

Associação entre sintomas depressivos, trabalho e grau de incapacidade na hanseníase

Relationship between depression, work, and grade of impairment in leprosy

Bruna Janerini Corrêa¹, Lúcia Helena Soares Camargo Marciano², Susilene Tonelli Nardi³, Tatiani Marques⁴, Thássia Ferraz de Assis¹, Renata Bilion Ruiz Prado⁵

RESUMO

A depressão é o transtorno psiquiátrico mais comum na hanseníase e com alto índice de sintomas depressivos. **Objetivo:** Verificar a frequência dos sintomas depressivos e sua relação com o grau de incapacidade (GI) da OMS e variáveis sociodemográficas. **Método:** Aplicou-se um questionário, contendo aspectos sociodemográficos, clínicos e o GI. Foi aplicada a escala original do BDI para identificar a frequência dos sintomas depressivos (21 itens) e a subescala cognitiva chamada BDI-Short Form - BDI-SF (1-13 itens), recomendada para avaliar sintomas depressivos em indivíduos com diagnóstico de alguma patologia. Foi utilizada análise estatística descritiva, com distribuição de frequência para a caracterização da casuística e para o cruzamento das variáveis, foi utilizado o Teste *Chi-square-corrected* (Yates), considerando resultados significantes valor - $p < 0,05$. **Resultados:** Foram avaliados 130 pacientes que tem ou tiveram hanseníase. A idade média dos pacientes foi de 49,64 (SD 14,04). Houve predomínio do sexo masculino (64,6%), dos que vivem com familiares (87,7%), com ensino fundamental incompleto (66,2%), união civil estável (61,6%), não trabalham (75,4%) e recebem aposentadoria ou auxílio saúde (63,9%). Em relação aos aspectos clínicos, 94,5% são multibacilares, 74,6% concluíram a poliquimioterapia e a maioria apresenta perda da sensibilidade protetora e/ou deformidades (31,5% grau 1 e 37% grau 2). Dentre os casos avaliados 43,1% apresentou sintomas depressivos de intensidade moderada a grave. Não houve correlação significativa entre BDI-SF e GI (valor - $p = 0,950$), mas, “não trabalhar” associou-se com sintomas depressivos (BDI-SF) (valor - $p = < 0,05$). Preocupação somática foi o sintoma mais frequente (80,7%), seguido de dificuldade no trabalho (78,5%), irritabilidade (68,5%), fadiga (67,7%), auto-acusação (62,3%) e choro fácil (60%). **Conclusão:** Conclui-se que sintomas depressivos moderados e graves acometeram 43,1% dos casos avaliados, independentemente de ter ou não deficiências físicas (GI 1 e 2). As pessoas que não trabalhavam foram mais acometidas por sintomas depressivos em comparação aos que exerciam alguma atividade profissional.

Palavras-chave: Pessoas com Deficiência, Hanseníase, Depressão, Trabalho

ABSTRACT

Depression is the most common psychiatric disorder in leprosy and with high depressive symptoms. **Objective:** The aim of this study was to determine the prevalence and frequency of depressive symptoms and their relationship to WHO impairment grading (IG), and sociodemographic variables. **Method:** We applied a survey containing sociodemographic, clinical aspects and IG. The original scale of the BDI was applied to identify the frequency of depressive symptoms (21 items), as well as the cognitive subscale BDI-Short Form-BDI-SF (items 1-13), recommended to assess depressive symptoms in individuals with defined pathologies. Descriptive statistical analysis was used, with the frequency distribution to characterize the sample, and to the intersection of the variables, the Chi-square Test-corrected (Yates) was applied, considering significant results p - value < 0.05 . **Results:** 130 patients who have or have had leprosy were evaluated. The mean age of patients was 49.64 (SD = 14.04). There was a predominance of males (64.6%), those living with family (87.7%), with incomplete primary education (66.2%), stable civil union (61.6%), which did not work (75.4%) and receive retirement or health aid (63.9%). Regarding clinical aspects, 94.5% were multibacillary, 74.6% had multidrug therapy and most have loss of protective sensation and/or deformities (31.5% IG1; 37% IG2). Among the cases evaluated, 43.1% had depressive symptoms of moderate to severe intensity. There was no significant correlation between BDI-SF and IG (p - value = 0.950). However, the individuals without an occupation or job (“which did not work”) were associated with depressive symptoms (BDI-FS; p - value < 0.05). Somatic apprehension was the most frequent symptom (80.7%), followed by difficulty with work (78.5%), irritability (68.5%), fatigue (67.7%), self-blame (62.3%) and tearfulness (60%). **Conclusion:** It is concluded that moderate and severe depressive symptoms assaulted 43.1% of the cases evaluated, regardless of whether or not physical disabilities (IG1 and 2). Individuals who did not work were the most affected by depressive symptoms compared to those who had some sort of occupation.

