

Avaliação da limitação das atividades diárias e qualidade de vida de pacientes com hanseníase submetidos à cirurgia de neurólise para tratamento das neurites

Evaluation of the limitations in daily-life activities and quality of life in leprosy patients submitted to surgical neurolysis to treat neuritis

Evaluación de las limitaciones de las actividades diarias y calidad de vida de pacientes leprosos sometidos a cirugía de neurólisis para el tratamiento de las neuritis

Felipe José Jandre dos Reis¹, Maria Kátia Gomes², Antonio José Ledo Alves da Cunha³

RESUMO | A neurólise é indicada para reduzir o sofrimento neural e impedir a instalação de sequelas e incapacidades em pacientes com hanseníase. O objetivo deste estudo foi verificar o grau de limitação das atividades e a qualidade de vida de pacientes com hanseníase submetidos a neurólise para tratamento das neurites. Participaram do estudo os pacientes submetidos à neurólise no período de 1998 a 2011. Foram coletadas informações sociodemográficas e clínicas, limitações das atividades (SALSA) e a qualidade de vida (WHOQOL-bref). As análises estatísticas incluíram a frequência, as medidas de tendência central e dispersão, os testes de *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis* e o coeficiente de correlação de *Spearman* adotando-se $p \leq 0,05$. A amostra foi composta por 36 pacientes com média de idade de 44,0 anos e 3 anos de pós-operatório. Seis pacientes apresentaram grau 0 de incapacidade; 18, grau 1 e 12, grau 2. A principal diferença da escala SALSA ocorreu entre o grau 0 (média 31,8) e o grau 1 (média 42,56). Os valores obtidos na análise do WHOQOL-bref incluíram os domínios físico (média 11,10), psicológico (média 13,41), relações sociais (média 15,15), meio ambiente (média 11,63). As facetas do WHOQOL-bref mais comprometidas foram: capacidade para o trabalho; sentimentos negativos

(psicológico); atividade sexual (relações sociais); recursos financeiros (meio ambiente). Apesar da realização da neurólise, a maior parte dos integrantes apresentou limitações nas atividades, sendo maior naqueles com incapacidades físicas. A maior insatisfação na qualidade de vida foi no domínio físico, principalmente no que se refere à dor e à necessidade de cuidados de saúde.

Descritores | hanseníase; qualidade de vida; atividades cotidianas.

ABSTRACT | Neurolysis is indicated to reduce neural suffering and to prevent sequelae and disabilities in leprosy patients. The aim of this study was to determine the degree of limitation of daily activities and quality of life in leprosy patients submitted to neurolysis for neuritis treatment. The study included patients who underwent neurolysis from 1998 to 2011. We collected demographic and clinical information, data about activity limitations (Screening of Activity Limitation and Safety Awareness [SALSA]) and quality of life (WHO Quality of Life - Short Form-26 [WHOQOL-BREF]). Statistical analyses included frequency, central tendency and dispersion measures, Mann-Whitney and Kruskal-Wallis' tests, and Spearman's correlation coefficient adopting

Estudo desenvolvido no ambulatório de dermatologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

¹Doutor em Ciências pela UFRJ; Professor do curso de Fisioterapia do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ), Programa de Pós Graduação do Departamento de Clínica Médica da UFRJ - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Doutora em Medicina; Professora Colaboradora do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFRJ - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Doutor em Medicina; Professor Titular da Faculdade de Medicina e do Curso de pós-graduação do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFRJ - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Endereço para correspondência: Felipe José Jandre dos Reis - Coordenação de Fisioterapia - Rua Prof. Carlos Wenceslau, 343 - CEP: 21715-000 - Rio de Janeiro (RJ), Brasil - E-mail: felipe.reis@ifrj.edu.br
Apresentação: dez. 2012 - Aceito para publicação: abr. 2013 - Fonte de financiamento: nenhuma - Conflito de interesse: nada a declarar - Parecer de aprovação no Comitê de Ética nº 050/08.

$p \leq 0.05$. The sample consisted of 36 patients with a mean age of 44.0 years and three years of postoperative period. Six patients had disability grade 0, 18 patients had grade 1, and 12 patients had grade 2. The main difference between the SALS scale occurred between grades 0 (mean 31.8) and 1 (mean 42.56). The results obtained in the analysis of the WHOQOL-BREF included the following domains: physical facets (mean 11.10), psychological facets (mean 13.41), social relationships (mean 15.15), and environmental facets (mean 11.63). The most affected facets of the WHOQOL-BREF were as follows: work ability (physical), negative feelings (psychological), sexual activity (social relationships), and financial resources (environmental). Despite the neurolysis, most subjects showed activity limitations, which were found to be higher in people with physical disabilities. The major dissatisfaction observed in the quality of life was in the physical domain, especially with regard to pain and the need for medical care.

