



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA - UACV
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

MARYANNE CAROLYNE DE OLIVEIRA

**BEM-ESTAR SUBJETIVO E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE (EX)
PORTADORES DE HANSENÍASE APÓS DIAGNÓSTICO**

CAJAZEIRAS, PB

2011

**BEM-ESTAR SUBJETIVO E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE (EX)
PORTADORES DE HANSENÍASE APÓS DIAGNÓSTICO**

MARYANNE CAROLYNE DE OLIVEIRA

**BEM-ESTAR SUBJETIVO E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE (EX)
PORTADORES DE HANSENÍASE APÓS O DIAGNÓSTICO**

Monografia apresentada ao Curso Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores – CFP, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida – UACV como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientação: Prof^ª. Ms. Arieli Rodrigues Nóbrega Videres

CAJAZEIRAS, PB

2011

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA



Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

O482b Oliveira, Maryanne Carlyne de
Bem-estar subjetivo e estratégias de enfrentamento
de (ex) portadores de hanseníase após o diagnóstico./
Maryanne Carlyne de Oliveira. Cajazeiras, 2011.
77f.

Orientadora: Arieli Rodrigues Nóbrega Videres.
Monografia (Graduação) – CFP/UFCC

1.Hanseníase. 2. Estratégias de enfrentamento – (ex)
portadores de hanseníase. I. Videres, Arielli Rodrigues
Nóbrega II.Título.

UFCC/CFP/BS

CDU – 616-002.73

MARYANNE CAROLYNE DE OLIVEIRA

**BEM-ESTAR SUBJETIVO E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE (EX)
PORTADORES DE HANSENÍASE APÓS O DIAGNÓSTICO**

Monografia apresentada ao Curso Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores – CFP, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida – UACV como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em ____/____/2011

BANCA EXAMINADORA

Profa. Ms. Arieli Rodrigues Nóbrega Videres
(Orientadora - UFCG)

Profa. Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento
(Membro – UFCG/FSM)

Profa. Ms. Sofia Dionizíio Santos
(Membro – UFCG)

Profa. Esp. Cynara Rodrigues Carneiro
(Suplente – UFCG)

A minha mãe, fonte inesgotável de amor, pela incansável luta, apoio, dedicação e, sobretudo amor prestados para a concretização e aprovação deste estudo.

DEDICO

À minha mãe, fonte inesgotável de amor, pela incansável luta, apoio, dedicação e, sobretudo amor prestados para a concretização e aprovação deste estudo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, quem nos salva, ilumina, protege, abençoa e glorifica;

Ao meu pai, que de onde quer que esteja, torceu e comemora minha vitória;

A minha mãe por estar sempre ao meu lado me influenciado para concretização deste ideal;

A minha irmã Michelle, por todo amor, dedicação, companheirismo prestados;

Ao meu noivo, pela paciência, apoio e força;

Aos meus familiares, que não demonstraram egoísmo e caminharam comigo de mãos dadas, suportando toda ausência, em especial ao meu noivo, minha irmã e sobrinhos, que sempre me apoiaram e valorizaram essa luta;

A todos os meus amigos, que estiveram comigo em todos os momentos, sempre me apoiando, em especial a turma 2007.2 da UFCG (Luciana, Kadydja, Kilvia Kiev, Wanderson, Marino, Thairon);

À orientadora Arieli, pela paciência, dedicação e orientação nesta pesquisa e na formulação deste trabalho monográfico.

A todos os professores da UFCG, pela colaboração desde a aproximação com a profissão até as dicas para elaboração do trabalho;

Aos enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, pela boa vontade e compromisso com o problema da hanseníase, pacientes e família;

Aos pacientes, que apesar do sofrimento biológico e emocional relacionado a doença, se dispuseram a participar do estudo.

"Eu vi que eu tinha um amparo legal para sair do meu cárcere e viver em liberdade".

Francisco Augusto Vieira Nunes, o Bacurau

OLIVEIRA, Maryanne Carolyne. **Bem-estar subjetivo e estratégias de enfrentamento de (ex) portadores de hanseníase após o diagnóstico.** 2011. 78f. Monografia (Graduação) – Centro de Formação de Professores, Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, Curso Bacharelado em Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras – PB, 2011.

RESUMO

Introdução: A milenar doença hanseníase, denominada durante muitos séculos por lepra, ainda traz contemporaneamente arraigada ao seu nome, o preconceito e discriminação daqueles que a desenvolveram. Ainda hoje, representa um grave problema de saúde pública no Brasil, pois além dos agravantes inerentes a paises em desenvolvimento, ressalta-se a repercussão psicológica ocasionada pelas seqüelas físicas da doença, contribuindo para a diminuição da auto-estima e do bem-estar dos portadores e ex. **Objetivo:** descrever os níveis de bem-estar subjetivo e as estratégias de enfrentamento utilizadas por (ex) portadores de hanseníase após o diagnóstico. **Metodologia:** trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem quanti-qualitativa, desenvolvido a nível domiciliar dos participantes residentes nos bairros Guanabara, Frei Damião, Ciganos, Jardim Iracema, Várzea da Cruz, Bancários, Centro, Estação, Jardim Sorrilândia II, São José, locados no município de Sousa-PB. A população foi formada por todos os portadores e ex-portadores de hanseníase diagnosticados, notificados e cadastrados nas unidades de saúde do referido município entre o período de janeiro de 2009 a setembro de 2011, perfazendo o universo de 21 usuários. Deste total, apenas 13 pessoas foram escolhidas através de uma amostragem não-probabilística intencional para compor a amostra. Os dados foram coletados no mês de novembro de 2011 através de um questionário semi-estruturado composto por questões sócio-demográficas, clínico-operacionais, questões subjetivas e pelas Escalas de Afetividade, Satisfação com a Vida e Modos de Enfrentamento, sendo analisados através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 16. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, sob processo nº 20111410-044. **Resultados:** Os principais resultados revelaram um perfil de participantes adultos, sexo feminino, casados, não alfabetizados, cor parda, do lar, renda de um a dois salários mínimos, três filhos, residindo com a família na zona urbana e em casa própria, praticantes da doutrina católica, classificados como paucibacilares, da forma dimorfa. Após a análise verificou-se que muitos dos entrevistados convivem normalmente com a hanseníase, demonstrando não sofrerem preconceito e adotarem estratégias de enfrentamento focalizadas sempre na cura da doença, entretanto, alguns pacientes relataram sentir constrangimento acerca das manchas existentes no seu corpo, medo de não ficar bom, outros ainda se disseram tristes por não poder trabalhar. Ainda, observou-se que os portadores e ex não buscaram os serviços de saúde visando à prevenção de doenças ou promoção da saúde, e sim, ações curativas/biomédicas, indo a unidade apenas depois da confirmação do diagnóstico médico e não quando apresentaram a sintomatologia. **Conclusão:** Conclui-se, dessa forma, a necessidade de uma articulação entre as equipes de saúde, a família e o paciente. Sendo assim, a saúde e o bem-estar desses pacientes e ex merecem atenção especial, para que os mesmos não se sintam mal, sem conhecimento adequado da doença, através daí então os portadores de hanseníase possam formular estratégias adequadas para o enfrentamento dos seus problemas.

Palavras – chave: Enfermagem, hanseníase, bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento.

OLIVEIRA, Maryanne Carolyne. Subjective Well-being and coping strategies of (former) leprosy patients after diagnosis. 2011. 78F. Monografia (graduation) - Center for Training of Teachers, Academic Unity of Life Sciences, Course Bachelor of Science in Nursing, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras - PB, 2011.

ABSTRACT

Introduction: The millennial disease leprosy, called for many centuries by leprosy, still brings simultaneously rooted to its name, the prejudice and discrimination of those that have developed. Even today, represents a serious public health problem in Brazil, because in addition to the aggravating factors inherent in the things are in development, it was emphasized the psychological repercussions caused by physical sequelae of the disease, thus contributing to the reduction of self-esteem and well-being of patients and ex. **Objetivo:** describe the levels of well-being subjetivo and the strategies of enfrentamento used by (ex) portadores de hanseníase after the diagnosis. **Metodologia:** it is an exploratory study and descriptive, with approach quanti-qualitativa, developed the level domiciliar on the part of the participants who are resident in the districts Guanabara, Frei Damião, Gypsies, Jardim Iracema, Várzea da Cruz, Banking, Centro, Station, Jardim Sorrilândia II, São José, locados in the municipality of Sousa-PB. The population has been formed by all the carriers and ex-portadores de hanseníase diagnosed, notified and cadastrados in health units of the said city between the period from january 2009 to september 2011, comprising the universe of 21 usuários. Of This total, only 13 people have been selected by means of a sample non-intentional probability to set the sample. The data were collected from medical records in november 2011 by means of a questionnaire semi-structured composed of issues and socio-demographic, clinical-operational issues, subjetivas and by the scales of e Afetividade, Satisfação with the Life and Modes of Enfrentamento, and analysed by means of the programme Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 16. The study was approved by the Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, under the paragraph 20111410-044. **Results:** The main results have proved to be a profile of participants adults, female, married, not a reasonable level of literacy, cor parda, the home, rent of one or two minimum wages, three children, live with the family in the urban area and in own house, practitioners of catholic doctrine, classified as paucibacilares, of the way dimorfa. After the analysis has been found to have many of those interviewed normally live together with a hanseníase, thus demonstrating not to suffer prejudice and adotarem strategies of targeted enfrentamento always in the cure of the disease, in the meantime, some patients have reported to feel embarrassment about the existing patches in their bodies, fear of not to be good, others are still have said sad for not being able to work. Still, it has been pointed out that the holders and ex buscaram not the health services to the prevention of diseases or health promotion, and yes, ações curative/biomedical, and the unit only after the confirmation of the medical and not when presented the symptoms. **Conclusion:** It is concluded that, in this way, the need for a link between the equipes de saúde, the family and the patient. That being the case, the health and well-being of these patients and ex deserve special attention, so that the same does not feel that they are wrong, and an appropriate knowledge of the disease, by which is why then the portadores de hanseníase may make appropriate strategies for enfrentamento of their problems.

Words - chave: Enfermagem, hanseníase, well-being subjetivo, strategies de enfrentamento.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos participantes quanto o sexo, idade, estado civil e número de filhos.....	41
Tabela 2 - Caracterização dos participantes quanto a religião, escolaridade, profissão e renda familiar.....	43
Tabela 3 - Caracterização dos participantes quanto o tempo de descoberta da doença, classificação clínica e operacional, e presença de reações hansênicas e incapacidades físicas.....	45
Tabela 4 - Dificuldades advindas com a confirmação diagnóstica da hanseníase.....	49
Tabela 5 - Níveis de satisfação com a vida apresentados pelos participantes.....	52
Tabela 6 - Pontuações médias dos participantes nas estratégias de enfrentamento.....	53

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Afetos positivos e negativos apresentados pelos participantes.....	51
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

BES – Bem-Estar Subjetivo

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia Estatística

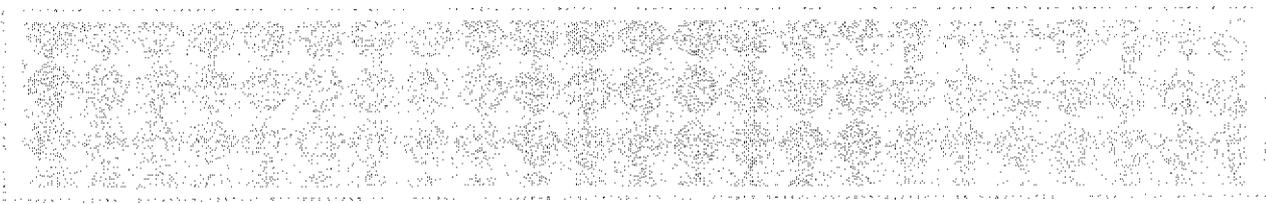
PQT – Poliquimeoterapia

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	19
2.1 BEM-ESTAR SUBJETIVO (BES).....	20
2.2 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO.....	23
2.3 COMPORTAMENTO SOCIAL DE PORTADORES DE HANSENÍASE APÓS O DIAGNÓSTICO.....	28
3 METODOLOGIA.....	33
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	34
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	34
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	35
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	35
3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	35
3.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	36
3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	38
3.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	38
4 RESULTADOS E DISCURSÕES.....	40
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
6 REFERÊNCIAS.....	61
ANEXOS.....	66
APÊNDICES.....	71



A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa, de evolução lenta, que se manifesta principalmente através de sinais e sintomas dermato-neurológicos, causada pelo bacilo de Hansen, o *Mycobacterium leprae*. É uma doença de caráter crônico, com alta infectividade e baixa patogenicidade (BRASIL, 2009).