Keywords: Disabled Persons, Leprosy, Depression, Work

¹ Aprimoramento Profissional em Psicologia, Instituto Lauro de Souza Lima.

² Mestre em Reabilitação, Instituto Lauro de Souza Lima.

³ Doutora em Ciências da Saúde, Instituto Lauro de Souza Lima.

⁴ Terapeuta Ocupacional, Instituto Lauro de Souza Lima.

⁵ Mestre em Psicologia, Instituto Lauro de Souza Lima.

Endereço para correspondência:

Instituto Lauro de Souza Lima
Renata Bilion Ruiz Prado
Rodovia Comandante João Ribeiro de Barros, Km 225/226
Bauru - SP
CEP 17034-971
E-mail: rruiz@iisl.br

Recebido em 02 de Outubro de 2013.

Aceito em 13 Dezembro de 2013.

DOI: 10.5935/0104-7795.20140001

INTRODUÇÃO

A depressão representa um problema de saúde pública em todas as regiões do mundo. Estima-se que, atualmente, 350 milhões de pessoas sofrem de depressão.¹ Uma pesquisa mundial de saúde mental, concluiu que a maior incidência de casos depressivos, entre os países de baixa e média renda, ocorre no Brasil.² A depressão é a resposta emocional mais freqüente em pessoas que sofrem de doença crônica,^{3,4} uma vez que esta compromete a funcionalidade do indivíduo, bem como sua adaptação à vida social.

Na hanseníase, a depressão se destaca por ser o transtorno psiquiátrico mais comum entre os pacientes.^{5,6} Trata-se de uma doença crônica, infectocontagiosa, de evolução lenta, causada por uma bactéria denominada *Mycobacterium leprae*, que compromete os nervos periféricos, causando alterações sensitivas, motoras e autonômicas em face (olhos e nariz), mãos e pés. Essa doença atinge pessoas de todas as idades, especialmente aquelas na faixa etária economicamente ativa.⁷ A hanseníase, quando não tratada ou diagnosticada tardiamente, pode evoluir para deficiências físicas, levando à diminuição da capacidade de trabalho e limitação da vida social.⁸ De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as pessoas com maior risco de desenvolver deficiências são as que apresentam grau de incapacidade (GI) 1 ou 2 no diagnóstico. Atualmente, o percentual de pacientes que iniciam o tratamento com grau 2 é alto (11,3%), o que evidencia o diagnóstico tardio da hanseníase no país.¹

Somado às deficiências, ao curso crônico da doença e ao tempo prolongado do tratamento, o estigma atrelado à hanseníase pode ocasionar sofrimento psíquico, uma vez que se reflete diretamente no convívio social, no desempenho do trabalho e das atividades de vida diária.⁷ A tristeza, sensação de impotência, baixa autoestima e isolamento social são sentimentos e comportamentos comuns em pessoas afetadas pela hanseníase.⁹ Essas reações características, em maior intensidade, podem representar sintomas depressivos. Na literatura, entre os sentimentos negativos identificados no relato de pacientes com hanseníase, 85,9% referem-se ao mau humor, desespero, ansiedade e depressão.⁶ Mesmo quando se compara a hanseníase com outras dematoses, como a tinea visicolor,¹⁰ a literatura aponta que a depressão é o transtorno psiquiátrico mais comum entre os pacientes com esta doença.^{5,11,12} Um estudo realizado na Índia demonstrou que 55% dos pacientes com

hanseníase apresentavam depressão.¹³ Na Etiópia, a depressão é uma co-morbidade frequente em pacientes com dor neuropática devido à hanseníase.¹⁴ Em Taiwan, a prevalência de depressão em pacientes idosos institucionalizados com a doença foi de 25%.¹⁵