Keywords | activities of daily living; leprosy; quality of life.

RESUMEN | La neurólisis es indicada para reducir el sufrimiento neural e impedir la instalación de secuelas e incapacidades en pacientes con lepra. El objetivo de este estudio fue verificar el grado de limitación de las actividades de la vida diaria y la calidad de vida de pacientes con lepra sometidos a neurólisis para el tratamiento

de las neuritis. Participaron del estudio los pacientes sometidos a neurólisis en el período de 1998 a 2011. Fueron recolectadas informaciones sociodemográficas y clínicas, limitaciones de las actividades (SALS) y la calidad de vida (WHOQOL-bref). Los análisis estadísticos incluirán la frecuencia, las medidas de tendencia central y dispersión, los tests de *Mann-Whitney*, *Kruskal-Wallis* y los coeficientes de correlación de *Spearman* adoptando $p \leq 0.05$. La muestra fue compuesta por 36 pacientes con edad media de 44,0 años y 3 años de post-operatorio. Seis pacientes presentan grado 0 de incapacidad, 18 grado 1 y 12 grado 2. La principal diferencia en la escala SALS ocurrió entre el grado 0 (media=31,8) y el grado 1 (media=42,56). Los valores obtenidos en el análisis de WHOQOL-bref incluyen los dominios físico (media 11,10); psicológico (media 13,41); relaciones sociales (media 15,15); medio ambiente (media 11,63). Las facetas del WHOQOL-bref más comprometidas fueron la capacidad para el trabajo; sentimientos negativos (psicológico); actividad sexual (relaciones sociales); recursos financieros (medio ambiente). A pesar de la realización de la neurólisis, la mayor parte de los integrantes presentaron limitaciones en las actividades, siendo mayor en aquellos con incapacidades físicas. La mayor insatisfacción en la calidad de vida fue en el dominio físico, principalmente en los que se refiere al dolor y la necesidad de cuidados de salud.

Palabras clave | lepra; calidad de vida; actividades cotidianas.

INTRODUÇÃO

A hanseníase caracteriza-se por uma infecção crônica provocada pelo *Mycobacterium leprae* que afeta principalmente a pele e os nervos periféricos¹. No Brasil, a doença é considerada um problema de saúde pública com 33.955 novos casos detectados em 2011, o que representa o segundo maior índice no mundo².

As manifestações da hanseníase dependem da imunidade celular do paciente e estão divididas em cinco grupos: dois polares e três interpolares. Em um polo encontram-se os pacientes com maior resistência ao bacilo e poucas lesões cutâneas (tuberculoide) e no outro polo, estão aqueles com deficiência da imunidade e alta carga bacteriológica (lepromatoso ou virchowiano). Entre os polos existem os tipos interpolares com respostas imunológicas instáveis (dimorfo tuberculoide ou borderline-tuberculoide; dimorfo-dimorfo ou borderline-borderline e o dimorfo-lepromatoso borderline-lepromatoso). A Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe uma classificação baseada no número de lesões cutâneas em paucibacilar (PB), com até cinco lesões, ou multibacilar (MB), com mais de seis lesões³.

O dano neural na hanseníase é o responsável pela instalação de sequelas que pode ocorrer durante o tratamento com a poliquimioterapia (PQT) ou após a cura bacteriológica³⁻⁶. Os graus de incapacidade física (GIF) indicam o

comprometimento neural dos olhos, nariz, mãos e pés sendo divididos em grau 0 (ausência de comprometimento sensitivo-motor); grau 1 (comprometimento sensitivo); grau 2 (comprometimento motor e/ou presença de sequelas)¹.

Como forma de se prevenir e tratar o comprometimento neural, a OMS recomenda a corticoterapia oral e/ou a abordagem cirúrgica para descompressão do nervo (neurólise)⁶⁻¹⁰. Até o momento, a avaliação dos resultados pós-operatórios das neurólises baseia-se na redução da dor e na função sensitivo-motora, deixando de considerar a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores e as suas expectativas, conforme proposto pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)⁹⁻¹².