Conforme abordado por Duarte; Ayres; Simonetti (2009) o comprometimento dos nervos periféricos é sua característica principal e lhe confere um grande potencial incapacitante. As lesões neurais, quando não diagnosticadas e tratadas precoce e adequadamente, levam as incapacidades e deformidades, podendo acarretar problemas para o doente, como a diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos, sendo responsáveis, também pelo estigma e preconceito contra a enfermidade.

De acordo com o Brasil (2009), a hanseníase é uma doença que vem tendo uma grande relevância nacional visto seu alto poder incapacitante. Muito embora, exista uma preocupação em diagnosticar e tratar o mais precocemente essa patologia a fim de evitar as possíveis complicações, pouca ênfase tem-se dado as questões que envolvem o aspecto psicológico e emocional desses pacientes, como os sentimentos advindos após o diagnóstico, a atual satisfação com a vida, os problemas e as estratégias utilizadas para lidar com a problemática, enfim, questões voltadas ao impacto da hanseníase na vida desses indivíduos, quer seja positivo ou negativo, uma vez que a subjetividade pode influenciar na aceitação ou não desta nova fase da vida.

Destarte, Nunes; Hutz; Giacomoni (2009) consideram o bem-estar subjetivo uma área da psicologia que trata sobre estudos que têm utilizado as mais diversas nomeações, tais como felicidade, satisfação, estado de espírito e afeto positivo. Diante disto, pode-se dizer que o tema foca como as pessoas avaliam suas vidas, suas experiências positivas, seus problemas e como isso vai afetar no seu bem-estar. Mais especificamente, este construto diz respeito a como e por que as pessoas experienciam suas vidas positivamente e como avaliam subjetivamente a sua qualidade de vida.

O estudo do bem-estar é melhor compreendido através da divisão do mesmo em dimensões ou categorias. Sendo a primeira feita através de critérios externos, tais como virtude ou santidade. Nessas definições a felicidade não é pensada como um estado subjetivo, mas antes como o possuir alguma qualidade desejável. A segunda categoria de definição de bem-estar, formulada por cientistas sociais, investiga o que leva as pessoas a analisar os pontos positivos da

sua vida. Tem sido chamada de satisfação de vida e utiliza os padrões dos respondentes para determinar o que é a vida feliz. A terceira categoria de definição de bem-estar considera esse como sendo o estado que denota uma preponderância do afeto positivo sobre o negativo e enfatiza a experiência emocional de satisfação ou prazer. Explica como uma pessoa espera por um momento de satisfação ou de tristeza e como ela diante de cada situação (NUNES; HUTZ; GIACOMONI, 2009).

Segundo Pereira; Costa (2007), bem-estar, até mesmo de acordo com pessoas leigas, seria felicidade, prazer ou satisfação com a vida, algo que deveria estar bem agregado ao estilo de vida de pessoas com hanseníase, visto que estas após serem diagnosticadas, se sentem com o humor prejudicado devido a diversos fatores, como: não conhecimento da doença, estigma das outras pessoas com relação à patologia, entre outros.

Para Sampaio et al. (2011) a hanseníase, doença crônica e estigmatizante, demanda do paciente formas diversificadas para lidar com adversidades, estresse e sofrimento psíquico resultante do diagnóstico, das incapacidades e, muitas vezes, do distanciamento social decorrente do processo de adoecimento. As estratégias utilizadas podem ser ativas (melhoram a qualidade de vida) ou passivas (pouca melhora na situação de vida) e focadas no problema e/ou na emoção do paciente.

Enfrentamento é definido como um processo através do qual o indivíduo administra as demandas da relação pessoa-ambiente que são avaliadas como estressantes e as emoções que elas geram. O enfrentamento pode ser classificado em duas importantes divisões: enfrentamento centrado no problema e enfrentamento centrado na emoção, embora muitas vezes ocorram simultaneamente, podendo ser mutuamente facilitadores (LEITE; COSTA, 2008).

Videres; Simpson (2010) enfatizam que a enfermagem felizmente vem evoluindo nas questões de atendimento qualificado e responsável aos portadores de hanseníase, contudo, há muito o que melhorar, sobretudo no desenvolvimento de uma postura humana e comprometida não só com a cura e/ou prevenção de incapacidades, mas também com o estado psicológico do paciente, que na maioria das vezes precisa apenas de um diálogo ou esclarecimento acerca da mesma para melhor enfrentá-la.

Infelizmente a maioria dos profissionais de saúde (enfermeiros), está mais preocupada em detectar casos novos de hanseníase, dispensar medicamentos, avaliar comunicantes, do que com o próprio paciente. Tal cuidado, começando pelo seu bem-estar, pode facilitar a adesão ao

tratamento correto, rápido e sem interrupções, evitando assim complicações específicas da doença e levando o indivíduo a traçar estratégias que possibilitem o enfrentamento da doença.

Diante disso, justifica-se a necessidade do desenvolvimento do estudo, com vistas a contribuir de forma positiva com os portadores de hanseníase, no sentido de entendê-los, principalmente no que se refere ao seu bem-estar, já que o mesmo é um grande indicativo para não aceitação da doença e em consequência disso a não adesão ao tratamento, tornando difícil a prevenção de complicações futuras.

Considerando-se a importância de perceber a qualidade do bem-estar do paciente e as estratégias utilizadas pelos mesmos para enfrentar a doença, surgiram os questionamentos norteadores do estudo: Qual o perfil clínico e epidemiológico dos (ex) portadores de hanseníase? Quais as mudanças advindas na vida desses indivíduos após a descoberta da doença? Quais os níveis de bem-estar subjetivo e as estratégias de enfrentamento utilizadas por (ex) portadores de hanseníase após o diagnóstico? Qual a relação existente entre as características clínicas e sócio-demográficas desses pacientes aos níveis de bem-estar subjetivo e as estratégias de enfrentamento?

Diante do contexto desta pesquisa cumprir-se-á a finalidade de instrumento, para a comunidade acadêmica, apontando caminho para outros trabalhos nessa área. No mais, poder-se-á conhecer a realidade que circunda os portadores de hanseníase desde o tempo da lepra, tendo ênfase para a análise dos sentimentos que envolvem essas pessoas após saberem que têm a doença.

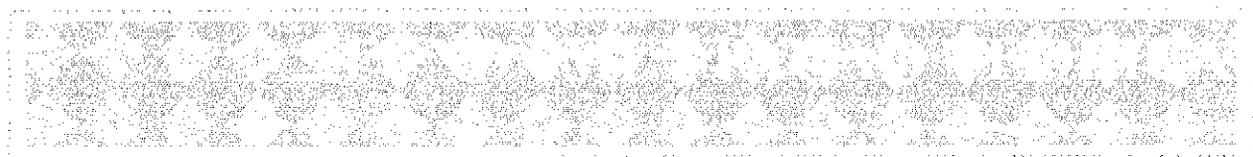
Espera-se contribuir também com os gestores de saúde do município de Sousa-PB, no sentido de oferecer subsídios para facilitar a implementação de ações objetivas e efetivas no controle do bem-estar e no incentivo de estratégias para esses portadores enfrentarem a hanseníase, uma doença curável, mas que pela história antiga da mesma causa medo, receio, tanto por parte da sociedade como dos próprios portadores e ex.

O despertar para este estudo surgiu a partir da vivência da pesquisadora com portadores e ex portadores de hanseníase do município de Sousa, em estágio curricular da Universidade Federal de Campina Grande - Cajazeiras - PB, no qual a mesma pode evidenciar a existência de um número restrito de pacientes, que chamam atenção quanto à falta de orientação e consciência por parte deles e dos familiares, onde tais fatos implicaram em demasiadas complicações. Ainda foi verificado no estágio que infelizmente o profissional enfermeiro tem uma redução de tempo

para atender as necessidades emocionais dos pacientes, pois estão muito envolvidos com questões burocráticas, além de atividades voltadas para atenção a saúde em outros programas.

Vale ressaltar também a necessidade de novas pesquisas acerca da temática vista a escassez de estudos atualmente publicados. Dessa forma, torna-se perceptível a real necessidade de um estudo que analise as mudanças e os impactos causados pela doença na vida do paciente, sobretudo na vida daqueles sem assistência profissional de qualidade.

Com isso, o presente estudo objetivou primordialmente descrever os níveis de bem-estar subjetivo e as estratégias de enfrentamento utilizadas por (ex) portadores de hanseníase após o diagnóstico. Especificamente, buscou-se traçar o perfil clínico e epidemiológico dos (ex) portadores de hanseníase; identificar as mudanças advindas na vida desses indivíduos após a descoberta da doença e; correlacionar as características clínicas e sócio-demográficas desses pacientes aos níveis de bem-estar subjetivo e as estratégias de enfrentamento.



2.1 BEM-ESTAR SUBJETIVO (BES)

As pesquisas pioneiras sobre o BES foram predominantemente americanas. Com o passar dos anos, percebeu-se o papel da cultura no bem-estar e a necessidade de um entendimento das razões da variabilidade do fenômeno, através de diferentes culturas, ocorrendo grande interesse por estudos transculturais. Surge, então, a demanda por novos instrumentos de medida, construídos a partir de características da cultura avaliada e, portanto, adaptados à população investigada. É possível que a carência de pesquisa empírica nessa área, no Brasil, se deva também à falta de instrumentos de medida adequados a essa cultura (ALBUQUERQUE; TRÓCCOLI, 2004).

De acordo com Arteché; Bandeira (2003), desde os antigos filósofos, a felicidade tem sido considerada a grande meta e um elemento motivacional do ser humano. A partir do final da década de 1990, estudos clássicos que vinham sendo desenvolvidos desde a década de 1970 passaram a ser questionados. Estimulados pelo advento da Psicologia Positiva, que propõe a modificação do foco da psicologia de uma reparação das coisas ruins da vida para a construção de qualidades positivas, estudiosos sugeriram que o bem-estar subjetivo necessariamente inclui elementos positivos.

Para Galinha; Ribeiro (2005), o termo Bem-Estar esteve, inicialmente, associado aos estudos da economia e tinha outro significado, o de Bem-Estar Material. Os economistas identificavam o Bem-Estar como o rendimento. Era necessário proceder-se a uma distinção operacional entre o Bem-Estar Material e o Bem-Estar. O Bem-Estar Material é a avaliação feita pelo indivíduo ao seu rendimento ou, de modo mais geral, à contribuição dos bens e serviços que o dinheiro pode comprar para o seu Bem-Estar.

Os estudos atuais continuam a pretender demonstrar, e a contribuir para, a consistência do conceito. Após alguma crise inicial na definição do Bem-Estar Subjetivo, decorre que se chegou a um comum acordo. O conceito é composto por uma dimensão cognitiva, em que existe um juízo avaliativo, normalmente exposto em termos de satisfação com a vida, em termos globais ou específicos e uma dimensão emocional, positiva ou negativa, expressa também em termos globais, de felicidade, ou em termos específicos, através das emoções (GALINHA; RIBEIRO, 2005).