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi verificar a frequência da intensidade dos sintomas depressivos e sua relação com o grau de incapacidade e variáveis sociodemográficas.

MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal com 130 pacientes, sendo incluídos apenas maiores de 18 anos que haviam tido ou estavam com hanseníase, de ambos os sexos e avaliados na Divisão de Reabilitação do Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL), Bauru, Estado de São Paulo, centro de referência para tratamento da Hanseníase da América Latina. Foram excluídos os pacientes com prejuízos cognitivos que possam comprometer a comunicação e o entendimento entre paciente e entrevistador ou que se recusaram a participar deste estudo.

Os dados foram coletados em um único encontro, com duração aproximada de 60 minutos.

Inicialmente, para caracterizar a população estudada, foi utilizado um questionário com questões estruturadas que continham as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, escolaridade, estado civil, ocupação atual, renda mensal, com quem reside e aspectos clínicos (tratamento poliquimioterapia, grau de incapacidade e classificação operacional).

Posteriormente, foi avaliado o GI, respeitando-se as normas definidas pela OMS.⁷ Este indicador gradua as lesões neurológicas (como a diminuição ou perda da sensibilidade protetora), bem como as deformidades visíveis consequentes da lesão neural e/ou cegueira na hanseníase e é obtido avaliando-se a sensibilidade tátil, a acuidade visual e a mobilidade articular classificando-as em 0 (zero), 1 (um) e 2 (dois).⁷ A classificação grau 0 é atribuída quando não há comprometimento neural nos olhos, nas mãos ou pés, decorrentes da hanseníase; o grau 1 corresponde à diminuição ou perda de sensibilidade nos olhos, mãos e pés; e, o grau 2, indica a presença de deficiências físicas do tipo lagofalmo e/ou ectrópio, triquiase, opacidade corneana

central, acuidade visual menor que 0,1 ou incapacidade de contar dedos a seis metros, lesões tróficas e/ou traumáticas, garras, reabsorção óssea, mãos e pés caídos e contratura de tornozelo.⁷

Em seguida, o Inventário de Depressão de Beck - BDI foi utilizado para avaliar sintomas depressivos, apresentando uma versão validada em português. A escala original consiste de 21 itens, cuja intensidade varia de 0-3, e pode ser dividida em duas subescalas: cognitiva (1-13 itens) e somática (14-21 itens).¹⁶ No presente artigo foi utilizada a escala original do BDI-21 para identificar a frequência de cada um dos sintomas depressivos (21 itens) e a subescala cognitiva chamada BDI-Short Form - BDI-SF (1-13 itens) foi utilizada para avaliar sintomas depressivos em indivíduos com diagnóstico de alguma patologia, já que a escala somática pode ser influenciada pela condição médica do paciente. Essa subescala é preconizada por Beck et al.¹⁷ e foi validada para uso no Brasil por Furlanetto.¹⁸ Analisando-se os dados, os pacientes com sintomas depressivos de intensidade leve tiveram pontuação de 0-9. O predomínio de sintomas depressivos, de moderado a grave, foi identificado nas pessoas que tiveram pontuação igual ou acima de 10, na soma dos 13 primeiros itens do BDI, os quais constituem a subescala cognitiva/afetiva. Cabe ressaltar que os resultados obtidos pelo BDI, por si só, não são indicativos para o diagnóstico de depressão. É uma escala de rastreio e não substituiu uma entrevista diagnóstica com um médico especialista.¹⁸

Os dados foram analisados no EPI-INFO, versão 7.1.1.0. Foi utilizada análise estatística descritiva para a caracterização da casuística. O teste *Chi-square-corrected* (Yates) foi utilizado para verificar a existência de associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas com os sintomas depressivos. O nível de significância considerado foi de 5%.