Este estudo buscou identificar o grau de limitação das atividades e a qualidade de vida em pacientes submetidos à neurólise para o tratamento das neurites na hanseníase.

METODOLOGIA

O estudo transversal foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ) e registrado sob o nº 050/08.

Participaram da pesquisa pacientes com diagnóstico de hanseníase PB ou MB, submetidos à cirurgia de neurólise em qualquer tronco nervoso, com idade entre 18 e 65 anos e com mais de seis meses de pós-operatório. Foram excluídos os pacientes submetidos a outra cirurgia (correção de garras e as transferências tendinosas); em estado reacional ou com úlceras plantares e com outras doenças (diabetes, insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência coronariana, renal, hepática, HIV, psoríase, dermatite atópica e vitiligo).

Inicialmente, foram coletadas informações sociodemográficas (gênero, idade, grau de escolaridade e renda) e clínicas (tempo de alta PQT, tempo de pós-operatório, classificação operacional, grau de incapacidade atual, nervos e membros submetidos à cirurgia).

A limitação das atividades foi avaliada pelo instrumento *Screening of Activity Limitation and Safety Awareness* (SALSA), composto por 20 itens, formulado com base na CIF e validado para o português do Brasil¹². O resultado varia de 1 a 80, podendo ser estratificado em: de 10–24 (sem limitação); 25–39 (limitação leve); 40–49 (limitação moderada); 50–59 (limitação severa); 60–80 (limitação muito severa)¹².

A avaliação da qualidade de vida foi realizada com o *World Health Organization Quality of Life - Short Form-26* (WHOQOL-bref)¹⁰. Este questionário autoaplicável contém 26 perguntas, sendo 24 distribuídas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente e duas questões gerais sobre qualidade de vida e estado de saúde. Os domínios do WHOQOL-bref variam de 0 a 20 pontos e são compostos por facetas com valores de 1 a 5 em uma escala positiva do tipo *Likert*. A pontuação de cada domínio foi realizada de acordo com o algoritmo construído e padronizado pelo *WHOQOL Group* utilizando o *software* SPSS v.13.0 para *Windows*®.

Para o processamento dos dados utilizou-se o SPSS 13.0 e incluiu-se a análise de frequência, medidas de tendência central e dispersão; teste de Kolmogorov-Smirnov; teste de Mann-Whitney; teste de Kruskal-Wallis e coeficiente de correlação de Spearman com $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

Perfil sociodemográfico e clínico

Foram identificados, nos registros do hospital, 76 pacientes submetidos à neurólise dos quais 31 não foram elegíveis, uma vez que 16 não foram localizados, 2

faleceram, 8 realizaram outras cirurgias e 5 apresentavam outras doenças. Em relação às perdas, 3 não compareceram, 2 apresentavam complicações e 4 estavam com registros incompletos. O total da amostra foi de 36 sujeitos.

A idade do grupo variou de 24 a 65 anos (média=44,0; DP=11,2), o tempo de alta PQT de 2 a 24 anos (média=8,6; DP=5,9) e o tempo de pós-operatório de 1 a 8 anos (média=3,0; DP=1,5). Os dados sociodemográficos e clínicos são apresentados na Tabela 1.

Limitação das atividades e consciência de risco

Os valores da escala SALSA variaram de 24 a 70 pontos (média=40,3; DP=10,6). Do grupo de pacientes avaliados, 91,7% apresentaram escore SALSA igual ou maior que 25, indicando algum grau de limitação para as atividades. A Tabela 2 ilustra a distribuição das classificações segundo o escore SALSA.

Tabela 1. Distribuição das frequências das variáveis sociodemográficas, clínicas e pós-cirúrgicas

Variáveis	n	%	
Sociodemográficas	Gênero		
	Masculino	25	69,4
	Feminino	11	30,6
	Escolaridade		
	Fundamental	20	55,6
	Médio	16	44,4
Renda informada	≤1 salário	23	63,9
	>1 salário	13	36,1
Clínicas e pós-cirúrgicas	Classificação operacional		
	Paucibacilar	4	11,1
	Multibacilar	32	88,9
	Grau de incapacidade		
	Grau 0	6	16,7
	Grau 1	18	50,0
	Grau 2	12	33,3
	Nervos operados		
	Ulnar	25	35,7
	Mediano	8	11,4
	Fibular comum	13	18,5
	Tibial	24	34,2
	Nº de nervos operados		
	1	17	47,2
2	11	30,5	
3	5	13,9	
4	4	11,1	
Membro operado			
Membros superiores	14	38,9	
Membros inferiores	14	38,9	
Ambos	8	22,2	

Os pacientes sem incapacidades físicas (grau 0) obtiveram média 31,8 pontos (DP=5,3), enquanto aqueles com incapacidade (grau 1 ou 2) apresentaram 42,1 pontos (DP=10,6) ($p=0,01$).

