



SINTOMAS DEPRESSIVOS SECUNDÁRIO OU REATIVO EM ADULTOS DOENTES COM HANSENÍASE

SECONDARY OR REACTIVE DEPRESSIVE SYMPTOMS IN ADULT PATIENTS WITH LEPROSY SÍNTOMAS DEPRESIVOS SECUNDARIOS O REACTIVOS EN PACIENTES ADULTOS CON LEPROSA

Vanessa Virginia Lopes Ericeira¹, Manoel Ramos Costa Filho², Dorlene Maria Cardoso Aquino³, Maria de Fátima Lires Paiva⁴, Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa⁵, Larissa Di Leo Nogueira Costa⁶

RESUMO

Objetivo: investigar a presença dos sintomas depressivos em adultos doentes com hanseníase. **Método:** estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em dois programas de controle de hanseníase, em São Luís (MA), Brasil, com 47 pessoas com hanseníase, notificadas e em registro ativo. A coleta de dados foi realizada com um questionário (Escala CES-D) para avaliação de sintomas depressivos. Em seguida, os dados foram armazenados no software Epi-info versão 7.0, analisados, apresentados em tabelas e discutidos com a literatura. **Resultados:** a maioria dos participantes estava na fase de transição entre mania e depressão, com predominância da fase depressiva e presença discreta da ideação suicida. **Conclusão:** os sintomas depressivos secundários foram frequentes na população de estudo, havendo necessidade de novas pesquisas, principalmente no que se refere ao surgimento e desenvolvimento de abordagem multiprofissional, otimização de promoção e educação a saúde. **Descritores:** Hanseníase; Depressão Reativa; Sintomas Depressivos.

ABSTRACT

Objective: to investigate the presence of depressive symptoms in adult patients with leprosy. **Method:** descriptive study with a quantitative approach, performed in two leprosy control programs, in São Luís (MA), Brazil, with 47 people with leprosy, reported and in the active record. Data collection was performed using a questionnaire (CES-D Scale) for evaluation of depressive symptoms. The data were then stored in the Epi-Info version 7.0 software, analyzed, presented in tables and discussed with the literature. **Results:** the majority of the participants were in the transition phase between mania and depression, with predominance in the depressive phase and a discreet presence of suicidal ideation. **Conclusion:** secondary depressive symptoms were common in the study population, demonstrating the need for further studies, especially with regard to the emergence and development of a multidisciplinary approach, optimizing health promotion and education. **Descriptors:** Leprosy; Reactive Depression; Depressive Symptoms.

RESUMEN

Objetivo: investigar la presencia de síntomas depresivos en pacientes adultos con lepra. **Método:** estudio descriptivo con un enfoque cuantitativo, realizado en dos programas de control de la lepra en São Luís (MA), Brasil, con 47 personas con lepra, y se informó en el registro activo. La recolección de datos se realizó con un cuestionario (escala CES-D) para la evaluación de los síntomas depresivos. Em seguida, datos eran almacenados no software Epi-info version 7.0, bem analisado e discutido apresentados em tabelas com literatura. **Resultados:** la mayoría de los participantes estaban en transición entre la manía y la depresión, con un predominio de la fase depresiva y discreta presencia de ideación suicida. **Conclusión:** los síntomas depresivos secundarios fueron comunes en la población de estudio, existe la necesidad de una mayor investigación, especialmente en relación con la aparición y el desarrollo de un enfoque multidisciplinario, la optimización de la promoción y educación para la salud. **Descriptor:** Lepra; La Depresión Reactiva; Los Síntomas Depresivos.

¹Enfermeira, Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão/PPGENF/UFMA. São Luís (MA), Brasil. E-mail: vanessavirginia4@yahoo.com.br; ²Enfermeiro. Professor Mestre em Enfermagem em Saúde Comunitária, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão/UFMA. São Luís (MA), Brasil. Email: costa.ramos@ibest.com.br; ³Enfermeira, Professora Doutora em Patologia Humana, Departamento de Enfermagem / Programa de Pós-graduação em Saúde do Adulto e da Criança / Mestrado em Enfermagem / Mestrado Profissional em Saúde da Família, Universidade Federal do Maranhão/UFMA. São Luís (MA), Brasil. E-mail: dmcaquino@gmail.com; ⁴Enfermeira, Professora Doutora em Fisiopatologia Clínica e Experimental, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão/UFMA. São Luís (MA), Brasil. Email: fatimalires@gmail.com; ⁵Enfermeira, Professora Doutora em Biotecnologia - Renorbio, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão/UFMA. São Luís (MA), Brasil. Email: ritacarvalhal@hotmail.com; ⁶Enfermeira, Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão/UFMA. São Luís (MA), Brasil. E-mail: larissadileonc@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*, de evolução lenta que constitui sério problema de saúde pública no Brasil e no mundo, possuindo propriedade única de invasão do sistema nervoso periférico e pele.¹⁻³