Este estudo foi aprovado pela Comissão Científica e Comitê de Ética do Instituto Lauro de Souza Lima (C.E.P. nº 038/2010). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram cumpridos os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (2000), além do atendimento a legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada.

RESULTADOS

A idade dos pacientes variou entre 18 e 78 anos, com média de 49,64 (dp 14,04). Considerando-se a distribuição da frequência, a

população estudada (n = 130) constituiu-se predominantemente de pacientes do sexo masculino (64,6%), faixa etária entre 18-59 anos (73,1%), com ensino fundamental incompleto (66,2%) e união civil estável (61,6%). A maioria residia com familiares (87,7%), não trabalhava (75,4%) e possuía renda mensal de aposentadoria ou auxílio-doença (63,9%). A caracterização sociodemográfica da amostra está detalhada na Tabela 1.

A frequência de sintomas depressivos de intensidade leve no BDI-SF foi de 56,9% e de moderada a grave foi de 43,1%, representando uma diferença percentual mínima quando comparada com o BDI-21 (60,8% com sintomas depressivos leves e 39,2% de intensidade moderada-grave).

Na Tabela 2, observa-se a associação entre BDI-SF e as variáveis sociodemográficas e clínicas. Na análise dos resultados referente aos sintomas depressivos (BDI-13) e o GI, não houve correlação significativa ($p = 0,950$). Dentre as variáveis estudadas, somente em ocupação atual houve associação significativa com o BDI-SF ($p = 0,029$).

Como é possível observar na Tabela 3, verificou-se a frequência dos sintomas depressivos identificada na escala completa do BDI-21. De acordo com a avaliação de cada item da escala, os sintomas mais frequentes apresentados pelos pacientes foram: preocupação somática (80,7%), dificuldade no trabalho (78,5%), irritabilidade (68,5%), fadiga (67,7%), autoacusação (62,3%), choro

fácil (60%), insônia (56,9%), tristeza (53,8%), anedonia (50%) e mudança na imagem corporal (50%).

DISCUSSÃO

Em relação aos aspectos clínicos e sociodemográficos, a maioria dos pacientes deste estudo foi diagnosticada como multibacilares, 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.^{7,19} Embora a maioria dos pacientes desse estudo pertence ao sexo masculino, constatou-se na literatura que as pessoas mais propensas à depressão são as mulheres adultas, na população em geral, com baixo nível de escolaridade e com condição socioeconômica desfavorável.¹ Entretanto, no presente estudo, os sintomas depressivos de moderado a grave foram identificados em 72,09% dos homens e 65,9% nas mulheres, representando uma diferença percentual mínima.

Identificar o predomínio de sintomas depressivos em pacientes com doenças físicas é uma tarefa difícil e exige cautela dos profissionais de saúde, uma vez que muitos sinais e sintomas importantes da depressão podem ser confundidos com as características da própria doença física.²⁰ Entre as doenças crônicas, estudos demonstram que em torno 20% a 30% de pacientes com doenças hematológicas²⁰ e *diabetes mellitus*^{21,22} apresentam sintomas depressivos significativos. Na hanseníase, a depressão é muito comum,^{5,11,12} corroborando os resultados deste estudo, no qual a presença de sintomas depressivos de moderado a grave foi relevante e pode sinalizar a possibilidade de que tenham depressão clínica.

Entre os sintomas depressivos identificados por meio do BDI-21, a maioria dos participantes desta pesquisa apresentou percentual acima de 50%. Este percentual indica que os pacientes apresentavam-se frágeis emocionalmente e necessitando de acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico. Esses resultados não foram confrontados com a literatura, pois não foi encontrado nenhum estudo nacional, utilizando o BDI na hanseníase.