Na investigação da relação do tempo de alta PQT com a escala SALSA foi observada uma correlação fraca ($r_s=0,22$) e o mesmo não foi verificado quando considerado o tempo de pós-operatório ($r_s=-0,06$).

Qualidade de vida

Na percepção da qualidade de vida (questão 1), 15 (41,7%) sujeitos relataram não estar nem satisfeitos nem insatisfeitos; 13 (36,1%), satisfeitos e 8 (22,2%), insatisfeitos. Em relação à percepção sobre o seu estado de saúde (questão 2), 18 (50%) pacientes estavam insatisfeitos.

Os sujeitos estavam mais satisfeitos com o domínio relações sociais (média=15,1; DP=3,5), seguido do psicológico (média=13,4; DP=2,7). Os domínios mais comprometidos foram o físico (média=11,1; DP=3,4) e o meio ambiente (média 11,6; DP=2,1). A percepção individual da qualidade de vida (QV geral) variou de 4,0 a 18,0 pontos com média de 11,3 pontos (DP=3,5). Os domínios físico ($r_s=0,71$; $p<0,001$) e meio ambiente ($r_s=0,56$; $p<0,001$) exerceram maior efeito sobre a percepção dos indivíduos sobre sua QV geral.

Os resultados referentes às facetas estão ilustrados na Tabela 3.

A comparação dos domínios do WHOQOL-bref de acordo com as variáveis sociodemográficas e clínicas são apresentadas nas Tabelas 4 e 5 respectivamente.

DISCUSSÃO

Atualmente existem poucas informações referentes ao impacto na vida dos pacientes submetidos às neurólises⁷. Somente um estudo qualiquantitativo avaliou a satisfação dos pacientes após a neurólise, no entanto, destacou o tipo de questionário utilizado, a ausência de caracterização da dor e de informações sobre a qualidade de vida e sobre as restrições à participação como as principais limitações da pesquisa¹³. O presente estudo abordou as atividades diárias e a qualidade de vida, utilizando dois instrumentos validados e previamente aplicados na hanseníase^{14,15}. A escolha do WHOQOL-bref se deu baseada na qualidade das características psicométricas e na confiabilidade interna^{10,16,17}.

O predomínio do gênero masculino está de acordo com os dados nacionais de referência¹⁸, sendo que 58,4% desses pacientes apresentam seqüela sensitivo-motora. Esse fato pode estar relacionado à demora dos homens a procurar os serviços de saúde devido ao receio de perder o papel de provedor da família¹⁹. A baixa escolaridade e renda encontradas no estudo também foram características observadas por Nascimento²⁰. Essas características podem estar relacionadas com o fato de que a hanseníase pode restringir as oportunidades de educação e de trabalho por preconceito e estigma²¹. Considera-se também que a baixa renda dificulte o acesso aos serviços de saúde, favorecendo a instalação do dano neural^{15,19,22}.

Nos resultados da escala SALSA, 91,7% dos sujeitos apresentaram algum grau de limitação, sendo 77,7%

Tabela 2. Distribuição das frequências dos pacientes segundo a classificação da escala SALSA

Classificação SALSA	n	%
Sem limitação	3	8,3
Limitação leve	16	44,4
Limitação moderada	12	33,3
Limitação severa	3	8,3
Limitação muito severa	2	5,6
Total	36	100