Diener (1984) defende a teoria do BES como um campo da psicologia que avalia a vida das pessoas, os humores, emoções, falta de depressão e ansiedade. Um componente largamente reconhecido como principal integrante de uma vida saudável é a felicidade (INSFRÁN, 2004). Ele ainda afirma que desde sempre houve essa preocupação com a felicidade, mas só há cinqüenta anos que foi percebido a necessidade desse estudo, inclusive para avaliar a qualidade de vida das pessoas.

O BES é uma dimensão positiva da Saúde. É considerado, simultaneamente, um conceito complexo, que integra uma dimensão cognitiva e uma dimensão afetiva, e um campo de estudo que abrange outros grandes conceitos e domínios de estudo como são a qualidade de vida, o afeto positivo e o afeto negativo. É um conceito recente, que tem suscitado, nas últimas décadas, o interesse generalizado de muitas vertentes da Psicologia e que tem vindo a reforçar a sua identidade, à medida que os estudos vão confirmando a sua estrutura e sistema de conceitos associados (GALINHA et al., 2008; 2005; 2002).

Giacomoni (2004) menciona que as pesquisas sobre as relações entre a personalidade e o bem-estar subjetivo, e as causas destas relações fornecem informações importantes sobre o bem-estar subjetivo, sua estrutura e funcionamento. A literatura aponta que os componentes cognitivos e afetivos do bem-estar apresentam-se consistentes nas pessoas ao longo do tempo e das situações, correlacionando-se com específicos traços e construtos da personalidade. Os estudos demonstraram que a tendência a experienciar emoções fortes ou leves é estável ao longo do tempo. As pessoas são consistentes em seus padrões de reação. A intensidade do afeto, portanto, não se correlaciona com os indicadores do bem-estar.

O conceito de Bem-Estar permitiu construir medidas que possibilitam uma avaliação mais fina dos indicadores da saúde mental, através de variáveis como a satisfação com a vida, a felicidade, o afeto positivo e o afeto negativo. Com esta viragem do foco da investigação para a dimensão positiva da saúde mental, o bem-estar subjetivo assume-se como o conceito chave de um campo de investigação emergente designado psicologia positiva. Igualmente, para a saúde em geral o Bem-Estar e a qualidade de vida assumem uma posição central, por vezes, isoladamente, por vezes como sinónimos, e outras integradas. Os conceitos de qualidade de vida, bem-estar, felicidade, utilizados como sinónimos incluem a satisfação com a vida, o afeto positivo e negativo, o bem-estar subjetivo, a felicidade, a percepção de qualidade de vida, como aspectos subjetivos da qualidade de vida (GALINHA; RIBEIRO, 2005).

Para entender o BES, Pereira; Costa (2007) referem que é necessário considerar que cada pessoa avalia sua própria vida, seus pensamentos, aplicando concepções subjetivas e, nesse processo, apoia-se em suas próprias expectativas, valores, emoções e experiências prévias. O conceito é ainda considerado como uma dimensão subjetiva de qualidade de vida, ao lado de felicidade e bem-estar, visto que engloba vários entendimentos.

Na abordagem objetiva de qualidade de vida, entende-se que saúde, ambiente físico, recursos, moradia e outros indicadores observáveis e quantificáveis contemplam o espectro da qualidade de vida que uma pessoa detém e em que esses indicadores intervêm. Por outro lado, a perspectiva subjetiva de qualidade de vida, incluindo-se satisfação com a vida, é defendida como uma possibilidade de se levar em conta, em avaliações individuais, diferenças culturais na percepção do padrão de vida. Nesse sentido, se aceita como relevante que mesmo quando certos grupos compartilham a mesma cultura, observam-se variações entre os indivíduos quanto a suas crenças, valores, objetivos e necessidades (SIQUEIRA; PADOVAM, 2008; GIACOMONNI, 2004).

Segundo Siqueira; Padovam (2008, p 203):

“em compreender os valores e crenças de uma população e como estes são manifestados individualmente, a avaliação de qualquer tema sobre a vida pessoal seria arbitrária. Parece, portanto, que satisfação com a vida teve suas origens nas concepções de qualidade de vida, tendo sido um conceito apropriado e redefinido por estudiosos das ciências comportamentais para compor um dos elementos que integram a definição de BES”.

Resende et al. (2010) reforçam dizendo que o BES é um construto referente à avaliação que a própria pessoa faz sobre sua vida e, avaliações assim, podem ser feitas mediante um componente cognitivo como julgamentos sobre a satisfação com a vida como um todo ou referenciada a domínios específicos, ou mediante um componente afetivo no qual estão incluídos estados agradáveis e desagradáveis e a busca de equilíbrio entre eles. Neste domínio está refletido a avaliação que o indivíduo faz dos domínios anteriores.

Do ponto de vista de relevância prática, considera-se que bem-estar é uma medida que qualifica a vida, e a compreensão dos seus determinantes é importante para políticas públicas que visem à saúde, podendo-se incluir, terapias, grupos de apoio para orientação, entre outras (OTTA; FIQUER, 2004).

O estudo dos determinantes da felicidade tem reforçado o conhecimento científico sobre a dimensão positiva das emoções humanas e da qualidade de vida, que durante décadas foi relegada para segundo plano, em relação ao estudo dos determinantes do sofrimento humano (GALINHA; REZENDE, 2005).

2.2 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Atualmente, o termo estresse tem sido associado a sensações desagradáveis, sendo cada vez maior o número de pessoas que se auto-definem como estressados. Ainda, pode-se definir estressor como uma situação ou experiência que gera sentimentos de tensão, ansiedade, medo ou ameaça que pode ser origem interna ou externa (STACCIARINI; TROCCOLI, 2001). Os estímulos estressores externos representam as ameaças do cotidiano de cada um, seja uma ameaça física, tanto sobre a segurança pessoal quanto em relação à saúde, seja uma ameaça moral, econômica, etc., enfim, são ameaças exteriores à pessoa. Por sua vez, as ameaças internas provêm dos conflitos pessoais de cada um, os quais, em última instância, refletem sempre nossa sensibilidade afetiva diante da vida, das perspectivas futuras, da situação atual e mesmo das desavenças passadas.

No entanto, a palavra estresse apresenta diferentes significados, uma vez que a mesma é difícil de conceituar. Nesse contexto, Alves Júnior et al. (2006) define estresse como um conjunto de eventos complexos e multidimensionais, em que atuam estressores agudos ou crônicos, criando um estado de excitação emocional que ao alterarem a homeostase, induzem um processo de adaptação que produzem reações sistêmicas, com distúrbios fisiológicos e psicológicos.

Ademais, Batista; Bianchi (2006) caracterizam estresse como qualquer evento advindo do meio externo ou interno e que atinja ou exceda os níveis de adaptação do indivíduo, estabelecendo assim, as bases do modelo interacionalista de estresse a ponderação sobre o valor do evento, enquanto algo positivo ou negativo. Na avaliação secundária, para os eventos considerados como desvio e ameaça, o indivíduo avalia suas fontes de enfrentamento e as estratégias disponíveis, com a perspectiva de manter o equilíbrio de sua saúde.

Medeiros; Peniche (2006) apontam três formas de definição para o estresse como: estímulo, como resposta ou como interação ou transação entre ambiente interno e externo do indivíduo. Admitem-se estas três questões envolvidas na conceituação segundo distintas

abordagens: (1) como estímulo, com o enfoque no impacto dos estressores; (2) como resposta, quando examina a tensão produzida pelos estressores; e (3) como processo, quando entendido a partir da interação entre pessoa e ambiente. O estresse pode ser entendido como um processo psicológico afetado pela percepção do indivíduo sobre a situação.

O estresse e as repercussões que ele pode causar na vida das pessoas devem ser analisados em um contexto multicausal, assim como todo processo de adoecimento pode ser compreendido. Quando o estressor causa problemas significativos na vida do indivíduo, as diferenças individuais referente à vulnerabilidade orgânica e à forma de avaliar e enfrentar a situação inadequadamente contribui para seu desequilíbrio (BONAMIGO et al., 2006).

Segundo Calderero et al. (2008), as pessoas reagem de diferentes maneiras quando se fala em estresse. De acordo com a história da evolução do ser humano, as reações de estresse foram desenvolvidas como respostas emergenciais visando preparar o indivíduo para “lutar ou fugir” de alguma ameaça. Estas seriam as respostas básicas ao estresse. Entretanto, o grau de estresse experimentado não está apenas relacionado à situação causadora do estresse, mas também, à percepção que o indivíduo tem daquela situação e como reage a ela.

Nessa perspectiva, o estresse é delineado através da sintomatologia física e psíquica que o cliente manifesta ao experimentar uma situação estressora, seja por meio do relato verbal ou da observação clínica. Uma das diversas linhas que procura compreender como as pessoas enfrentam o estresse é a escala cognitiva, na qual se baseia a teoria do enfrentamento. Alves Júnior et al. (2006) definem enfrentamento como um processo em que as demandas específicas tidas como estressantes e as emoções geradas são administradas pelo indivíduo. Medeiros; Peniche (2006) entendem enfrentamento como um conjunto de esforços que o indivíduo apresenta para lidar com as solicitações externas e internas que são avaliadas por ela como excessivas ou acima de suas possibilidades.

Araújo; Pereira (2005) apontam enfrentamento como uma resposta voltada para diminuição dos eventos estressores da vida gerada por fatores físicos, emocionais psicológicos. Pode-se considerar o enfrentamento como sendo uma estratégia que o indivíduo utiliza não necessariamente consciente, para obter o maior número de informações sobre os acontecimentos e as condições internas (psíquicas) para proceder de forma a diminuir as respostas de estresse e manter o equilíbrio orgânico. Enfrentamento diz respeito ao que realmente o indivíduo pensa e

sente, e o que faria em determinadas situações. Pode ser modificado conforme avaliação e reavaliação da situação estressante.

Nesse contexto, estratégias são entendidas como escolhas projetadas para o futuro de soluções vitoriosas, ou ainda como um meio empregado para alcançar um objetivo e também como um procedimento utilizado em uma situação de confronto para privar o oponente de seus meios de combate, reduzindo assim seus esforços de resistência (GARCIA; TASSARA, 2001).

Estratégias de enfrentamento correspondem às ações dirigidas para resolução de algum problema conforme o modo como o indivíduo avaliou a situação estressora e de que recurso ele utilizou para enfrentá-las (MEDEIROS; PENICHE, 2006). Alves Júnior et al. (2006) complementa tal idéia ao relatar que tais estratégias são apreendidas, usadas e descartadas ao serem identificadas e reforçadas durante uma nova experiência do indivíduo. Frente a essa concepção, o contexto emocional é de grande relevância, visto que o indivíduo busca estratégias que pode fazer aos estressores, sem considerar este comportamento como certo ou errado.

O objetivo dessas estratégias é a de tolerar, minimizar, aceitar ou ignorar o estressor, sendo um importante mecanismo de adaptação para a resolução de problemas e manejo do estresse em contatos particulares. A opção por uma estratégia consiste num conjunto de experiências passadas e presentes que são filtradas e guardadas na memória consciente e inconsciente, fazendo parte da subjetividade e do universo simbólico do indivíduo (ALVES JÚNIOR et al., 2006; MEDEIROS; PENICHE, 2006).

O conceito de coping vem sendo estudado por estar associado ao ajustamento social e saúde. A pesquisa nesta área tem sido bastante produtiva nas últimas décadas e tem valorizado a análise de aspectos sociodemográficos, médico-clínico e psicológico associados à utilização de estratégias de enfrentamento. Apesar disto, questões conceituadas e metodológicas envolvidas no estudo do construto permanecem sob discussão (PINHEIRO et al., 2003).