Dependendo do prognóstico da doença, o portador, pode apresentar complicações, alterações físicas, além das suas condições estéticas sofrerem grandes alterações, levando o indivíduo a acreditar-se como alguém que não têm direitos ou possibilidade de ser aceito em sociedade por essa condição.³⁻⁵

Esse estigma e/ou preconceito, consequentemente ocorre por causa da hanseníase ter uma terrível imagem histórica, sendo um fenômeno global que ainda é observado tanto em países endêmicos, quanto nos não endêmicos. Suas consequências afetam o indivíduo (problemas psicológicos, familiares, sociais, profissionais, econômicos) e a eficácia das medidas de controle da hanseníase.^{6,7,8} Além disso, os aspectos clínicos da hanseníase têm estrita correlação com os fatores psicológicos típicos de doenças crônicas, em que há níveis crescentes estresse e elevada frequência de sintomatologia depressiva.^{9,10}

Sendo um problema de saúde pública que gera elevados custos, porém é tratada com descaso diante de autoridades políticas de saúde pública. A depressão é altamente prevalente, sendo este o mais comum em serviços de atenção primária, com uma prevalência de 10% a 20%, podendo acometer qualquer faixa etária.¹¹

Na depressão, segundo os critérios diagnósticos do episódio depressivo maior pelo DSM-IV, deve haver obrigatoriamente presença de humor depressivo ou anedonia durante pelo menos duas semanas, além de outros sintomas relacionados, tais como alterações psicomotoras e de sono, agitação, redução no grau de concentração, variação de peso corporal e perda de energia, sentimentos de culpa.¹¹ Possui causa multifatorial, envolvendo fatores biológicos, históricos, ambientais e psicológicos.¹² Quando surge principalmente em resposta a um estresse identificável como perdas (reações de luto, a doença, ao estigma, etc.), doença física importante (tumores cerebrais, AVC, hipo ou hipertireoidismo, LES, etc.), ou uso de drogas (reserpina, clonidina, metildopa, propranolol, promazina, hormônios tireoidianos, etc.) é classificado como depressão secundária.¹³

Não se pode mais entender a Hanseníase apenas como um bacilo, mesmo sabendo que os conhecimentos da microbiologia sejam de extrema importância, porém a compreensão do ser humano como um todo se faz necessária.^{6,8}

Partindo do pressuposto dos conflitos e do estado emocional enfrentado pelos pacientes^{10,14}, a questão central da pesquisa baseia-se na identificação dos possíveis sintomas depressivos dos mesmos, possuindo como objetivos investigar a presença dos sintomas depressivos em adultos doentes com hanseníase, além de especificamente identificar o percentual dos aspectos depressivos dos pacientes com hanseníase em relação ao sexo, idade, procedência e cor e verificar o percentual dos sintomas depressivos apresentados entre as formas clínicas, classificação operacional e grau de incapacidade da hanseníase. Dessa forma, estes aspectos são focos tão importantes quanto à terapia farmacológica. A atenção constante a esta situação em que vive o paciente é primordial para a adesão terapêutica, garantindo-lhe boa resposta a esta e evolução favorável.^{10,14}

MÉTODO

Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado no município de São Luís, com 1.097 km² de extensão e 835 km² de área e uma população de 1.014.837 habitantes. A rede de serviços municipais conta com três estabelecimentos de saúde federais, 16 estaduais, 52 municipais e 212 privados.¹⁵

O estudo foi realizado no Programa de Controle da Hanseníase (PCH) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) e do Centro de Saúde Dr. Genésio Rêgo.