Tabela 3. Média e intervalo de confiança das facetas do WHOQOL-bref

Domínio	Facetas	Média	IC95%
Físico	Atividades da vida cotidiana	2,89	2,52-3,26
	Dependência de medicação	3,51	3,20-3,83
	Mobilidade	3,29	2,87-3,70
	Energia e fadiga	2,91	2,55-3,28
	Dor e desconforto	3,14	2,69-3,59
	Sono e repouso	2,80	2,38-3,22
	Capacidade de trabalho	2,23	1,83-2,63
Psicológico	Sentimentos positivos	2,97	2,60-3,34
	Pensar, aprender, memória	3,03	2,66-3,40
	Autoestima	3,37	2,98-3,76
	Imagem corporal e aparência	3,37	2,97-3,77
	Sentimentos negativos	2,57	2,18-2,96
Relações sociais	Espiritualidade/religião	4,09	3,79-4,38
	Relações pessoais	3,80	3,40-4,20
	Suporte (Apoio) social	4,00	3,65-4,35
Meio ambiente	Atividade sexual	3,51	3,07-3,96
	Segurança física e proteção	3,09	2,73-3,44
	Ambiente no lar	3,40	2,93-3,87
	Recursos financeiros	2,20	1,91-2,49
	Cuidados de saúde e sociais	3,00	2,66-3,34
	Aquisição de novas informações	3,26	2,85-3,66
	Recreação e lazer	2,57	2,19-2,96
Ambiente físico	3,23	2,89-3,56	
Transporte	2,57	2,19-2,96	

IC: intervalo de confiança

Tabela 4. Escores médios (desvio-padrão) do WHOQOL-bref segundo as características demográficas dos participantes

Variáveis	n	Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio Ambiente	QV geral
Gênero						
Masculino	25	10,7 (3,7)	13,4 (2,8)	14,6 (3,6)	11,1 (2,2)	10,9 (3,7)
Feminino	11	11,8 (2,9)	13,3 (2,5)	16,2 (3,1)	12,8 (1,6)	12,3 (3,0)
Valor p*		0,18	0,94	0,20	0,02	0,37
Escolaridade						
Fundamental	20	11,6 (3,7)	13,7 (2,5)	14,6 (3,9)	12,0 (2,1)	12,0 (3,3)
Médio	16	10,4 (3,1)	13,0 (2,8)	15,7 (2,9)	11,0 (2,1)	10,6 (3,8)
Valor p*		0,36	0,64	0,52	0,12	0,33
Renda informada						
≤1 salário	23	10,6 (3,3)	13,1 (2,7)	14,8 (3,8)	11,3 (1,7)	11,1 (3,6)
>1 salário	13	11,9 (3,7)	13,9 (2,7)	15,5 (2,9)	12,1 (2,8)	11,8 (3,5)
Valor p*		0,11	0,33	0,50	0,007	0,33

QV geral: percepção individual da qualidade de vida; *Teste de Mann-Whitney

Tabela 5. Escores médios (desvio-padrão) do WHOQOL-bref segundo as variáveis clínicas e pós-cirúrgicas

Variáveis	n	Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio Ambiente	QV geral
Classificação						
Paucibacilar	4	8,0 (2,3)	11,0 (1,5)	11,0 (3,5)	9,6 (1,4)	8,0 (3,2)
Multibacilar	32	11,4 (3,4)	13,7 (2,6)	15,6 (3,2)	11,8 (2,1)	11,8 (3,4)
Valor p*		0,07	0,07	0,03	0,04	0,05
GIF						
0	6	12,8 (2,9)	14,8 (1,5)	17,3 (1,6)	11,9 (2,4)	12,8 (2,9)
1	18	10,4 (3,2)	12,8 (2,7)	14,6 (4,1)	11,9 (1,9)	10,4 (3,2)
2	12	11,1 (3,9)	13,5 (2,9)	14,7 (3,0)	11,0 (2,4)	11,1 (3,9)
Valor p**		0,25	0,22	0,17	0,44	0,56
Nervos operados:						
1 nervo	17	11,4 (4,1)	13,4 (3,0)	14,5 (3,5)	11,8 (2,3)	11,5 (3,5)
2 nevos	10	10,1 (2,5)	12,6 (2,4)	11,1 (4,0)	11,1 (1,9)	10,6 (3,6)
3 nervos	5	12,8 (3,0)	15,6 (1,2)	17,6 (2,1)	12,1 (3,0)	13,2 (3,6)
4 nervos	4	9,7 (2,3)	12,3 (2,0)	14,6 (3,9)	11,5 (1,7)	10,5 (3,7)
Valor p**		0,39	0,14	0,31	0,80	0,62
Membros operados						
Membro superior	14	9,9 (2,5)	12,4 (2,5)	14,8 (3,2)	10,9 (2,0)	10,7 (3,4)
Membro inferior	14	11,8 (4,3)	14,0 (2,8)	15,3 (3,8)	12,0 (2,1)	11,5 (3,9)
Ambos	8	11,7 (3,0)	14,0 (2,4)	16,3 (3,4)	12,1 (2,4)	12,2 (3,9)
Valor p**		0,37	0,27	0,31	0,30	0,26

QV geral: percepção individual da qualidade de vida; GIF: graus de incapacidade física; *Teste de Mann-Whitney; **Teste de Kruskal-Wallis

com limitações de leve a moderada. Esse dado pode estar relacionado ao maior número de participantes do gênero masculino, MB e com graus 1 e 2 de incapacidade¹⁹.