O coping é um processo através do qual o indivíduo controla as demandas da relação com o meio para satisfazer as demandas sociais, manter os estados físico, psicológico e social estáveis e controlar os estressores potenciais antes deles se tornarem uma ameaça. Ele se torna efetivo quando se consegue reduzir os pontos estressantes, causando na pessoa um bem-estar e não efetivo quando os sintomas permanecem estáveis ou quando os mesmos aumentam de intensidade (LORENCETTI, SIMONETTI, 2005).

As estratégias de coping escolhidas dependem do repertório individual e de experiência tipicamente reforçadas. No entanto, podem ser consideradas efetivas, quando o comportamento utilizado ameniza os sentimentos desconfortáveis e situações ameaçadoras, e inefetivas, quando do desenvolvimento de desequilíbrios psicológicos e fisiológicos por falha na tentativa de eliminar tais situações (LORENCETTI; SIMONETTI, 2005).

O coping pode ser classificado em espiritual, envolvendo estratégias de participação de atividades religiosas, conversa com padres, leitura de livros religiosos; físico, com estratégias de caminhada, natação, uso de técnicas de relaxamento e outros; psicointelectual, apresentando estratégias do tipo meditação, confecção de trabalhos artesanais, fantasias, reavaliação cognitiva; e social, enfatizando estratégias de atividades de recreação em grupos, conversa e passeios com amigos (LORENCETTI; SIMONETTI, 2005).

Considerando função como propósito a que a estratégia serve, o processo de coping apresenta duas funções, quais sejam coping centrado no problema e coping centrado na emoção. No primeiro caso, a pessoa procura se engajar no manejo ou modificação do problema ou situação causadora de estresse, visando controlar ou lidar com a ameaça, o dono ou o desafio; são, em geral, estratégias ativas de aproximação em relação ao estressor, como solução de problemas e planejamento. No segundo caso, há uma regulação da resposta emocional causada pelo estressor com o qual a pessoa defronta, podendo representar atitudes de afastamento ou paliativas em relação à fonte de estresse, como negação ou esquiva.

O coping centrado no problema e na emoção influencia-se mutuamente em todas as situações estressantes. As pessoas utilizam ambas as formas de coping o que impedir ou facilitar a manifestação de uma ou outra forma. A forma pelo qual uma pessoa usa o coping está determinada, por seus recursos, os quais incluem saúde e energia, crenças existentes, habilidades de solução de problemas, habilidades sociais, suporte social e recursos materiais (ENUMO; SANTOS, 2003; FARIA; SEIDL, 2005; LISBOA et al., 2002; LOENCETTI; SIMONETTI, 2005; PINHEIRO et al., 2003; SEIDL et al., 2001).

Um aspecto comumente discutido em diversos estudos diz respeito à taxonomia de coping relativa ao foco de atenção do indivíduo na solução de problemas ou na regulação da emoção envolvida, uma vez que Lisboa et al. (2002); Pinheiro et al. (2003) têm identificando ainda outras estratégias de enfrentamento centradas na religiosidade e na busca de suporte social.

Faria; Seidl (2005) defendem a necessidade de estudos do enfrentamento focado na religiosidade pelo fato de pessoas ao depararem com sofrimento e desafio frente ao estresse, são impulsionadas para além de suas capacidades a experimentarem um processo dinâmico de coping no quais crenças e práticas religiosas são inseridas. Por outro lado, coping focalizado na busca de suporte social, representa itens que têm como significado a procura de apoio instrumental, emocional ou de informação como estratégias de enfrentamento da situação causadora do estresse.

Após mais de 30 anos de pesquisa, ainda parece haver divergências quanto a como identificar e medir o enfrentamento. As medidas de coping refletem as classificações que os autores fazem das estratégias de coping. Iniciativas no sentido de mensurar as estratégias de enfrentamento vêm sendo desenvolvidas, como alguns instrumentos construídos e validados no âmbito internacional para utilização em diferentes contextos e em saúde. Balbinotti et al. (2006); Seidl et al. (2001) listam alguns desses instrumentos, como os Ways of Coping Questionar (WCQ), o Multidimensional Coping Inventory (MCI) o Coping Strategy Indicador (CSI); o Inventario COPE, o Coping Inventory for Stressful Situations (CISS).

No Brasil, vive-se, ainda, certa carência de instrumentos com propriedades psicométricas adequadamente testadas. Nota-se, porém, nos últimos anos, um crescente interesse pelo conceito e um acréscimo no número de estudos com este objetivo. Seidl et al. (2001) apontam a publicação da adaptação do Inventario de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus feita por Savóia; Santana; Mjias. E ainda, a tradução e adaptação de uma versão da Ways of Coping Checklist de Vitaliano e cols., que resultou na Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP). Merecem ainda ser mencionados os esforços de Tróccoli e seus colaboradores, no qual traduziram e adaptaram a versão reduzida do Constructive Thinking Inventory - CTI-S desenvolvido por Epstein seguindo a sua Teoria do Self Cognitivo-Experiencial. De acordo com esta teoria, as pessoas diferem no grau e na eficácia quanto ao uso do pensamento racional *versus* pensamento experiencial.

Para Enumo; Santos (2003), as estratégias de enfrentamento podem reduzir as condições ambientais desfavoráveis e aumentar as possibilidades de recuperação, possibilitando ao sujeito a tolerância ou adaptação a eventos negativos. As estratégias de enfrentamento podem ainda tornar possível conservar uma auto-imagem positiva diante da adversidade, mantendo o equilíbrio

emocional e um relacionamento satisfatório com as pessoas. Tais estratégias objetivam manter o bem-estar, buscando amenizar os efeitos de situações estressantes.

Considerando que o processo de coping consiste em uma interação entre a pessoa e seu ambiente, é importante salientar que as estratégias variam de acordo com os contextos no qual a pessoa interage, bem como de acordo com suas características pessoais (LISBOA et al., 2002). Nesse âmbito, é relevante para o enfermeiro repensar acerca de sua assistência ao portador de ferida procurando intervir de maneira holística no processo saúde-doença, a fim de ajudá-lo a lidar com situações estressores e identificar estratégias capazes de solucionar o problema de cada cliente.

2.3 COMPORTAMENTO SOCIAL DE PORTADORES DE HANSENÍASE APÓS O DIAGNÓSTICO

Conforme Miranda (1999), o processo histórico da hanseníase acompanha a evolução das políticas sociais e de saúde pública, comportando duas fases. A primeira diz respeito à história da lepra como uma doença incurável e temível pela sociedade desde os tempos mais remotos da antiguidade. A segunda refere-se à história da hanseníase como uma doença curável a partir da introdução do tratamento ambulatorial com a poliquimioterapia (PQT).

Contudo, há referências bastante claras com relação à mesma em livros muito antigos. Ao que parece, a lepra já era conhecida na Índia em 600 a.C. A Bíblia é outra fonte de confusão quanto à sua existência entre os judeus na época do êxodo, relacionando-a as impurezas e castigo divino, o que contribuiu para o aumento do preconceito e problemas psicossociais (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2007; HELENE; SALUM, 2002).

Mattos; Fornazari (2005) e Eidt (2004a) corroboram com tais afirmações ao afirmarem que os escritos na Bíblia Sagrada sobre a doença são confusos. O termo Tsara'ath foi traduzido como lepra em vários idiomas, sem que se possa afirmar com certeza o seu significado original. Sua tradução do hebraico para o grego significa afecções impuras de um modo genérico, uma condição de pele dos indivíduos ou de suas roupas que necessitavam de purificação. Ainda conforme a Bíblia, o Tsara'ath na pele dos judeus seriam manchas brancas deprimidas em que os pêlos também se tornavam brancos.

A prática de segregação dos doentes segundo Mendonça (2007); Mattos; Fornazari (2005) foi confirmada pela Igreja no III Concílio de Latrão realizado no ano de 1179. Quando o doente não era isolado em sua própria casa, era expulso pela sociedade através de um ritual de confinamento denominado Separatio Leprosarium, semelhante às celebradas em favor dos mortos no ocidente cristão.

Na Idade Média, após a confirmação da contaminação da doença, Baialardi (2007) e Garcia (2001) diz que muitos indivíduos foram expulsos do convívio social e outros, no entanto, juntamente com sua família foram queimados dentro das próprias residências. Descreve ainda que os hospitais-colônias serviram para agregar e ao mesmo tempo, segregar os doentes que necessitavam da misericórdia divina, pois eram vistos pela Igreja Católica como pecadores que deveriam ser punidos.

A comprovação do caráter infecto-contagioso da lepra fez surgir à teoria de que o isolamento do enfermo propiciaria a extinção do mal, incentivando a adoção de um modelo de tratamento baseado no cerceamento da liberdade em grandes instituições de isolamento. Esse modelo de tratamento gerou conseqüências negativas na vida dos doentes, nos quais foram excluídos pela sociedade ao serem expostos publicamente como leprosos, além de perderam os laços afetivos com a família. Temendo a segregação e a exclusão social, muitos doentes se esconderam ou fugiram das autoridades sanitárias, aumentando com isso a propagação da doença (MENDONÇA, 2007; MATTOS; FORNAZARI, 2005).

Mellagi; Monteiro (2009) afirmam que durante a Idade Média nenhuma doença causou tanto pavor quanto a lepra, sendo considerada como a grande praga que assombrava os dias da humanidade medieval. Afirmam também que o estigma enraizado em sua história ainda repercute nos dias atuais entre os portadores de hanseníase.

Para Mendonça (2007), ao longo da história, lepra e leproso foram objetos de representações de caráter depreciativo que permitiram a utilização de um modelo de tratamento para a doença fundamentado na exclusão do enfermo e no seu confinamento compulsório em instituições asilares. Ao mesmo, não era dada outra alternativa para seu tratamento senão submeter-se ao confinamento na colônia, não porque não existissem outras formas de tratamento, mas porque foi considerada a forma mais eficaz de obter seus fins, ainda que isso representasse uma espécie de morte para o leproso e para sua família (MATTOS; FORNAZARI, 2005).

A história social da hanseníase no Brasil é marcada por diversos aspectos, tais como a implementação de rigorosas políticas públicas de saúde pelos governos vigentes e pelos médicos especializados na área, segregação e isolamento dos pacientes da sociedade dita sadia, tratamentos ineficazes e dolorosos, além de todo preconceito e estigma que envolve a doença até hoje.

É provável que a hanseníase tenha sido introduzida no Brasil com a chegada dos primeiros europeus, ainda no período colonial. Castro; Watanabe (2009) afirmam que os primeiros casos da doença foram notificados no ano de 1600, na cidade do Rio de Janeiro, onde foi criado o primeiro leprosário, o Hospital dos Lázaros. Outros focos também foram identificados na Bahia e no Pará. No entanto, Damasco (2005) diz haver controvérsias nesses escritos históricos, pois há indícios não comprovados de que alguns indígenas já manifestavam a doença.

No Brasil, o isolamento foi considerado extinto em 1962 com a aprovação do decreto nº 968, de 07 de maio, apesar de estados como São Paulo não cumprirem tal lei, já que até 1967 se manteve tal prática. Houve um amplo debate e após 1967, principalmente com a ascensão do Dr. Abrahão Rotberg ao cargo de diretor do Departamento de Profilaxia da Lepra de São Paulo, que, em sua administração, fará com que esse estado venha a aderir à política do não isolamento. (MELLAGI, MONTEIRO, 2009).

