11,4)	4 (6,2)	

4 DISCUSSÃO

A maioria dos pacientes deste estudo é do sexo masculino e com baixa escolaridade. Esses achados podem ser explicados pela maior incidência de hanseníase em homens e pessoas com baixo nível de escolaridade no país ^{5, 12, 23, 24}.

A idade média encontrada foi de 48,2 anos semelhante ao exposto em outros estudos ^{12, 23, 24}. Os dados desse estudo confluíram com outros onde a maioria dos pacientes não trabalha ^{12, 26}. Em relação às características clínicas, houve predomínio dos indivíduos classificados operacionalmente em multibacilar (87%), resultado concordante com outros estudos encontrados na literatura ^{12, 17, 26, 27}.

Dados acerca do GIF obtidos nesta pesquisa apontam que o grau I (63%) foi o mais prevalente na amostra. Dado condizente com outro estudo realizado no mesmo estado ²⁹ e com diversos estudos realizados em locais direferentes ^{12 17, 26, 28}. O predomínio de pacientes com incapacidades físicas demonstra atraso no diagnóstico e tratamento da hanseníase e também das reações hansênicas que invariavelmente levam a uma piora das lesões neurológicas e conseqüentemente aumento das incapacidades ¹⁹.

Nesse estudo, percebeu-se que a grande maioria dos pacientes apresentou algum nível de comprometimento de qualidade de vida (82%). Outros estudos apresentaram os mesmos resultados ^{12, 17}.

Segundo Corrêa et al.¹² a depressão é o distúrbio psiquiátrico mais comum entre os pacientes com hanseníase, no entanto, no presente estudo a ansiedade mostrou-se mais prevalente quando comparada à depressão, 48% dos pacientes apresentaram escores indicativos de ansiedade e 35% de depressão.

Os pacientes com ansiedade apresentaram uma média de idade de 50,7 (\pm 12,7) anos, não havendo relevância nessa correlação ($p = 0,08$). Sabe-se que na população em geral, os transtornos de ansiedade prevalecem nas mulheres, porém, nesse estudo não houve diferença relevante entre os sexos ($p = 0,9$).

A presença de ansiedade esteve relacionada à ocupação atual dos doentes ($p = 0,023$), 68,8% dos ansiosos não trabalhavam. Nesse estudo, a baixa escolaridade não esteve associada à ansiedade ($p = 0,348$) respectivamente.

A correlação significativa entre ansiedade com a forma clínica ($p = 0,012$), indicou que os multibaciares foram os mais afetados. Há forte associação entre ansiedade o grau de incapacidade física ($p < 0,0001$).

Com relação à depressão, os pacientes desse grupo apresentaram uma média de idade ($52,4 \pm 10,6$ anos) significativamente maior ($p = 0,014$) do que aqueles que não apresentaram depressão ($45,9 \pm 15,0$ anos). O estudo de Gaudenci²⁷ demonstrou achado semelhante.

Embora a literatura indique que o sexo mais propenso à depressão é o feminino, no presente estudo foi identificado que 77,1% dos pacientes com depressão eram homens e 22,9% mulheres ($p = 0,007$), tal achado pode ser justificado pela maior parte da amostra do estudo ser composta por homens, que é o sexo mais acometido pela hanseníase. Outros estudos chegaram ao mesmo achado¹².

62,9% dos indivíduos com depressão não trabalhavam, porém a correlação entre ambos não se mostrou relevante ($p = 0,385$), divergindo de estudos publicados, onde a depressão esteve associada à ocupação atual dos pacientes, apontando um aumento desse transtorno em desempregados, afastados do trabalho e aposentados^{12, 27}.

Já a relação entre depressão e escolaridade mostrou-se relevante ($p = 0,049$), revelando que os pacientes com depressão eram em sua maior parte analfabetos e com ensino médio incompleto.

Não houve correlação significativa entre depressão e forma clínica ($p = 0,132$). Dado convergente quando comparado ao estudo de Corrêa et al.¹².

O grau de incapacidade física esteve relacionado com a depressão nesse estudo, $p = 0,069$ e $p = 0,0003$ respectivamente. Assim, os pacientes que tiveram pelo menos um episódio de estado reacional durante a evolução clínica da doença e algum grau de incapacidade física apresentaram mais depressão. Esses dados condizem com o encontrado por Gaudenci²⁷ e divergem do estudo de Corrêa et al.¹² que não encontrou tais relações.

Uma limitação desse estudo refere-se ao uso de escalas, tais como a HADS, que permite apenas uma triagem de pacientes com ansiedade e depressão o que não substitui o diagnóstico feito por um médico ao utilizar entrevistas e critérios diagnósticos estabelecidos e consolidados.

5 CONCLUSÃO

Os dados analisados nesse estudo mostraram que pacientes com hanseníase possuem maior comprometimento de qualidade de vida e maior frequência de ansiedade e depressão e que esses transtornos se relacionam com variáveis sociodemográficas e clínicas. Neste sentido, afirma-se a necessidade de uma abordagem multidisciplinar a essa população, buscando um cuidado integral. A presença de psiquiatras e psicólogos na equipe é de fundamental importância para a detecção e tratamento precoce desses transtornos.

REFERÊNCIAS

Petri V. **Dermatologia Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Guia prático sobre a hanseníase** [acesso 11 nov. 2019]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 68 p.: il. Disponível em: World Wide Web: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/22/Guia-Pratico-deHanseniose-WEB.pdf>. ISBN 978-85-334-2542-2.