Em relação à qualidade de vida, o domínio físico foi o mais comprometido, seguido do meio ambiente, psicológico e relações sociais. Este achado também foi observado por Costa et al.¹⁶. Considerando as facetas do

domínio físico, a “dor e desconforto” e “dependência de medicação” foram as mais comprometidas. A presença de dor tem sido uma queixa verificada em outros estudos mesmo após a alta PQT²³⁻²⁵.

No domínio meio ambiente, as maiores insatisfações foram nas facetas “recursos financeiros” e “transporte”. A satisfação com os recursos financeiros pode apresentar

relação com a capacidade de trabalho e com a escolaridade. A faceta “transporte” é dependente das condições socioeconômicas locais e da qualidade dos serviços^{26,27}.

No domínio psicológico, a presença de sentimentos negativos pode refletir a inconformação, tristeza, vergonha, insegurança e sentimento de inutilidade. A maior satisfação com a faceta “espiritualidade e crenças” está relacionada com a busca por uma forma de enfrentamento e alívio²⁸.

Nas relações sociais, a insatisfação com as atividades sexuais pode refletir o impacto que a doença tem sobre o ambiente familiar, influenciando não só a vida pública, mas também a afetiva¹⁶.

O número de nervos operados parece não exercer influência sobre a limitação das atividades e a qualidade de vida. Esses achados também estão de acordo com aqueles observados por Alencar et al.¹³.

As principais limitações do estudo estão relacionadas à ausência de medidas pré-operatórias ou de um grupo controle, assim como de informações referentes à função sensitivo-motora. Pode-se ainda citar as limitações do próprio instrumento WHOQOL-bref, que não é destinado a encontrar uma medida resumo da QV, além de não haver ponto de corte, e ainda as pessoas que não podem dizer ou escrever o que sentem (limitação do instrumento de pesquisa)¹⁰.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu verificar que, apesar da realização da neurólise para o tratamento da hanseníase, a maior parte dos integrantes apresentou limitações nas atividades, sendo maior naqueles com incapacidades físicas. Esse achado pode ter relação com o atraso no diagnóstico da doença ou a ausência de consenso do momento de indicação da cirurgia. Em relação à qualidade de vida, a maior insatisfação foi no domínio físico, principalmente no que se refere à dor e à necessidade de cuidados de saúde. Destaca-se que o acompanhamento das cirurgias de neurólise não deve limitar-se aos achados sensitivo-motores. As informações obtidas com os instrumentos SALSA e WHOQOL-bref podem contribuir para o acompanhamento pós-operatório, reabilitação e para as políticas públicas, valorizando as percepções do indivíduo.