A partir dos anos 1970, inicia-se uma política de descentralização no programa de controle da hanseníase, através das Secretarias Estaduais de Saúde e, mais recentemente, também das Secretarias Municipais, que passam a ocupar um papel de grande relevância nesse processo. É preciso destacar que as políticas de controle para a hanseníase são definidas no âmbito federal pela Secretaria Nacional de Dermatologia Sanitária. Concomitantemente, a Organização Mundial da Saúde recomenda o emprego da poliquimioterapia no Brasil e, começa um movimento com o intuito de minimizar o preconceito e o estigma contidos no termo "lepra". Assim, oficialmente no país foi abolido o uso da palavra lepra e seus derivados, passando a ser designada como "hanseníase". Em 1976, nenhum estado mais seguia a prática do isolamento compulsório (DUCATTI, 2008; DAMASCO, 2005).

Eidt (2004 a,b) e Gomes et al. (1998) informam que no início da década de 1980, a Organização Mundial da Saúde passou a recomendar a poliquimioterapia (PQT), como esquema terapêutico apropriado a cada forma clínica da doença, para o controle e cura da hanseníase.

Além dos medicamentos da PQT, medidas como diagnóstico precoce, vigilância dos comunicantes, prevenção e tratamento das incapacidades físicas e educação para a saúde fazem parte das políticas atuais. Este é o esquema vigente em todo o território nacional na atualidade.

A hanseníase sempre povoou negativamente o imaginário social de diferentes sociedades e regiões. Essa enfermidade ficou conhecida pelo estigma e pelo preconceito que despertou e ainda desperta por todo o mundo.

Baiardi (2007) corrobora afirmando que na hanseníase, o estigma é um fenômeno real, que afeta a vida dos indivíduos nos seus aspectos físicos, psicológicos, sociais e econômicos e representa o conjunto de fatores como crenças, medos, preconceitos, sentimento de exclusão que atinge os portadores da moléstia. O estigma se efetivou a partir do isolamento social que envolveu a doença, e nos dias atuais é evidenciado através do claro preconceito que acomete os indivíduos portadores da doença, que preferem manter-se calados a respeito do diagnóstico e ocultar seu corpo, na tentativa de esconder a doença, para evitar a rejeição e o abandono. A falta de informações sobre o modo de transmissão, controle e cura da doença, bem como o medo da exclusão social, contribuíram para que a hanseníase se tornasse uma doença temida nas populações medievais e até os dias atuais, claro com menos intensidade (BAIARDI, 2007).

Normalmente, o diagnóstico de hanseníase choca o paciente que, mesmo sabendo que se trata de uma doença curável e não transmissível, internaliza a necessidade de camuflar a verdade para os outros e passa a sentir o peso do estigma. A aliança com a família é considerada indispensável. Visto ser a hanseníase uma doença curável em todas as suas formas, o seu maior problema se encontra tanto no âmbito médico como no social (DELELLO; SIMÕES, 2005).

Essa ansiedade pode perseguir o doente de hanseníase e seus parentes ao longo de suas vidas. No Brasil a hanseníase atinge um número superior a quinhentas mil pessoas, grande parte em idade produtiva, influenciando negativamente o seu trabalho, a formação da sua família e sua integração social. A mudança de atitude pode ser provocada por mudança de comportamento, em certas ocasiões, as mudanças de comportamento são impostas pela autoridade, de uma forma ou de outra (DELELLO; SIMÕES, 2005).

A representação social da hanseníase nos dias atuais é bem diferente como já foi visto, de tempos passados, mas o estigma continua a existir e a atormentar os portadores da doença. Pode-se considerar um avanço favorável no que se trata da lepra, já que hoje existe o alívio de saber que a patologia é curável, mas infelizmente o preconceito ainda ronda, tornando o portador



3.1 TIPO DE ESTUDO

Foi desenvolvido um estudo exploratório e descritivo, com abordagem documental quanti-qualitativa. De acordo com Marconi; Lakatos (2010), a pesquisa do tipo exploratória tem por objetivo a elaboração de questões ou de um problema, que pretende aumentar o vínculo do profissional e do ambiente, ou fato, ou fenômeno para conseqüentemente ser realizada uma pesquisa precisa, assim como, se houver necessidade modificar e clarificar conceitos. Normalmente são obtidas descrições tanto quantitativas quanto qualitativas do objeto de estudo.

Segundo Richardson (2008), as pesquisas descritivas propõem investigar “o que é”, ou seja, a descobrir as características de um fenômeno como tal. Nesse sentido, são considerados como objeto de estudo uma situação específica, um grupo ou um indivíduo. O método quantitativo, por sua vez, é caracterizado pela quantificação tanto das coletas de informações, quanto das técnicas estatísticas feitas para o tratamento da coleta.

A abordagem qualitativa enfatiza a compreensão da experiência humana como é vivida, coletando e analisando materiais narrativos e subjetivos, centrados nos aspectos dinâmicos, holísticos e individuais dos fenômenos, tentando capturá-los em sua totalidade, dentro do contexto dos que o experimentam (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido a nível domiciliar dos participantes residentes nos bairros Guanabara, Frei Damião, Ciganos, Jardim Iracema, Várzea da Cruz, Bancários, Centro, Estação, Jardim Sorrilândia II, São José, locados no município de Sousa, pertencente à Mesorregião do Sertão Paraibano, localizado a oeste da capital do estado, a cerca de 427 km de distância. Ocupa uma área de 842,275 km², sendo o terceiro maior município do estado em extensão territorial. Sua população em 2010 foi de 65.807 habitantes, sendo o sexto mais populoso do estado, o primeiro de sua microrregião e o segundo de sua mesorregião (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

O município conta com 26 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), das quais 19 encontram-se localizadas na zona urbana e as demais na zona rural. Cada Unidade é composta

por uma equipe multidisciplinar de aproximadamente 11 profissionais que assistem uma área adscrita variando de 800 até 3.120 pessoas.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Conforme Richardson (2008), a população é o conjunto de elementos que possuem características semelhantes. Por sua vez, “a amostra é uma parcela convenientemente selecionada do universo (população)” (MARCONI; LAKATOS, 2010, p. 147).

A população do estudo foi formada por todos os portadores e ex-portadores de hanseníase diagnosticados, notificados e cadastrados nas referidas Unidades de Saúde da Família do município no período compreendido entre janeiro de 2009 a setembro de 2011, perfazendo o universo de 21 usuários. Deste total, apenas 13 pessoas foram escolhidas através de uma amostragem não-probabilística intencional para fazerem parte da amostra. Para chegar aos treze foram eliminadas as crianças, participantes da zona rural e fora da data estipulada.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos no estudo indivíduos independentes do gênero e da escolaridade, com idade superior a 18 anos, residentes na zona urbana do referido município (diagnosticados como sendo portadores de hanseníase) durante o período de janeiro de 2009 a setembro de 2011 e ex-portadores que obtiveram a cura durante o período já citado e que concordaram em participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

Foram excluídos do estudo indivíduos menores de 18 anos, que residiam em municípios diferentes do município sede do estudo, ou mesmo na zona rural daquele e que se recusaram a participar espontaneamente do mesmo.

3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Como instrumento para coleta de dados foi utilizado um questionário semi-estruturado, formado pelos seguintes dados:

- *Questões sócio-demográficas*: nas quais foram abordadas as variáveis sexo, idade, estado civil, escolaridade, número de filhos, profissão, renda familiar e religião.

- *Questões clínicas-operacionais*: em que os participantes foram interrogados acerca da forma e do tempo de descoberta da doença, a classificação clínica e operacional, presença de reações hansênicas e deformidades/incapacidades físicas.

- *Questões subjetivas referentes a problemática*: nesse momento, os participantes foram avaliados sobre os sentimentos advindos após o diagnóstico da doença, a presença ou não de problemas nas diversas fases de sua vida em decorrência da patologia e as estratégias de enfrentamento mais utilizadas para solucioná-los.

- *Escala de Afetividade*: foi utilizada a Escala de Afeto Positivo e Afeto Negativo (positive affect / negative affect scale – PANAS) de Watson Clark e Tellegen, composta por 47 itens mensurando as dimensões de afetos positivos e negativos. Neste estudo foram utilizadas as versões adaptadas para o Brasil por Albuquerque; Tróccoli (2004), em que foram selecionados 12 afetos negativos e 10 positivos e estes foram respondidos em uma escala tipo *likert* de cinco pontos, variando de 1 = nem um pouco a 5 = extremamente.

- *Escala sobre Satisfação com a Vida*: propôs avaliar o componente cognitivo do bem-estar subjetivo, ou seja, a satisfação com a vida. Através de uma avaliação global, o próprio respondente pode eleger o que é fundamental para sua satisfação com a vida. É um instrumento auto-respondido de cinco itens. As respostas são dadas em uma escala tipo *likert* de sete pontos (1. concordo fortemente; 2. concordo; 3. concordo parcialmente; 4. nem concordo, nem discordo; 5. discordo parcialmente; 6. discordo; 7. discordo fortemente).

- *Escala de Modos de Enfrentamento*: validada para o Brasil por Seidl; Tróccoli; Zanon (2001): composta por 45 itens, com 04 sub-escalas que expressam cognições (ações intrapsíquicas) e comportamentos (ações diretas) para lidar com eventos estressantes - focalização no problema (18 itens), focalização na emoção (15 itens), busca de apoio social (05 itens) e religiosidade (07 itens). As respostas foram dadas em uma escala tipo *likert* de cinco pontos (1 = Nunca faço isso; 2 = Faço isso um pouco; 3 = Faço isso às vezes; 4 = Faço isso muito; 5 = Faço isso sempre).

3.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no mês de novembro do decorrente ano após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG.

No entanto, para o desenvolvimento do estudo foram solicitados a Coordenação do Curso de Enfermagem ofícios para serem entregues ao Secretário Municipal de Saúde, a Diretora de Atenção à Saúde, bem como a Coordenadora do Programa de Controle da Hanseníase, a fim de que fossem apresentados os objetivos, o caráter científico e a relevância social do estudo para os usuários, profissionais e para o próprio município.

Após a autorização dos gestores, foi realizada uma busca ativa do número absoluto de casos de hanseníase diagnosticados, notificados e tratados no período supracitado através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), da Vigilância Epidemiológica e também das Estratégias Saúde da Família objetivando conhecer o prontuário e traçar o perfil clínico e sócio-demográfico de cada (ex) portador, assim como identificar o endereço pessoal para realização de visitas subseqüentes.

Mediante aprovação do estudo pelo Comitê de Ética, a pesquisadora realizou uma abordagem inicial aos participantes através da visita domiciliária, com auxílio do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e da própria enfermeira da Unidade, que se dispuseram a colaborar com o mesmo. Nesse momento, os sujeitos foram esclarecidos sobre os objetivos, a relevância social e os aspectos éticos que norteiam a pesquisa, e solicitados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual garante, sobretudo, o direito da desistência e do anonimato. Ainda foram agendados os dias e horários para responderem os instrumentos de coleta de dados de acordo com sua disponibilidade.

Num segundo momento, foi feita a coleta de dados propriamente dita, de forma individual, na qual a pesquisadora entregou a cada participante os instrumentos pertinentes, orientando sobre a melhor forma de respondê-los, sem influenciar em sua resposta e aguardou o retorno dos mesmos após completo preenchimento. Vale ressaltar que, coube a pesquisadora a leitura e preenchimento guiado dos instrumentos nos casos em que os participantes não eram alfabetizados.

Antes de iniciar a aplicação dos questionários, foi realizada uma abordagem acerca da vida de cada sujeito através de conversas informais. Percebeu-se o quão carente eram aquelas pessoas e como era forte a emoção em narrar e/ou relembrar algumas de suas vivências,

principalmente enquanto (ex) portadores de hanseníase. Em alguns momentos, o silêncio e o choro se fizeram presentes.

Ao término de cada coleta, foram feitos os devidos agradecimentos aos participantes, bem como as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para o desenvolvimento do estudo. No mais, a pesquisadora comprometeu-se a reunir todos os participantes e gestores para exposição e debate dos resultados encontrados.