A população foi constituída por todos os casos de pacientes entre os 18 aos 59 anos com hanseníase, diagnosticados e notificados pelo Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD) e do Centro de Saúde Dr. Genésio Rêgo, período de Janeiro de 2012 a Junho de 2013. A seleção dos participantes deu-se por conveniência, ou seja, tomaram-se como amostra, os elementos da população que estão mais disponíveis.

Os critérios de inclusão para a amostra foram: ser paciente do PCH do Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD) e Centro de Saúde Dr. Genésio Rêgo com idade entre 18 e 59 anos, independente do sexo, cor, procedência, forma clínica, classificação operacional ou grau de incapacidade. Para os critérios de exclusão: analfabetismo, estar

com depressão ou ter feito tratamento para depressão.

A coleta de dados foi realizada através da aplicação de questionários estruturados, validados, como também não validados com variáveis quantitativas. O questionário foi escolhido como instrumento por apresentar vantagens consideráveis para o pesquisador, tais como: obtenção de respostas em menor tempo e com maior precisão, economia de tempo e obtenção de grande número de dados, aplicação em horário favorável ao participante e garantia de anonimato do mesmo. Inicialmente, os pacientes com idade entre 18 e 59 anos, foram identificados a partir do livro de registro de casos de hanseníase. Posteriormente, durante a entrega da medicação de cada participante identificado, foram realizadas as entrevistas. Os dados foram coletados no período de Julho a setembro de 2013, a partir dos seguintes instrumentos:

- a) Formulário de coleta de dados;
- b) Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CESD);

Trata-se de um instrumento não validado, utilizado para obter as características: sócio-demográficas e aspectos clínicos; que contém as seguintes variáveis: sexo, idade, cor, procedência, forma clínica, classificação operacional, grau de incapacidade no início do tratamento, adesão ou não ao tratamento de depressão. Sendo que as informações referentes à cor, adesão ou não ao tratamento de depressão foram obtidas mediante entrevista com o participante e o restante das informações referentes às outras variáveis através do prontuário.

A escala de rastreamento populacional para depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) é um instrumento auto-aplicável de 20 itens, desenvolvido por Radloff em 1977, com a finalidade de detecção de sintomas depressivos em populações adultas. A escala compreende itens relacionados a humor, comportamento e percepção que foram considerados relevantes em estudos clínicos sobre depressão. A caracterização de humor depressivo é determinada por respostas referentes a sintomas no período correspondente à semana que precede a aplicação. Grande parte da contribuição para o desenvolvimento deste instrumento advém de outras escalas de sintomas depressivos, tais como escala de depressão de Zung, o inventário de depressão desenvolvido por Beck, a escala auto-aplicável de Raskin, a escala de depressão do Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPI e a escala de depressão de Gardner. A

CES-D vem sendo amplamente utilizada em estudos clínicos e populacionais.¹⁶

As respostas a cada uma das questões são dadas segundo a frequência com que cada sintoma esteve presente na semana precedente à aplicação do instrumento: "raramente ou nunca" corresponde a pontuação 0 (zero); "durante pouco ou algum tempo" corresponde a pontuação 1 (um); "ocasionalmente ou durante um tempo moderado" corresponde a pontuação 2 (dois); e "durante a maior parte do tempo" corresponde a pontuação 3 (três). A pontuação pode variar entre 0 (para aqueles que dizem "nada ou menos de um dia a todas as 20 perguntas" e 60 (para aqueles que dizem "5 -7 dias "ou" quase todos os dias por duas semanas "para todas as 20 questões).¹⁶

Os 20 itens na escala CESD compreendem a seguinte sintomatologia, definidos pela American Psychiatric Association Manual Diagnóstico e Estatístico (quarta edição), apresentados a seguir com as suas respectivas questões: disforia (2,4,6), anedonia (8,10), apetite (1,18), sono (5,11,19), pensamento / concentração (3, 20), inutilidade (9, 17), fadiga (7,16), agitação (12), ideação suicida (14,15).¹⁶

Foi utilizado o ponto de corte maior ou igual a 16, ou seja, pessoas que obtiverem pontuação de pelo menos 16 (dezesesseis) foi considerada a presença da sintomatologia depressiva. A validação do ponto de corte maior ou igual a 16 foi verificada através dos estudos de sensibilidade e especificidade na comparação com critérios diagnósticos estabelecidos. A validação da escala para o nosso meio foi feita por Dartiu Xavier da Silveira e Miguel R. Jorge.¹⁷