Quanto à presença dos 13 primeiros sintomas depressivos (item 1-13), compreendidos como cognitivos/afetivos e com percentual acima de 50%, foram encontrados: tristeza, autoacusação, irritabilidade, choro fácil e anedonia (perda da capacidade de sentir

Tabela 1. Características sociodemográficas e aspectos clínicos da população em estudo (n = 130)

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	84	64,6
Feminino	46	35,4
Faixa Etária		
18-59 anos	95	73,1
≥ 60 anos	35	26,9
Escolaridade		
Até Ensino fundamental incompleto	86	66,2
≥ Ensino fundamental completo	44	33,8
Ocupação Atual		
Trabalham	32	24,6
Não trabalham	98	75,4
Renda Mensal		
Sem renda	15	11,5
Trabalho remunerado	32	24,6
Aposentadoria/Auxílio-doença	83	63,9
Estado Civil		
Solteiros	50	38,5
União estável	80	61,5
Residem com		
Sozinho	16	12,3
Com familiares	114	87,7
Classificação operacional		
Paucibacilar	07	5,5
Multibacilar	121	94,5
Poliqumioterapia		
Em tratamento	33	25,4
Em alta medicamentosa	97	74,6
Grau de incapacidade física		
Grau 0	41	31,5
Grau 1	41	31,5
Grau 2	48	37

Tabela 2. Associação entre sintomas depressivos (BDI-SF) e as variáveis sociodemográficas e clínicas

Variáveis	Valor de p
Sexo	0,626
Idade	0,303
Escolaridade	0,865
Ocupação atual	0,029*
Estado civil	0,280
Reside com	0,832
Classe operacional da hanseníase	0,236
Condição atual do tratamento (PQT)	0,770
Grau de incapacidade física	0,950

* p < 0,05 (teste qui-quadrado)

Tabela 3. Frequência de sintomas depressivos na população estudada, de acordo com o Inventário de Depressão de Beck (n = 130)

Item	Sintoma	*Sim	
		n	%
Cognitivo/Afetivo	1 Tristeza	70	53,8
	2 Desesperança	58	44,6
	3 Sensação de fracasso	43	33,1
	4 Anedonia	65	50
	5 Culpa	28	21,5
	6 Sentimento de punição	41	31,5
	7 Desgosto consigo	38	29,2
	8 Autoacusação	81	62,3
	9 Ideação Suicida	20	15,4
	10 Choro fácil	78	60
	11 Irritabilidade	89	68,5
	12 Perda de interesse pelas pessoas	34	26,2
	13 Indecisão	49	37,7
Somático/desempenho	14 Mudança na imagem corporal	65	50
	15 Dificuldade no trabalho	102	78,5
	16 Insônia	74	56,9
	17 Fadiga	88	67,7
	18 Falta de apetite	38	29,2
	19 Perda de peso	34	26,2
	20 Preocupação somática	105	80,8
	21 Perda de libido	73	56,2

* Sim: Corresponde aos sintomas que foram assinalados como leve ou moderado a grave no Inventário de Depressão de Beck (BDI)

prazer pelas atividades). Segundo Porto, todos esses sintomas caracterizam alterações de humor.²³ Em relação aos últimos sintomas depressivos (item 14-21), compreendidos como somático/desempenho e com percentual acima de 50%, os seguintes sintomas foram observados: preocupação somática, dificuldades no trabalho, fadiga, insônia e perda de libido.

A preocupação somática do paciente pode estar relacionada a diversos fatores, tais como, aquisição ou manutenção do emprego, distorções na imagem corporal,

baixa autoestima e até mesmo receio dos problemas físicos e psicossociais que podem ocorrer em decorrência da doença. A alta incidência do sintoma autoacusação, identificado entre os pacientes deste estudo, pode referir-se à rejeição de si mesmo. Segundo Nunes, o autoestigma é ocasionado pelo caráter negativo da doença.⁹ A compreensão do sentimento de culpa pode estar relacionada aos valores morais e religiosos, como por exemplo, acreditar que a doença seja um castigo de Deus.²³ O sintoma “dificuldades

no trabalho” pode estar associado ao de fadiga (sensação de perda de energia), por não conseguir desempenhar suas atividades como gostariam. Tais sintomas podem ser ocasionados pelas próprias limitações físicas da doença. Em seu estudo, Costa identificou a insatisfação da maioria das pessoas em relação à capacitação para o trabalho, devido à condição clínica na hanseníase.⁶