3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Na análise dos dados, o pesquisador buscou maiores detalhes para suas indagações, além de estabelecer relações e hipóteses. O processamento é a detecção de falhas ou erros que aconteçam na pesquisa (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Após o término da coleta, os dados objetivos foram digitados em planilha eletrônica do programa Excel for Windows, versão 2007, conferidos, corrigidos e importados para o programa Statistical Package for the Social Sciences (Programa SPSS), versão 16.0, para análise estatística. O SPSS é um software aplicativo do tipo científico, de apoio a tomada de decisão que inclui: aplicação analítica, Data Mining, Text Mining e estatística que transformam os dados em informações importantes que proporcionam reduzir custos e aumentar a lucratividade. Foram utilizadas como identificação dos participantes as iniciais de seus nomes.

Os dados subjetivos foram organizados em blocos temáticos e submetidos à Análise de Conteúdo Temática. Segundo Bardin (2009) esta pode ser designada como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de discussão do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Para realização do estudo foram considerados os pressupostos da Resolução 196, 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde/MS que dispõe sobre pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 1996). Tais pesquisas devem atender as exigências éticas e científicas fundamentadas, no qual o consentimento livre e esclarecido do sujeito da pesquisa e a proteção a

grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes deverão ser tratados em sua dignidade, respeitados em sua autonomia e defendidos em sua vulnerabilidade. Neste âmbito, a presente pesquisa, enquanto projeto, foi submetida ao CEP da HUAC/UFCG, vinculado a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS).

Com isso, o pesquisador abordou e informou aos sujeitos da pesquisa o caráter científico da mesma, cabendo a ele decidir participar ou não do estudo, uma vez que não existiu qualquer forma de remuneração. A pesquisa é confidencial, e aos participantes, lhes foram assegurados os benefícios resultantes do projeto, as condições de acompanhamento, de tratamento ou de orientação e desistência em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo do seu cuidado, o que foi oficializado através do TCLE.



Buscando facilitar o entendimento do leitor acerca da problemática em estudo, qual seja, os níveis de bem-estar subjetivo e as estratégias de enfrentamento de (ex) portadores de hanseníase após a confirmação diagnóstica, o presente capítulo encontra-se dividido em três momentos, a saber.

O primeiro diz respeito à apresentação dos dados sócio-demográficos e clínico-operacionais que caracterizam os participantes, sendo abordadas as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, número de filhos, profissão, religião, renda familiar, classificação clínica e operacional, tempo da doença, reação hansênica, incapacidade física e forma de descobrimento da doença.

O segundo momento está voltado a apresentação dos dados qualitativos, nos quais os participantes foram indagados sobre problema após o diagnóstico da doença e como descobriram a doença. O terceiro e último momento, trata da apresentação e discussão das escalas de Afetividade, Satisfação com a Vida e Modos de Enfretamento.

4.1 DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E CLÍNICO-OPERACIONAIS

Tabela 1- Caracterização dos participantes quanto o sexo, idade, estado civil e número de filhos

Variáveis	f	%
Sexo		
Masculino	6	46,2
Feminino	7	53,8
Faixa etária		
18-31 anos	2	15,5
32-44 anos	5	38,5
45-59 anos	3	23,0
≥ 60 anos	3	23,0
Estado civil		
Casado	5	38,5
Viúvo	1	7,7
Solteiro	4	30,8
Outros	3	23,1
Número de filhos		
Não tem filhos	3	23,1
2 filhos	3	23,1
3 filhos	5	38,5
4 filhos	1	7,7

5 filhos	1	7,7
Total	13	100

Fonte: Própria Pesquisa/2011.

Quanto a caracterização do perfil dos participantes, em relação a variável sexo, observou-se que 53,8% eram mulheres e 46,2% homens, demonstrando que as mulheres estão mais alerta a sua saúde, a qualquer alteração existente em seu corpo.

Oliveira; Romanelli (1998) enfatizam que as investigações realizadas na área da hanseníase revelam que a doença continua a incidir em maior proporção entre homens, embora nos últimos anos a diferença entre os sexos tenha diminuído, acometendo mulheres em plena capacidade de reprodução e produção laboral.

Em relação à variável idade, constatou-se que o maior número de participantes apresentou idade entre a faixa etária dos 32 aos 44 anos (38,4%). Outros por sua vez, tinham idades entre a faixa etária dos 45 aos 59 anos (23%), dos 18 aos 31 anos (15,5%) e idade maior ou igual a 60 anos (23%). Deve-se considerar que a maioria dos pacientes se encontra na fase economicamente ativa, sob risco de exclusão da cadeia produtiva por conta de incapacidades, como consequência de uma provável demora no diagnóstico.

De acordo com Nunes; Oliveira; Vieira (2008, “p. 100”) a doença atinge pessoas de todas as idades, principalmente aquelas na faixa etária economicamente ativa, tendo grande importância para a saúde pública, devido à sua magnitude e seu alto poder incapacitante.

No tangente a variável estado civil, percebeu-se que 38,5% dos participantes mantinham uma união conjugal estável, sendo considerados casados. Outros 30,8% disseram ser solteiros, 23,1% possuíam uma relação instável e apenas 7,7% eram viúvos. A união estável colabora bastante para o enfrentamento da doença, a partir do apoio do companheiro.

No que diz respeito a variável número de filhos, viu-se que o maior número de sujeitos (38,5%) possuem três filhos, 23,1% não possuem filhos, 23,1% disseram ter dois filhos, 7,7% quatro filhos e outros 7,7% possuem cinco filhos. A esse respeito, Pinto Neto et al. (2000) elucidam que ao tratar o paciente e seu comunicante, os serviços de saúde podem contribuir para a eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública, enfatizando que não é possível tratar o comunicante em uma única visita, sendo necessário um acompanhamento rotineiro.

Outras variáveis como a religião, escolaridade, profissão e renda familiar também foram estudadas a fim de melhor caracterizar os participantes. Os resultados podem ser vistos na tabela a seguir.

Tabela 2- Caracterização dos participantes quanto a religião, escolaridade, profissão e renda familiar

Variáveis	f	%
Religião		
Católico	10	76,9
Evangélico	2	15,4
Não Possui	1	7,7
Escolaridade		
Não alfabetizado	6	46,1
Ensino Fundamental Incompleto	4	30,8
Ensino Fundamental Completo	2	15,4
Ensino Médio Completo	1	7,7
Profissão		
Do lar	6	46,2
Agricultor	2	15,4
Autônomo	2	15,4
Ajudante	1	7,7
Auxiliar de serviços	1	7,7
Gari	1	7,7
Renda		
1 a 2 salários mínimos	13	100
Total	13	100

Fonte: Própria Pesquisa/2011.

Quando indagados acerca de sua religião, a maioria dos participantes (76,9%) disseram seguir a doutrina católica, 15,4% disseram ser evangélicos e 7,7% afirmaram não possuir nenhum tipo de religião. Os achados demonstram que a maioria dos pacientes tem devoção por Deus, o que é algo deveras positivo, uma vez que a religiosidade auxilia no enfrentamento de problemas.

Quanto à escolaridade, observou-se que 46,1% dos participantes não possuíam estudos, sendo considerados não alfabetizados, outros 30,8% possuíam o ensino fundamental incompleto como maior nível de escolaridade, 15,4% o ensino fundamental completo e 7,7% ensino médio completo. Simões; Delello (2005) mencionam que a baixa escolaridade pode ter uma ligação com

o não conhecimento da doença, acarretando riscos quanto as incapacidades e danos irreversíveis oriundos da patologia.

Quando indagados sobre a profissão que possuíam, 46,2% afirmaram serem do lar, 15,4% eram agricultores e autônomos respectivamente, 7,7% trabalhavam como ajudante, 7,7% eram auxiliar de serviços e outros 7,7% exerciam a função de gari. Essas profissões são previsíveis, pois o nível de escolaridade antes mencionado sugere que os mesmos se enquadram em profissões que não necessitam de um alto nível escolar.

A informação da ocupação/profissão dos pacientes é raramente registrada nas fichas de notificação e ao ser digitado no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), a mesma é categorizada pelo ramo de atividade econômica que o paciente se encontra, mas não permite identificar qual a sua condição em relação ao trabalho exercido.

Estudos realizados ao longo dos anos revelam que o afastamento do trabalho por complicações físicas e emocionais advindas da hanseníase é preocupante e que o tema merece ser melhor investigado (NARDI et al., 2007).

Sobre a variável renda familiar, 100% dos participantes responderam ganhar entre um a dois salários mínimos nacionais vigentes, caracterizando-se assim como pessoas sem muitas condições, pertencentes a classe humilde baixa da população brasileira.

De acordo com Brasil (2002), as condições sócio-econômicas desfavoráveis, como condições precárias de vida e de saúde e o elevado número de pessoas convivendo no mesmo ambiente, influem no risco de adoecer. Duarte; Ayres; Simonetti (2007) apontam que a disponibilidade ou ausência de recursos para as populações de baixa renda contribui positiva ou negativamente nas condições de vida, além de constituírem um fator que poderá influenciar na escolha, avaliação e aderência do tratamento proposto.

Ayres et al. (2011) ao avaliarem a qualidade de vida de pacientes com hanseníase encontraram um perfil de participantes predominantemente do sexo masculino, com idades entre 20-70 anos, a maioria com ensino fundamental incompleto, baixo nível socioeconômico e com predomínio das formas as polarizadas da doença.

Um estudo sobre as desigualdades sociais e a saúde no Brasil apontou que a população com condições de vida menos favorecidas economicamente apresentam menor acesso ao serviço de saúde apesar de necessitarem mais do mesmo (LANA et al., 2009).

Todas as variáveis supracitadas são relevantes no contexto de coping, porque determinam as estratégias que os indivíduos devem adotar para reduzir seu sofrimento, no sentido de que não só a situação estressora influencia nas estratégias adotadas, mas também os recursos disponíveis e a responsabilidade perante o acontecimento.

Algumas variáveis como o tempo de descoberta da doença, a classificação clínica e operacional e a presença de reações hansênicas e incapacidades físicas foram listadas e apresentadas na próxima tabela.

Tabela 3 – Caracterização dos participantes quanto o tempo de descoberta da doença, classificação clínica e operacional, e presença de reações hansênicas e incapacidades físicas

Variáveis	f	%
Há quanto tempo descobriu a doença		
Menos de 6 meses	4	30,8
Entre 6 meses a 1 ano	3	23,1
Entre 1 ano a 1 ano e 6 meses	3	23,1
Há 2 anos	1	7,7
Não soube informar	2	15,4
Classificação operacional		
Paucibacilar	7	53,8
Multibacilar	6	46,2
Classificação clínica		
Indeterminada	3	23,1
Dimorfa	4	30,8
Tuberculóide	3	23,1
Virchowiana	1	7,7
Boderline (Dimorfa-Tuberculóide)	1	7,7
NI*	2	15,4
Reação hansênica		
Não	13	100
Incapacidade física		
Sim	3	30,1
Não	10	69,9
Total	13	100

Fonte: Própria Pesquisa/2011.

Em busca de informações acerca dos dados clínicos da hanseníase, os participantes foram avaliados de acordo com os prontuário sobre há quanto tempo descobriram ser portadores da

doença. 30,8% alegaram conviver com a doença há menos de seis meses; 23,1% entre seis meses e um ano, 23,1% entre um ano e um ano e meio, 15,4% não souberam informar o tempo em que receberam o diagnóstico e 7,7% disseram ter descoberto a doença há dois anos.

Quanto à classificação operacional foi verificado que 53,8% dos participantes foram diagnosticados como paucibacilares (casos com até 05 lesões cutâneas e/ou um nervo comprometido) e 46,2% como multibacilares (casos com mais de 05 lesões cutâneas e mais de um nervo comprometido).