O estudo foi realizado no período de julho de 2013 a novembro de 2013 e os dados foram digitalizados no programa EPIINFO (versão 7.0), onde calculou-se os percentuais da presença dos sintomas depressivos para cada variável e não pelo total de: participantes no geral e com sintomatologia depressiva. No que se refere ao cálculo do percentual da presença dos sintomas depressivos, foi realizado o somatório da pontuação da opção marcada em cada item do questionário CES-D, em que o participante que obteve a pontuação maior ou igual a 16, considerou-se com a sintomatologia depressiva. Com relação ao percentual de cada um dos sintomas depressivos foi calculado pelo total de participantes com sintomatologia depressiva pelo número de cada questão mais frequente do questionário CES-D.

Para compreender as características da sintomatologia depressiva em que os

participantes se encontram e os sintomas que mais afligem os mesmos, ela foi organizada em 2 (dois) grupos de acordo com a frequência de cada sintoma: A e B, sendo que o grupo A é composto pelos sintomas depressivos mais frequentes e o B pelo menos frequentes; baseado nos 20 itens na escala CES-D, sendo definidos pela American Psychiatric Association Manual Diagnóstico e Estatístico. Na análise consideraram-se os números absolutos e percentuais. Os resultados foram apresentados em forma de tabelas.

Em atendimento à Resolução CNS/145 nº 466/12, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HUUFMA (CEP - HUUFMA), com o parecer nº. 326.352, CAAE: 16439313.2.0000.5086, data da relatoria: 21/06/2013.

RESULTADOS

Foram entrevistados 47 pacientes no período de Julho a setembro de 2013, diagnosticados e notificados pelo Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD) e do Centro de Saúde Dr. Genésio Rêgo, sendo que entre eles, 18 (38, 29%) apresentaram sintomas depressivos, sendo apresentado na Tabela 1.

No que se refere à faixa etária, sexo, cor e procedência foram analisados de acordo com o quantitativo de cada variável (T), onde se observou a presença da sintomatologia depressiva (F), em todos os grupos, sendo que os sintomas de depressão mais frequente foram em pacientes na faixa etária de 18 a 25 anos, sexo masculino, cor parda e procedente do município de São Luís, dados também sendo apresentandos na Tabela 1.

Tabela 1. Características demográficas dos pacientes com hanseníase que apresentaram sintomas de depressão.

Variável	T	F	%
Idade			
18 a 25 anos	10	05	50,00%
26 a 35 anos	10	04	40,00%
36 a 45 anos	11	05	45, 45%
46 a 59 anos	16	04	25,00%
Sexo			
Masculino	26	10	38,46%
Feminino	21	08	38,09%
Cor			
Preta	11	04	36,36%
Parda	29	12	41,37%
Branca	07	02	28,57%
Procedência			
São Luís	42	15	35,71%
Outros municípios do Maranhão	05	03	60,00%
Total	47	18	38,29%

Quando se considerou as variáveis clínicas, observou-se na Tabela 2 que, os participantes que apresentaram os sintomas depressivos, eram das formas tuberculóide, dimorfa e virchowiana e a forma com o maior percentual referente a sua respectiva variável foi a tuberculóide e com o maior número de casos foi a dimorfa.

Em relação à forma operacional e grau de incapacidade, também foram analisados de acordo com o quantitativo de cada variável (T), onde houve a presença desses sintomas

(F) em todos os grupos; sendo que os que obtiveram o maior percentual referente a sua respectiva variável foram a classificação operacional paucibacilar e o grau um de incapacidade física e com o maior número de casos foi a classificação operacional multibacilar e o grau zero de incapacidade física, sendo esses dados apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Características Clínicas dos pacientes com hanseníase que apresentaram sintomas de depressão significativo.