A correlação significativa entre sintomas depressivos e ocupação atual indicou que as pessoas que não trabalhavam apresentavam mais sintomas depressivos do que aquelas que estavam trabalhando. A explicação para esse achado pode estar no fato de que a maioria dos participantes era aposentada ou encontrava-se em afastamento por auxílio-doença. Embora a aposentadoria ocorra como um marco importante pode implicar, também, no rompimento de vínculos sociais.²⁴ Com isso, o indivíduo pode desenvolver baixa autoestima, bem como ocorrer diminuição do ritmo das atividades e do interesse pelo cotidiano. Todos esses aspectos podem ser minimizados com o apoio familiar, fator de grande importância para o enfrentamento da doença, a diminuição do sofrimento psíquico e a melhoria da qualidade de vida.^{9,6} Apesar de a hanseníase possuir um histórico de exclusão social e de convívio familiar, os resultados do presente estudo revelaram que a maioria dos pacientes reside com seus familiares e encontra-se em união estável com o cônjuge, o que pode sugerir uma mudança de paradigma e maior conscientização quanto à doença, sem o estigma opressivo a que se vinculava desde tempos longínquos.

Neste estudo, não se evidenciou associação entre sintomas depressivos e GI. Provavelmente, isso se deva ao fato de que a maior parte dos pacientes não apresentava deformidades visíveis representados pelos Graus de Incapacidades zero e um (63%). Por outro lado, os pacientes que apresentavam Grau dois, com algum tipo de deformidades em olhos, mãos ou pés, Grau 2 (37%), embora tivessem, na maioria das vezes, dificuldades para executar as atividades da vida cotidiana, não estavam com sua autonomia comprometida. Portanto, mesmo que essa condição física provocasse algum tipo de desconforto emocional, não necessariamente o indivíduo desenvolveu sintomas depressivos.

Uma limitação desse estudo refere-se quanto ao uso de inventários, tais como o BDI, que permite apenas verificar a presença de sintomas depressivos auto relatados. O uso desses inventários não substitui o diagnóstico feito por psiquiatra ou psicólogo ao utilizar entrevistas e critérios diagnósticos estabelecidos.

CONCLUSÃO

Conclui-se que sintomas depressivos moderados e graves acometeram 43,1% dos casos avaliados, independentemente de ter ou não deficiências físicas. Os sintomas mais frequentes foram: preocupação somática, dificuldade no trabalho, irritabilidade, fadiga, autoacusação, choro fácil, insônia, perda da libido, tristeza e anedonia.