REFERÊNCIAS

- Rodrigues LC, Lockwood DN. Leprosy now: epidemiology, progress, challenges, and research gaps. *Lancet Infect Dis*. 2011;11(6):464-70.
- Global leprosy situation. *Wkly Epidemiol Rec*. 2012;87(34):317-28.
- Lockwood DN, Sarno E, Smith WC. Classifying leprosy patients—searching for the perfect solution? *Lepr Rev*. 2007;78(4):317-20.
- Saunderson P, Bizuneh E, Leekassa R. Neuropathic pain in people treated for multibacillary leprosy more than ten years previously. *Lepr Rev*. 2008;79(3):270-6.
- Lund C, Koskinen M, Suneetha S, Lockwood DN, Haanpää M, Haapasalo H, et al. Histopathological and clinical findings in leprosy patients with chronic neuropathic pain: a study from Hyderabad, India. *Lepr Rev*. 2007;78(4):369-80.
- Haanpää M, Lockwood DN, Hietaharju A. Neuropathic pain in leprosy. *Lepr Rev*. 2004;75(1):7-18.
- Stump PR, Baccarelli R, Marciano LH, Lauris JR, Teixeira MJ, Ura S, et al. Neuropathic pain in leprosy patients. *Int J Lepr Other Mycobact Dis*. 2004;72(2):134-8.
- Van Veen NH, Schreuders TA, Theuvenet WJ, Agrawal A, Richardus JH. Decompressive surgery for treating nerve damage in leprosy. *A Cochrane review*. *Lepr Rev*. 2009;80(1):3-12.
- Husain S, Mishra B. Decompression of peripheral nerve trunks in leprosy to prevent the development and progression of deformities. *Indian J Orthop*. 2008;42(1):78-82.
- Nickerson DS, Nickerson DE. A review of therapeutic nerve decompression for neuropathy in Hansen's disease with research suggestions. *J Reconstr Microsurg*. 2010;26(4):277-84.
- Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality of life WHOQOL-bref. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):178-83.
- Farias N, Buchalla CM. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(2):187-93.
- Ebenso J, Fuzikawa P, Melchior H, Wexler R, Piefer A, Min CS, et al. The development of a short questionnaire for screening of activity limitation and safety awareness (SALSA) in clients affected by leprosy or diabetes. *Disabil Rehabil*. 2007;29(9):689-700.
- Alencar MJF, Barbosa JC, Carmelita RO, Ramos Junior AN, Schreuder PAM, Amaral RCG, et al. Satisfação de indivíduos atingidos pela hanseníase a respeito de neurólise no estado de Rondônia. *Cad Saúde Colet (Rio J)*. 2008;16(2):205-16.
- Mankar MJ, Joshi SM, Velankar DH, Mhatre RK, Nalgundwar AN. A comparative study of the quality of life, knowledge, attitude and belief about leprosy disease among leprosy patients and community members in Shantivan Leprosy Rehabilitation centre, Nere, Maharashtra, India. *J Glob Infect Dis*. 2011;3(4):378-82.
- Costa MD, Terra FS, Costa RD, Lyon S, Costa AMDD, Antunes CMF. Avaliação da qualidade de vida de pacientes em surto reacional de hanseníase tratados em centro de referência. *An Bras Dermatol*. 2012;87(1):26-35.
- Zanei SSV. Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref e SF-36: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de Unidades de Terapia Intensiva e seus familiares. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2006.
- Ministério da Saúde. Brasil. Vigilância em Saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

19. Moschioni C, Antunes CMF, Grossi MAF, Lambertucci JR. Risk factors for physical disability at diagnosis of 19,283 new cases of leprosy. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2010;43(1):19-22.
20. Nascimento AMF. Avaliação da qualidade de vida, do desempenho nas atividades diárias e da consciência de risco das pessoas acometidas pela hanseníase após a alta da poliquimioterapia padrão OMS no município de Nova Iguaçu/RJ. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2012.
21. Tsutsumi A, Izutsu T, Islam AM, Maksuda AN, Kato H, Wakai S. The quality of life, mental health, and perceived stigma of leprosy patients in Bangladesh. *Soc Sci Med.* 2007;64(12):2443-53.
22. Joseph GA, Rao PS. Impact of leprosy on the quality of life. *Bull World Health Organ.* 1999;77(6):515-7.
23. Hietaharju A, Croft R, Alam R, Birch P, Mong A, Haanpää M. Chronic neuropathic pain in treated leprosy. *Lancet.* 2000;356(9235):1080-1.
24. Hietaharju A, Bizuneh E, Tesfaye F, Brandsma JW, Haanpää M, et al. Investigation of neuropathic pain in treated leprosy patients in Ethiopia: A cross-sectional study. *Pain.* 2012;153(8):1620-4.
25. Reis FJ, Saadi LM, Gomes MK, Gosling AP, Cunha AJ. Pain in leprosy patients: shall we always consider as a neural damage? *Lepr Rev.* 2011;82(3):319-21.
26. Lustosa AA, Nogueira LT, Pedrosa JI, Teles JB, Campelo V. The impact of leprosy on health-related quality of life. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2011;44(5):621-6.
27. Proto RS, Machado Filho CDAS, Rehder JRCL, Paixão MP, Angelucci RI. Qualidade de vida em hanseníase: análise comparativa entre pacientes da região Amazônica com pacientes da região do ABC, São Paulo, Brasil. *An Bras Dermatol.* 2010;85(6):939-41.
28. Mellagi AG, Monteiro YN. O imaginário religioso de pacientes de hanseníase: um estudo comparativo entre ex-internos dos asilos de São Paulo e atuais portadores de hanseníase. *Hist ciênc saúde-Manguinhos.* 2009;16(2):489-504.