Variável	T	F	%
Forma Clínica			
Indeterminada	02	00	00%
Tuberculóide	06	04	66,67%
Dimorfa	28	11	39,28%
Virchowiana	10	03	30,00%
Classificação Operacional			
Multibacilar	39	14	35,89%
Paucibacilar	08	04	50,00%
Grau de Incapacidade			
Zero	24	09	37,50%
Um	14	06	42,85%
Dois	09	03	33,33%
Total	47	18	38,29%

O grupo A é composto pelos seguintes sintomas: anedonia, fadiga, movimentação, inutilidade e tristeza, sendo que esse grupo foi o que possuiu a sintomatologia mais frequente entre os pacientes, onde a fadiga obteve a maior frequência, demonstrando a fase de transição entre mania e depressão,

sendo observada na Tabela 3. Enquanto o grupo B é composto pelos seguintes sintomas: alterações no sono, apetite, pensamente, concentração e ideação suicida, apesar dessas características terem sido menos frequentes, obtiveram frequências relevantes, dados apresentados na Tabela 3.

Tabela 3. Sintomatologia Depressiva dos pacientes com hanseníase.

Variável	T	F	%
Grupo A			
Fadiga	18	13	72,22%
Anedonia	18	11	61,11%
Inutilidade	18	11	61,11%
Movimento (agitação)	18	11	61,11%
Disforia	18	10	55,55%
Grupo B			
Apetite	18	09	50,00%
Pensamento e Concentração	18	08	44,44%
Sono	18	09	50,00%
Ideação Suicida	18	07	38,88%

DISCUSSÃO

A hanseníase é uma doença crônica de evolução lenta e insidiosa, podendo trazer consigo limitações para o indivíduo doente, prejuízo nas relações sociais, cognição e emocional. Os problemas emocionais estão intimamente ligados à autoestima, no controle do próprio corpo, nas relações interpessoais, tendo a possibilidade de desencadear complicações como a depressão.¹⁸ Partindo desse pressuposto, o presente estudo foi concebido para investigar a presença de sintomas depressivos em uma amostra constituída por 47 pacientes portadores de hanseníase. Neste estudo, houve a presença de sintomas depressivos em 18 pacientes, representando 38, 29% da amostra concordando com o estudo realizado por Junqueira.¹⁰

Esta situação pode ser explicada pelo simples fato de que aproximadamente 30% das dermatoses estão associadas com distúrbios psiquiátricos que podem ter diversas manifestações, incluindo a depressão, sendo que na hanseníase a depressão é a desordem psiquiátrica mais comum, em que além da cronicidade, há os agravantes importantes do

estigma e dos tipos de incapacidade, que em conjunto desencadeiam ou intensificam os quadros depressivos.¹⁰

Em relação à faixa etária, sexo, cor e procedência houve a manifestação dos sintomas depressivos em todos os grupos. Este resultado está em concordância com o estudo realizado no Centro-Oeste de Minas Gerais¹⁹, pois relata que a depressão pode ocorrer tanto em homens como em mulheres, de todas as idades na fase adulta; independente da cor e procedência, em qualquer classe social, no entanto, a incidência é duas vezes maior nas mulheres do que nos homens. No que se refere ao sexo, apesar da prevalência da depressão ser maior em mulheres em relação aos homens, a presença dos sintomas depressivos em ambos os sexos nos participantes desta pesquisa pode ser justificada principalmente pelo fato de que nas mulheres as exigências dos padrões de beleza as tornam mais vulneráveis à depressão por doenças que prejudiquem a aparência principalmente e nos homens por serem afetados pelas restrições ocupacionais ou limitações financeiras, dando-lhes a sensação de impotência, apesar de haver outras causas multifatoriais que poderiam influenciar no

aparecimento desses sintomas em ambos os sexos.¹³

No que concerne aos dados clínicos da hanseníase, observou-se a presença dos sintomas depressivos em todos os grupos, com exceção, da forma clínica indeterminada, concordando com o estudo realizado no município de Belo Horizonte/MG⁶, pois, essas alterações psicológicas podem estar relacionadas ou não ao desenvolvimento do quadro da hanseníase, as condições estéticas da pessoa, a autoimagem ou as limitações que a doença pode acarretar, dependendo das características próprias do indivíduo.