Sobre a classificação clínica foi achado, segundo os prontuários, que a maioria 30,8% dos participantes se enquadraram na forma dimorfa, seguido das formas indeterminada e a tuberculóide com 23,1% respectivamente, a virchowiana e a borderline (Dimorfa-Tuberculóide) corresponderam a 7,7% cada uma, e os prontuários que não possuíam informações englobaram 15,4% dos casos. Dessa forma, percebe-se que a maioria dos pacientes teve o diagnóstico confirmado durante a evolução inicial da doença, procurando o serviço de saúde antes de apresentar formas mais graves da patologia, muito embora, uma parcela significativa de participantes tenha demorado a procurar ajuda profissional para seus sintomas.

Divergindo de tais achados, Manhães et al. (2011) ao estudarem o perfil neurológico e clínico de 25 pacientes com hanseníase, observaram predomínio do sexo masculino (60%), do grupo multibacilar (80%) e da forma clínica borderline-lepromatosa (36%).

Em se tratando de reação hansênica, todos os participantes, ou seja, 100%, afirmaram não apresentar, justificando assim que o tratamento precoce diminui o risco de lesões mais sérias da doença.

Na categoria de incapacidade física, os participantes foram analisados de acordo com seus prontuários quanto à presença das mesmas. 69,9% afirmaram não possuir e 30,1% disseram tê-las, das quais eram incapacidades oculares e neurites. Os problemas econômicos derivados da incapacidade para o trabalho aparecem na vida diária, se refletem no grupo familiar, repercutem na formação e educação da família, se projetam na casa e se encontram diretamente vinculados ao desajuste psíquico dos pacientes. A neuropatia da hanseníase resulta, principalmente, de um processo inflamatório dos nervos periféricos, cuja intensidade, extensão e distribuição dependem da forma clínica, da fase evolutiva da doença e dos fenômenos de agudização durante os episódios reacionais (LANA et al., 2009).

4.2 DADOS SUBJETIVOS VOLTADOS A PROBLEMÁTICA

Quando questionados sobre a maneira como descobriram a doença, os participantes responderam ter sido através da sintomatologia e/ou confirmação médica, o que pode ser evidenciado através das falas:

"O médico disse que era micose e depois impinge. Aí eu vi uma menina lendo sobre essa doença que eu tenho, aí eu me liguei e fui investigar". (MCJS)

"Eu pensava que era pano branco, aí num resolvia, fui no doutor e ele disse que era essa doença e mandou eu pro posto pra me tratar". (ASS)

"Foi porque, minha filha, apareceu uma mancha na minha perna, aí eu machucava e não sentia, aí fui pro posto". (MGM)

"Há mulher, é porque eu tava com essas manchas e o pé dormente aí eu fui pro médico sabe, e ele disse que eu tinha hanseníase" (MFN).

Apesar de a maioria apresentar nenhum ou um baixo grau de escolaridade, ainda assim, observa-se que tais indivíduos têm algum um conhecimento, por menor que seja, sobre a hanseníase, pois foi a partir da detecção dos sinais e sintomas que suspeitaram da doença.

Por outro lado, percebe-se que nem todos os profissionais que compõe a saúde pública, mais especificamente as Unidades Básicas de Saúde têm um embasamento científico sobre a doença, confundindo a sintomatologia hanseníase com dermatites comuns, como micoses.

A hanseníase apresenta um período de incubação variável entre três e cinco anos, sua primeira manifestação consiste no aparecimento de manchas dormentes, de cor avermelhada ou esbranquiçada, em qualquer região do corpo. Placas, caroços, inchaço, fraqueza muscular e dor nas articulações podem ser outros sintomas. Com o avanço da doença, o número de manchas ou o tamanho das já existentes aumenta e os nervos ficam comprometidos, podendo causar deformações em regiões, como nariz e dedos, e impedir determinados movimentos, como abrir e fechar as mãos. Além disso, pode permitir que determinados acidentes ocorram em razão da falta de sensibilidade nessas regiões (BRASIL, 2009).

Para maior relevância do estudo foram levantados questionamentos acerca das mudanças na vida dos participantes advindas da confirmação diagnóstica da hanseníase. Dessa forma, verificou-se que uma grande parte dos mesmos vivenciou sentimentos de tristeza, medo ou mesmo um vazio. Tais achados podem ser visualizados nas falas a seguir.

"Sei lá, uma coisa ruim, uma tristeza". (JRN)

"Me senti triste, ninguém quer adoecer né? E mais essa doença que a pessoa fica feia". (ASS)

"Nada, só uma coisa ruim, medo de não ficar curado". (PFN)

"Com medo do povo ter nojo de eu". (MGM)

Corroborando com tais achados, Cordeiro; Madeira; Alves (2001) ao tentar compreender as significações da permanência de jovens sadios na Colônia de Itanhenga, Cariacica-ES, perceberam que estes acreditam que após o diagnóstico o doente fica sozinho, triste, com dor, medo da mutilação, desprezo e medo de contaminar os outros, além de constrangidos com o tratamento. Segundo Videres; Simpson (2010) dentre os sentimentos que brotam no paciente após a confirmação diagnóstica da hanseníase e passam a fazer parte do seu mundo, está o medo de ser desmascarado, o medo de transmitir a doença, da discriminação contra seus familiares, das sequelas físicas, o temor ao abandono, a rejeição e a solidão. A depressão também é um quadro clínico típico e característico de desânimo, desinteresse, apatia, tristeza e choro. Em algumas pessoas pode persistir durante meses e até anos, podendo assim comprometer o sucesso do tratamento e ocasionando complicações, às vezes irreversíveis.

Por outro lado, vale ressaltar que a maioria dos participantes relatou não possuir nenhum problema quanto ao diagnóstico da hanseníase, adaptando-se e convivendo normalmente com tal condição, talvez pela falta de conhecimento de sua dimensão ou por conhecerem-na e acreditar realmente em sua cura, quando realizado um tratamento correto.

Um estudo desenvolvido por Rocha-Leite et al. (2011) com 117 portadores de hanseníase em tratamento antimicrobiano, atendidos no Centro de Referência para Hanseníase do Hospital Dom Rodrigues de Menezes e no Hospital Universitário Prof. Edgard Santos, em Salvador/BA, diverge desses achados ao demonstrar que 23% dos sujeitos perceberam a hanseníase como um diagnóstico traumático.

A esse respeito, Videres; Simpson (2010) ressaltam que receber o diagnóstico de uma doença como a hanseníase, repleta de significados sócio-culturais e adaptar-se a ela, envolve mudanças nos hábitos que influenciam significativamente a qualidade de vida dos pacientes. Ademais, desperta diversos sentimentos, reações emocionais e fantasias, nas quais os profissionais de saúde, sobretudo, o enfermeiro, deve estar atento aos seus próprios sentimentos para a partir de então tentar compreender o indivíduo afetado e buscar junto aos seus familiares

estratégias eficazes capazes de minimizar o sofrimento e auxiliá-lo no enfrentamento desse momento difícil.

Além disso, buscou-se saber como se sentem os participantes na atual condição de portadores ou ex-portadores de hanseníase. Percebeu-se, no entanto que, a maioria dos mesmos disse não sentir nada, demonstrando um estado de tranqüilidade, conforme comprovado nas falas a seguir.

"Em mim não altera nada, é como se fosse uma cicatriz". (JHGS)

"Agora eu mim sinto tranqüilo, já sei e entendo né a doença". (ASS)

"Normal, eu quero é ficar curado logo, pra trabalhar na minha roça". (IOS)

Essa normalidade relatada pelos participantes pode ser entendida como o estágio de aceitação da doença, de conformidade e conseqüentemente da busca adequada da cura, no caso dos que ainda estão em tratamento. De acordo com Kübler-Ross (1994), nesta fase, o paciente encontra-se mais tranqüilo, sereno, conformado e adaptado a sua condição, gerando conscientização e responsabilidade pelo seu estado geral de saúde.

Por sua vez, outros participantes disseram sentirem-se tristes, infelizes com a atual condição de saúde devido, sobretudo, a mudança em sua rotina de trabalho e em sua aparência física, responsável na maioria dos casos pela estigmatização dos pacientes.

"Me sinto triste, pois nem trabalhar com meus bicho posso, devido o sol". (PFN)

"Infeliz, porque essas manchas são feias". (JRN)

"Eu me sinto triste, mas com fé de Deus vou ficar boa". (MGM)

O enfrentamento de algum problema após o diagnóstico da doença foi outra variável analisada no trabalho, observando que para 84,6% dos participantes, nenhum problema foi vivenciado ou experienciado durante esse evento traumático. Por outro lado, uma parcela significativa de participantes (15,4%) revelaram enfrentar problemas após descobrirem ser portadores da doença, conforme visualizado na figura abaixo:

Tabela 4 - Dificuldades advindas com a confirmação diagnóstica da hanseníase

Problema após o diagnóstico	f	%
Sim	2	15,4
Não	11	84,6
Total	13	100

Própria pesquisa, 2011

Dentre os que afirmaram vivenciar alguma dificuldade durante essa nova fase de suas vidas, pode-se enumerar a impossibilidade de realizar as atividades domésticas e o medo da exclusão social como os principais problemas elucidados pela pequena parcela da amostra, conforme observado nas falas a seguir:

"Hoje eu não posso fazer minhas coisas em casa". (MSCS)

"Fico com receio porque o povo ficou com nojo de mim". (JRN)

Quando interrogados sobre o que fizeram para lidar com os problemas apresentados, os participantes simplesmente não fizeram nada ou mostraram uma atitude de auto-rejeição, afastando-se da pessoas com as quais conviviam. Tal fato pode ser percebido nas falas:

"Eu me afastei do povo, fazer o quê?". (JRN)

"Não fiz nada, eu ia fazer o quê?". (MSCS)

A hanseníase é uma doença transmissível, entretanto, segundo a Organização Mundial de Saúde (2009), a maioria das pessoas é resistente ao bacilo e não a desenvolve. Aproximadamente 95% dos parasitas são eliminados na primeira dose do tratamento, já sendo incapaz de transmiti-los a outras pessoas. Este dura até aproximadamente um ano e o paciente pode ser completamente curado, desde que siga corretamente os cuidados necessários. Portanto, é inadmissível nos dias atuais pacientes de hanseníase se queixarem de preconceito, visto que, a mídia foca informações pertinentes e relevantes como a cura e o não contágio após o início do tratamento.

Péres; Franco; Santos (2008) ressaltam que as reações emocionais são tão importantes quanto os dados fisiológicos, sendo necessário considerar também os aspectos sociais, culturais, psíquicos e econômicos no processo saúde doença, uma vez que influenciam no comportamento escolhido para enfrentar a doença.

DADOS RELACIONADOS À AFETIVIDADE, SATISFAÇÃO COM A VIDA E MODOS DE ENFRENTAR PROBLEMAS

Em meio as mudanças vivenciadas ou não pelos (ex) portadores de hanseníase, procurou-se conhecer um pouco mais acerca de sua afetividade, sua satisfação com a vida e as estratégias que utilizam diariamente para enfrentar algum problema advindo da doença ou outros diversos. Os resultados podem ser visualizados nos quadros e tabelas a seguir.

Pinheiro et al. (2003) têm mostrado relações significativas entre coping e afetividade, principalmente negativa. O quadro 1 apresenta uma distribuição dos afetos positivos e negativos e suas respectivas médias.