As pessoas que não trabalhavam foram mais acometidas por esses sintomas depressivos em comparação aos que exerciam alguma atividade profissional. Isso sugere que o trabalho tem uma contribuição importante na realização profissional, na valorização pessoal, bem como no estabelecimento de vínculos sociais e pode minimizar a intensidade de sintomas depressivos. Nesse contexto, enfatiza-se aqui a importância da reabilitação profissional para pessoas que tem ou tiveram hanseníase e, em especial, para as que manifestam sintomas depressivos. Os dados obtidos nesta pesquisa poderão contribuir grandemente com o trabalho de equipes de saúde, pois oferecem subsídios para a identificação de sintomas depressivos na hanseníase e para a elaboração de ações preventivas, intervenções clínicas e psicoterápicas na depressão. Os autores recomendam novas investigações científicas sobre esta temática.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores epidemiológicos e operacionais de hanseníase no Brasil 2000-2011. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [citado 2012 Dezembro 10]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/indi_epidemiologicos_operacionais_hans_br2000_2011.pdf.
2. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, de Graaf R, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*. 2011;9:90. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1741-7015-9-90>
3. Boing AF, Melo GR, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, Peres MA. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(4):617-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000044>
4. Cardin F, Ambrosio F, Amodio P, Minazzato L, Bombonato G, Schiff S, et al. Quality of life and depression in a cohort of female patients with chronic disease. *BMC Surg*. 2012;12 (Suppl 1):S10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2482-12-S1-S10>
5. Singh GP. Psychosocial aspects of Hansen's disease (leprosy). *Indian Dermatol Online J*. 2012;3(3):166-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.4103/2229-5178.101811>
6. Costa MD, Costa RD, Terra FS, 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.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de prevenção de incapacidades. 3 ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
8. Lana FCF, Amaral EP, Franco MS, Lanza FM. Estimativa do predomínio oculto da hanseníase no Vale do Jequitinhonha - MG. *Rev Min Enferm*. 2004;8(2):295-300.
9. Nunes JM, Oliveira EM, Vieira NFC. Ter hanseníase: percepções de pessoas em tratamento. *Rev Rene Fortaleza*. 2008;9(4):99-106.
10. Erinfolami AR, Adeyemi JD. A case control study of psychiatric morbidities among subjects with leprosy in Lagos, Nigeria. *Int J Psychiatry Med*. 2009;39(1):89-99. DOI: <http://dx.doi.org/10.2190/PM.39.1.g>
11. Tsutsumi A, Izutsu T, Akramul Islam MD, Amed JU, Nakahara S, Takagi F, Wakai S. Depressive status of leprosy patients in Bangladesh: association with self-perception of stigma. *Lepr Rev*. 2004;75(1):57-66.
12. Sentürk V, Sağduyu A. Psychiatric disorders and disability among leprosy patients; a review. *Turk Psikiyatri Derg*. 2004;15(3):236-43.
13. Verma KK, Gautam S. Effect of rehabilitation on the prevalence of psychiatric morbidity among leprosy patients. *Indian J Psychiatry*. 1994;36(4):183-6.
14. Haroun OM, 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. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2012.04.007>
15. Su TW, Wu LL, Lin CP. The prevalence of dementia and depression in Taiwanese institutionalized leprosy patients, and the effectiveness evaluation of reminiscence therapy-a longitudinal, single-blind, randomized control study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2012;27(2):187-96. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.2707>
16. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
17. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
18. Furlanetto LM, Mendlowicz MV, Romildo Bueno J. The validity of the Beck Depression Inventory-Short Form as a screening and diagnostic instrument for moderate and severe depression in medical inpatients. *J Affect Disord*. 2005;86(1):87-91. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2004.12.011>
19. Duarte MTC, Ayres J, Simonetti JP. Perfil socioeconômico e demográfico de portadores de hanseníase atendidos em consulta de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007;15:774-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000700010>
20. Furlanetto LM, Moral JAGD, Gonçalves AHB, Rodrigues K, Jacomino MEMLP. Diagnosticando depressão em pacientes internados com doenças hematológicas: prevalência e sintomas associados. *J Bras Psiquiatr*. 2006;55(2):96-101. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852006000200001>
21. Fráguas R, Soares SMSR, Brontein MD. Depressão e diabetes mellitus. *Rev Psiq Clín*. 2009;39(3):93-9.
22. Braz JM, Silva MR, Góis CFL, Braz TM, Santos V, Silva LASM. Sintomas depressivos e adesão ao tratamento entre pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Rev Rene*. 2012;13(5):1092-9.
23. Garcia JRL, Macário DPAM, Ruiz RB, Siqueira LMS, Cará MRG. Considerações Psicossociais sobre a pessoa portadora de hanseníase. In: Opromolla DVA, Baccarelli R. Prevenção de incapacidades e reabilitação em hanseníase. Baur: Instituto Lauro de Souza Lima; 2003.p.25-30.
24. Gordilho A. Depressão, ansiedade outros distúrbios afetivos e suicídio. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Caçado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.p.204-15.