Em um estudo no município de Belo Horizonte - MG⁶ há a compreensão de que a auto-imagem é a imagem que o indivíduo tem de si mesmo, como ele se considera ser, entendendo que tal consideração possa trazer determinações na sua vida, tanto nas condições de socialização, como na caracterização de sua personalidade. Esta por sua vez tende a levar o hanseniano à sua própria exclusão, principalmente se ela é desfavorável, quando, por exemplo, muitos se acham fisicamente desagradáveis, aleijados, "leprosos", "lazarentos", impedindo-os assim de utilizar seu potencialidade relacionamento de maneira satisfatória. O indivíduo pode passar a acreditar-se como alguém que não têm direitos ou possibilidades de ser aceito em sociedade pelas suas condições estéticas de apresentação. Onde há a lembrança da vivência em uma sociedade cujos valores preconizam as condições estéticas dos sujeitos e muitas vezes selecionadas pessoas e as classificam. Neste caso, dependendo da caracterização do quadro, o hanseniano não tem muitos favorecimentos, pois a apresentação de manchas no corpo, as alterações faciais e/ou musculares dos pés e das mãos, por exemplo, levam esse sujeito quase sempre a uma auto-avaliação que não lhes beneficia.⁶

Os pacientes que apresentaram necessidades, por conta da evolução da doença, de mudanças comportamentais em suas atividades de vida diária (AVD) e atividades de vida prática (AVP), tendo que enfrentar novos esquemas para realização de tarefas muitas vezes simples para outras pessoas, mas em função da Hanseníase, para esses pacientes se tornam tarefas difíceis ou até mesmo não executáveis.⁶

Em relação às características dos sintomas depressivos, observou-se que houve o predomínio do grupo A, demonstrando uma transição entre a fase de mania (movimentação) para a depressão (anedonia, fadiga, inutilidade, tristeza), com

predominância da fase depressiva, sendo que o sintoma fadiga (72,00%) foi o mais presente representando a tríade inibição global deste transtorno psiquiátrico.^{1,13}

A fase de mania, representada pelo sintoma da movimentação (agitação), pode ser explicada pelo simples fato do receio que o paciente apresenta frente à doença, pode levá-lo à dissimulação dos problemas que a Hanseníase provoca. Apresentam, assim, comportamentos de negação da doença e de suas incapacitações.¹

No que se refere à fase depressiva, onde há uma tomada consciência em relação à doença, em que o impacto negativo desta moléstia, as aflições emocionais, leva-o a desenvolver as características deste transtorno psiquiátrico. A predominância do sintoma fadiga que faz parte de umas das tríades deste transtorno, conhecida por inibição global do organismo que se manifesta como uma espécie de freio ou lentificação dos processos físicos e psíquicos em sua globalidade. Em graus variáveis, esta inibição geral torna o indivíduo apático, desinteressado, lerdo, desmotivado, com dificuldade em suportar tarefas elementares do cotidiano e com grande perda na capacidade em tomar iniciativas.^{13;14}

Enquanto a anedonia se encaixa na tríade do Estreitamento Vivencial, que representa a expressão mais adequada para a perda progressiva em sentir prazer que experimenta a pessoa deprimida, sendo que o leque de interesses e de prazeres pelas coisas da vida vai sendo cada vez menor e mais restrito, onde acaba só existindo a preocupação consigo próprio e com sua dor. Nada mais lhe dá prazer, nada mais pode motivá-lo. Neste caso, o leque do campo vivencial fica tão estreito que só cabe nele o próprio paciente com sua depressão, o restante de tudo que a vida pode oferecer não interessa mais, a própria vida parece não interessar mais.^{13,14,20}

O sentimento de culpa se encaixa na tríade do sofrimento moral ou sentimento de menos-valia, sendo considerado um fenômeno marcante e desagradável na trajetória depressiva, tratando-se de um sentimento de autodepreciação, auto-acusação, inferioridade, incompetência, pecaminosidade, culpa e rejeição, feiúra, fraqueza, fragilidade e mais um sem-número de adjetivos pejorativos, devendo ainda ser considerado o maior responsável pelo desfecho suicida das depressões severas.^{13,14,20}

O sentimento de inutilidade, fadiga, disforia, anedonia foi percebido entre seus entrevistados, sendo relacionados com a impossibilidade de se manter no trabalho ou de conseguir uma nova inserção em certa

medida com as complicações da doença - “perda de força e de sensibilidade”, “dor intensa”. Embora nesta e outras pesquisas tenham sido identificadas várias implicações dos efeitos psicossociais na hanseníase, esse aspecto é pouco considerado nos atendimentos dos programas de hanseníase e nos próprios materiais educativos.²¹