Zigmond AS, Snaith RP. **The Hospital Anxiety and Depression Scale**. Acta Psychiatrica Scandinavica 1983, 67, 361-370.

Silva PMF, Pereira LE, Ribeiro LL, *et al.* **Avaliação das limitações físicas, aspectos psicossociais e qualidade de vida de pessoas atingidas pela hanseníase**. Rev Fun Care Online. 2019 jan/mar; 11(1):211-215.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de vigilância em saúde. **Boletim Epidemiológico. Caracterização da situação epidemiológica da hanseníase e diferenças por sexo, Brasil, 2012-2016**. Bol Epidemiol. 2018; 49(4):1-12.

Lastória JC, Abreu MAMM. **Hanseníase: diagnóstico e tratamento**. Diagnóstico & Tratamento 2012; 4(17):173-177.

Lupi O, Cunha PR. **Rotinas de diagnóstico e tratamento da sociedade brasileira de dermatologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ac Farmacêutica, 2012.

Eidt LM. **Ser hanseniano: sentimentos e vivências**. Hansenologia Internationalis: Hanseníase e Outras Doenças Infecciosas 2004, 29(1):21-27.

Baialardi KS. **O estigma da hanseníase: relato de experiência em grupo com pessoas portadoras**. Hansen Int. 2007, 32(1): 27-36.

Eidt LM. **O mundo da vida do ser hanseniano: sentimentos e vivências**. [Dissertação] Porto Alegre: Faculdade de Educação da PUCRS; 2000.

Cid RDS, Guldemar GL, Souza AR, *et al.* **Percepção de usuários sobre o preconceito da hanseníase.** Rev. Rene 2012, 13(5):1004-14.

Corrêa BJ, Marciano LH, Nardi ST, *et al.* **Associação entre sintomas depressivos, trabalho e grau de incapacidade na hanseníase.** Acta Fisiátrica 2014; 21(1): 1-5.

Azulay RD, Azulay DR, Azulay-Abulafia L. **Dermatologia.** 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017

Santos AS, Castro DS, Falqueto A. **Fatores de risco para transmissão da Hanseníase.** Rev Bras Enferm 2008; 61(esp): 738-43.

Araújo, MG. **Hanseníase no Brasil.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 2003; 36(3): 373-382.

Rivitti, EA. **Dermatologia de Sampaio e Rivitti.** 4. ed. São Paulo: Editora Artes Médicas Ltda, 2018.

Martins BDL, Torres FN, Oliveira MLW. **Impacto na qualidade de vida em pacientes com hanseníase: correlação do Dermatology Life Quality Index com diversas variáveis relacionadas à doença.** An Bras Dermatol 2000; 83(1):39-43.

Lopes VAS, Rangel EM. **Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular.** Saúde em Debate 2014; 38(103): 817-829.

Ura S. **Tratamento e controle das reações hansênicas.** Hansen Int. 2007; 32(1): 67-70.

Teixeira MAG, Silveira VM, França ER. **Características epidemiológicas e clínicas das reações hansênicas em indivíduos paucibacilares e multibacilares, atendidos em dois centros de referência para hanseníase, na Cidade de Recife, Estado de Pernambuco.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 2010; 43(3):287-292.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância em saúde no Brasil 2003|2019: da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde aos dias atuais.** Bol Epidemiol [01 nov 2019]. 2019 set [01/12/2019]; 50(n.esp.):1-154. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>.

Mendonça MA, Andrade YNL, Rolim ILTP, *et al.* **Perfil epidemiológico dos contatos intradomiciliares de casos de hanseníase em capital hiperendêmica no Brasil.** Rev Fun Care Online. 2019; 11(4):873-879.

Moura ADA, Albuquerque ERO, Chaves ES, *et al.* **Perfil dos portadores de hanseníase de um centro de referência de um estado brasileiro.** Revista enfermagem Uerj 2016; 24(6): 1-6.

Budel AR, Costa CF, Pedri LE, *et al.* **Perfil dos pacientes acometidos pela hanseníase atendidos no Ambulatório de Dermatologia do Hospital Evangélico de Curitiba.** An Bras Dermatol 2011; 86(5): 942-6.

Sarmiento APA, Pereirao AM, Ribeiro F, *et al.* **Perfil epidemiológico da hanseníase no período de 2009 a 2013 no município de Montes Claros (MG).** Rev Soc Bras Clin Med 2015; 13(3): 180-4.

Gaudenci EM, Nardelli GG, Almeida Neto OP, *et al.* **Qualidade de Vida, Sintomas Depressivos e Incapacidade Física de Pacientes com Hanseníase.** Hansen Int. 2015; 40 (2): 48-58.

Gaudenci EM. **Qualidade de vida, depressão e incapacidade física de pessoas com hanseníase atendidas em uma unidade de referência.** [Dissertação] Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro; 2015.

Basso MEM, Silva RLF. **Perfil clínico-epidemiológico de pacientes acometidos pela hanseníase atendidos em uma unidade de referência.** Rev Soc Bras Clin Med. 2017; 15(1):27-32.

Santos VS, Oliveira LS, Castro FD, *et al.* **Functional activity limitation and quality of life of leprosy cases in an endemic area in northeastern Brazil.** PLoS Negl Trop Dis. 2015;9(7):e0003900.

Costa CO, Branco JC, Vieira IS. **Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos.** J. bras. psiquiatr.2019; 68(2): 92-100.

Bhatia MS, Chandra R, Bhattacharya SN, Imran M. **Morbidade psiquiátrica e padrão de disfunção em pacientes com hanseníase.** Indian J Dermatol 2006; 51: 23-5.