Em relação às várias condições apresentadas, concretiza-se que a presença desta sintomatologia no estudo, poderá prejudicar sua adesão terapêutica e qualidade de vida, afetando negativamente o curso da doença. Em que quando o tratamento da hanseníase é feito de forma incorreta, tende-se a piorar a condições desta doença, agravando o quadro depressivo, em que situações extremas podem ocasionar a ideação suicida, não sendo raros os doentes que cedem a esses impulsos. Neste estudo, observou-se uma presença discreta da ideação suicida (38,88%) entre os 18 participantes, chamando a atenção para a devida importância no acompanhamento da evolução dessas características depressivas.

As características descritas neste estudo não dizem respeito a todos os hansenianos, pois os mesmos podem apresentar características psicossociais diferentes, manifestando de diversas formas; porém, a atitude de profissionais e pessoas que convivem com tais pacientes pode ser determinante no sentido de apoiá-los no resguardo e garantia de que este quadro degradado não faça parte de sua vida, prevenindo, orientando e tendo considerações de que convivem com seres humanos que apresentam necessidades psicossociais tais como qualquer outra pessoa.⁶

CONCLUSÃO

A presença de uma condição de saúde no contexto não psiquiátrico, principalmente nas doenças crônicas como a hanseníase, poderá aumentar significativamente o risco da ocorrência de sintomas depressivos. A presença do estresse associado ao impacto de adoecer e as reações emocionais as alterações físicas ou estéticas proporcionadas pela doença contribuem para a incidência dos sintomas depressivos.

Foi constatada uma proporção importante de pacientes com sintomas depressivos, manifestando-se em proporções variadas em cada grupo, com exceção da forma clínica indeterminada, pois as condições clínicas, as limitações ocasionadas, o entendimento e a autoimagem são os fatores mais visíveis para a indução ou não das manifestações das características depressivas. Em relação às

tipologias da sintomatologia depressiva, observou-se que além da presença da tríade dos sintomas, há a transição entre as fases de mania e depressão, demonstrando a saída da fase de negação, onde há uma tomada consciência em relação à doença, em que o impacto negativo desta moléstia, essas aflições emocionais, leva-o a alterações psicológicas percebendo assim, a manifestação das características da fase depressiva.

Quando não há a percepção da manifestação da fase depressiva nos pacientes pelos profissionais da saúde, o estresse físico e emocional torna-se cada vez mais presente, agravando gradativamente o quadro, em que poderá haver o surgimento de tendências suicidas e não são raros os doentes que cedem a esses impulsos.

A maioria dos participantes estava na fase de transição entre mania e depressão, com predominância do sintoma fadiga e presença discreta da ideação suicida, sendo que os grupos que obtiveram os maiores percentuais foram: 18 a 25 anos, sexo masculino, cor parda, forma tuberculóide, classificação operacional paucibacilar e o grau um de incapacidade física, mostrando a necessidade de novas pesquisas com esse público-alvo, principalmente no que se refere ao surgimento e desenvolvimento de abordagem multiprofissional, otimização de promoção e educação a saúde, podendo assim, contribuir para a melhora do prognóstico da hanseníase e ao não agravamento da depressão.

REFERÊNCIAS

1. Videres ARN. Trajetória de vida de exportadores de hanseníase com histórico asilar [dissertation]. Natal (RN): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2010
2. Martins MVPS, Silva TS. Saúde pública e hanseníase na cidade de Uberlândia. Inst Geog on line [Internet]. 2011 Oct [cited 2013 Jan 20];3(7):38-52. Available from: <http://www.observatorium.ig.ufu.br/pdfs/3edicao/n7/3.pdf>
3. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica, Série A, Normas e manuais técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2010
4. Ministério da Saúde (Brasil). Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de Prevenção de Incapacidades, Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase, 3º edição, revista e ampliada. Brasília: Ministério da Saúde; 2008

5. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância da Saúde. Boletim Epidemiológico vol. 44 nº11 de 2013. Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil - análise de indicadores selecionados na última década e desafios para eliminação. Brasília: Ministério da Saúde; 2013
6. Garcia JRL, Macário DPAP, Ruiz RB, Siqueira LMS, Cara MRG. Considerações psicossociais sobre a pessoa portadora de hanseníase. In: Opromolla DVA et al. Prevenção de incapacidades e reabilitação em hanseníase. Bauru: Instituto Lauro de Souza Lima; 2003
7. Eidt LM. Ser hanseniano: sentimento e vivências. Rev Hansen Int on line [Internet]. 2004 July [cited 2013 Feb 24];29(1):21-27. Available from: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/hi/v29n1/v29n1a04.pdf>
8. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (Brasil). Cuidado e Programas Especiais. Linha de cuidado de Hanseníase. Superintendência de Atenção Primária. Coordenação de Linhas de Cuidado e Programas Especiais. Gerência de Dermatologia Sanitária. Rio de Janeiro; 2010
9. Pereira SVM, Bachion MM, Souza AGC, Vieira SMS. Avaliação da hanseníase: relato de experiência de acadêmicos de enfermagem. Rev bras enfermon line [Internet]. 2008 Nov [cited 2013 Aug 29];61(spe):774-80. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000700020
10. Junqueira AV. Aspectos psicopatológicos na hanseníase e nas reações hansênicas [dissertação]. Goiânia (GO): Mestrado em Medicina Tropical, Universidade Federal de Goiás; 2006.
11. Perito MES, Fortunato JJ. Marcadores biológicos da depressão: Uma revisão sobre a expressão de fatores neurotróficos. Revista Neurociências on line [Internet]. 2012 July [cited 2013 Apr 02];20(4):597-603. Available from: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2012/RN2004/revisao%2020%2004/730%20revisao.pdf>
12. Cade NV, Prates JG. Treinamento em solução de problemas: intervenção em mulheres com depressão. Rev Esc Enferm on line [Internet]. 2001 Sept [cited 2013 Apr 04];53(3):223-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342001000300004&script=sci_arttext
13. Figueiró JAB, Júnior, RF. Depressões em Medicina Interna e em outras condições médicas, Depressões secundárias. 2nd ed. São Paulo: Atheneu; 2004
14. Louzã N, Mário R, ELKIS H. Psiquiatria Básica. 2nd ed. Porto Alegre: Artmed; 2011
15. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão [Internet]. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2000 [cited 2012 May 12]. Available from: <http://www.ibge.gov.br>
16. Maluf TPG. Avaliação de Sintomas de Depressão e Ansiedade em uma amostra de familiares de usuários de drogas que frequentaram grupos de orientação familiar em um serviço assistencial para dependentes químicos [dissertação]. São Paulo(SP): Mestrado em Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Paulo; 2002
17. Myers JK, Weissman MM. Use of a self-report symptom scale to detect depression in a community sample. American Journal of Psychiatry on line [Internet]. 1980 Sept [cited 2013 Aug 28];137(9):1081-1084. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7425160>
18. Ministério da Saúde (BRASIL). Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o controle da hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde; 2002
19. Machado RM, Oliveira SABM, Delgado VG. Características sociodemográficas e clínicas das internações psiquiátricas de mulheres com depressão. Rev EletrEnf on line [Internet]. 2013 Jan-Mar [cited 2013 Aug 25];15(1):223-32. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v15/n1/pdf/v15n1a26.pdf>
20. Campos APF, Silva EBP; Cruz JB, editores. Técnicas comportamentais na Depressão: Fundamentos Teóricos [monografia]. Governador Valadres (MG): Universidade Vale do Rio Doce; 2009
21. Santos AK, Ribeiro APG, Monteiro S. Hanseníase e práticas da comunicação: estudo de recepção de materiais educativos em um serviço de saúde no Rio de Janeiro. Inter Com, Saúde, Educ on line [Internet]. 2012 Jan-Mar [cited 2013 Aug 29];16(40):205-18. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012000100016&script=sci_arttext

Submissão: 14/11/2015

Aceito: 08/05/2016

Publicado: 01/09/2016

Correspondência

Vanessa Virginia Lopes Ericeira
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Mestrado Acadêmico em Enfermagem
Universidade Federal do Maranhão
Cidade Universitária
Av. dos Portugueses, 1966
Bairro Bacanga
CEP 65080-805 — São Luís (MA), Brasil