Quadro 1 – Afetos positivos e negativos apresentados pelos participantes

Afetos positivos	Médias	Afetos negativos	Médias
Amável	3,1	Ansioso	2,7
Ativo	3,1	Indeciso	2,1
Determinado	2,8	Assustado	2,1
Disposto	2,8	Aflito	2,1
Contente	2,8	Angustiado	1,9
Alegre	2,7	Irritado	1,9
Interessado	2,5	Incomodado	1,8
Decisivo	2,4	Triste	1,7
Seguro	2,3	Deprimido	1,7
Vigoro	1,8	Desanimado	1,7
		Agressivo	1,7
		Aborrecido	1,5
Média geral	2,6	Média geral	1,9

Fonte: Própria Pesquisa/2011

Pode-se constatar que em relação à afetividade, os participantes apresentaram média de 2,6 pontos para os afetos positivos, nos quais, os que tiveram a maior pontuação foram: amável

(3,1), ativo (3,1), determinado (2,8), disposto (2,8) e contente (2,8). Por outro lado, os participantes apresentaram uma média inferior aos afetos positivos de 1,9, e os mais pontuados foram: ansioso (2,7), indeciso (2,1), assustado (2,1), aflito (2,1) e angustiado (1,9).

Tal distribuição implica na predominância dos afetos positivos sobre os afetos negativos. Uma pessoa pode ser ou estar insana e se sentir muito feliz. Já outra pessoa pode estar bem em muitos aspectos de sua vida, mas não ser particularmente feliz. Os participantes podem estar alegres e concomitantemente tristes, tendo em vista que tais afetos são independentes. Assim, eles apresentaram afetos positivos porque estavam satisfeitos com suas vidas embora tenham apresentado afetos negativos em virtude de seu estado de saúde.

Segundo Giacomoni (2004), indivíduos felizes podem relembrar mais eventos positivos e menos negativos simplesmente devido à frequência com que eles experienciam esses eventos, propõe outra explicação para as diferenças de lembranças entre as pessoas felizes e infelizes. O estudo de bem-estar subjetivo é de substancial importância aplicada. Quando políticos procuram entender como melhorar a qualidade de vida das populações, medidas de bem-estar subjetivo são necessárias para complementar as medidas objetivas como os índices econômicos.

A satisfação com a vida é considerada um dos principais indicadores de bem-estar subjetivo, sendo avaliada como uma medida geral ou como referência a áreas importantes da vida, a exemplo do trabalho e da família. Na tabela a seguir tem-se o nível de satisfação apresentado pelos participantes.

Tabela 5 – Níveis de satisfação com a vida apresentados pelos participantes

Variável	Média (3,9)
Se pudesse viver a minha vida de novo, não alteraria praticamente nada	4,6
Até agora, consegui obter aquilo que era importante na vida	4,2
As minhas condições de vida são excelentes	4,1
Estou satisfeito com a minha vida	3,5
Em muitos aspectos, minha vida aproxima-se dos meus ideais	3,0

Fonte: Própria Pesquisa/2011.

De acordo com a Tabela 4, percebe-se que os participantes mostraram-se moderadamente satisfeitos com suas vidas, apresentando uma média geral de 3,9 pontos. Isso se deve, sobretudo, as repercussões físicas, sociais e psicológicas na vida dos mesmos advindas com a confirmação da doença e que foram anteriormente listadas, como as baixas condições de vida, o próprio estado de saúde em que se encontram, a impossibilidade de trabalhar, o receio e o medo de serem excluídos da sociedade devido a presenças de estereótipos, principais responsáveis pela estigmatização dos sujeitos.

Conforme apontado por Giacomoni (2004), a satisfação com a vida é um dos indicadores de bem-estar, geralmente definido como se tendo uma boa vida e sendo feliz. O bem-estar subjetivo refere-se à avaliação, cognitiva ou afetiva, que o indivíduo faz sobre a própria vida. As pessoas experimentam abundante bem-estar subjetivo quando apresentam estados afetivos positivos, quando se envolvem em atividades prazerosas, quando estão satisfeitas com a vida.

As pessoas que apresentam maior satisfação com a vida hoje são aquelas que recebem mais suporte afetivo, as pessoas que contam com outras para suporte instrumental, acreditam que estarão mais satisfeitas no futuro. Pode-se observar que as relações sociais e o suporte social, sejam ele qual for (emocional, instrumental ou informacional) são de grande importância em todos os momentos da vida, e, sendo assim, os comportamentos se alteram de acordo com as mudanças de metas, de objetivos, de acordo com as motivações implementadas pelas tarefas evolutivas (ALBUQUERQUE; TROCCOLI, 2004).

Como um dos focos centrais, buscou-se verificar as principais estratégias de enfrentamento adotadas por (ex) portadores de hanseníase após o diagnóstico. As pontuações médias são descritas e discutidas na tabela a seguir.

Tabela 6 – Pontuações médias dos participantes nas estratégias de enfrentamento

FATORES / ITENS	MÉDIAS
FATOR 1 – Centrado na Religião	3,0
Pratico mais a religião desde que tenho esse problema	3,3
Eu rezo/ oro	3,2
Espero que um milagre aconteça	3,2

Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou	3,0
Tento esquecer o problema todo	3,0
Eu me apego a minha fé para superar esta situação	2,9
Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo	2,7

FATOR 2 – Centrado no Problema **2,8**

Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores	3,4
Tento ser uma pessoa mais forte e otimista	3,2
Eu insisto e luto pelo que eu quero	3,1
Eu levo em conta o lado positivo das coisas	3,1
Aceito a simpatia e a compreensão de alguém	3,0
Encontro diferentes soluções para o meu problema	3,0
Estou mudando me tornando uma pessoa mais experiente	3,0
Eu me concentro nas coisas boas da minha vida	2,9
Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela	2,9
Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira idéia	2,9
Tento não fechar portas e deixar em aberto saídas para o problema	2,8
Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo	2,8
Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez	2,8
Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação	2,7
Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido	2,7
Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui	2,6
Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida	2,5
Fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo	2,4

FATOR 3 – Centrado no Apoio Social **2,5**

Converso com alguém para obter informações sobre a situação	3,0
Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite	3,0
Converso com alguém sobre como estou me sentindo	2,7
Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema	2,2
Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo	1,4

FATOR 4 - Centrado na Emoção **1,8**

Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto	2,9
Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema	2,8
Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo	2,8
Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer	2,7
Descubro quem mais é ou foi responsável	2,3
Procuro um culpado para a situação	2,1
Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema	1,7
Procuro me afastar das pessoas em geral	1,6

Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer	1,1
Eu culpo os outros	1,3
Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim	1,2
Eu me culpo	1,2
Penso em coisas fantásticas ou irrealis (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor	1,1
Eu acho que as pessoas foram injustas comigo	1,1
Desconto em outras pessoas	1,1

Antes mesmo da apresentação dos resultados obtidos, torna-se importante lembrar que a escala de respostas do Instrumento de Coping, varia de 1 = Nunca Faço Isso a 5 = Faço Isso Sempre. Assim, de acordo com a Tabela 5, as estratégias de coping mais utilizadas pelos indivíduos acometidos pela hanseníase correspondem as estratégias *Centradas na Religiosidade*, no qual apresentaram média geral de 3,0 pontos. Nesse contexto, os participantes obtiveram maior pontuação nas seguintes estratégias: pratico mais a religião desde que tenho esse problema (3,3), eu rezo/oro (3,2) e eu espero que um milagre aconteça (3,2). Estes apontam coerência com pensamento fantasioso permeado por sentimento de esperança e fé.

Ao identificar estratégias de enfrentamento (*coping*) utilizadas por 12 pacientes com hanseníase na cidade de São José de Ribamar (Maranhão), como parte integrante do projeto IntegraHans MAPATOPI, Sampaio et al. (2011) divergiram dos achados desse estudo ao identificarem que o encobrimento e o disfarce ficaram em evidência, tendo em vista que o *coping*, no caso da hanseníase, tem dupla direção: a doença em si e o preconceito decorrente do estigma que acompanha a doença.

A esse respeito, Faria; Seidl (2005) mostraram que a religião pode ser útil para enfrentar a situação por proporcionar um sistema de crenças e uma linha de pensamento sobre o evento estressante que capacita as pessoas a encontrarem conhecimentos e propostas para lidar e compreender eventos inevitáveis. Ainda, pontuam que pessoas ligadas à fé religiosa reportam grande satisfação com a vida, felicidade pessoal e menos conseqüências negativas em eventos traumáticos da vida em comparação a pessoas não envolvidas em religião formal, promovendo bem-estar psicológico.

Alguns estudos apontam para a importância do uso da religião como recurso de enfrentamento em doenças como a hanseníase, oferecendo respostas, favorecendo a superação de problemas, fornecendo um significado às condições de estigma que envolve a patologia. Portanto,

esta estratégia de enfrentamento é apontada como uma forma positiva de enfrentar o estresse (BARBOSA, 2006).

Tais justificativas são compatíveis aos resultados encontrados neste estudo, visto que a maioria dos participantes era praticante da doutrina católica e apresentou moderada satisfação com a vida conforme sua pontuação de afetos positivos. O fato de uma pessoa freqüentar entidades religiosas sugere uma organização em grupo, no qual a mesma terá um suporte individual em cadeia com quem divide suas crenças.

No mais, entende-se que as crenças religiosas funcionam como mediadoras cognitivas pela interpretação dos eventos de maneira positiva, o que pode favorecer a adaptação e o ajustamento das pessoas à condição de saúde. Por outro lado, deve-se ter um cuidado com tais interpretações visto que, para muitas pessoas, principalmente aqueles portadoras de doenças crônicas que necessitam de auto-cuidado intenso, a atribuição de causalidade externa pode dificultar as medidas de auto-cuidado, pois a prática tem demonstrado que ao se atribuir a Deus a responsabilidade de estar doente, deixa-se de assumir sua responsabilidade pessoal.

A segunda estratégia adotada pelos participantes refere-se à coping *Centrado no Problema* com média de 2,8. Seus itens que obtiveram maior pontuação foram: eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores (3,4), tento ser uma pessoa mais forte e otimista (3,2) e, eu insisto e luto pelo que eu quero (3,1).

Tais itens representam condutas de aproximação em relação ao estressor, desempenhadas pelo indivíduo no sentido de solucioná-lo e também envolvem esforços ativos eminentemente cognitivos voltados para a reavaliação do problema, percebendo-o de modo positivo (LORENCETTI; SIMONETTI, 2005).

Isso significa que os participantes se esforçam de alguma forma para administrar ou alterar os problemas, ou para melhorar seu relacionamento com o meio, uma vez que os mesmos insistem e lutam pelo que querem. Lorencetti; Simonetti (2005) consideram tais estratégias como adaptativas, voltadas para a realização, que podem ser dirigidas ao ambiente para escolha de uma solução para o problema. Diante do exposto, pode-se verificar que tais estratégias estão relacionadas aos sentimentos de controle dos indivíduos percebidos sobre a situação estressante.

A terceira estratégia adotada pelos participantes diz respeito às estratégias de coping *Focalizadas na Busca de Apoio Social* (média de 2,5) apresentando três itens mais pontuados como: converso com alguém para obter informações sobre a situação (3,0), Peço conselho a um

parente ou a um amigo que eu respeite (3,0) e converso com alguém sobre como estou me sentindo (2,7). Suporte social é um termo genérico que inclui características estruturais das redes sociais, referentes à frequência e quantidade de relações sociais, além de aspectos funcionais das interações sociais, relacionados à percepção da disponibilidade e tipo de apoio recebido (BARBOSA, 2006).

No caso estudado, o uso do suporte social foi associado com aceitação da doença e bem-estar, entretanto alguns dos participantes demonstram não se sentirem bem em dividir o que têm, nem seus problemas. Esta estratégia deve estar focalizada a maior melhora física, menos hostilidade e melhor controle da depressão. O uso não tão freqüente da estratégia suporte social entre os participantes pode sugerir que a importância da convivência com outras pessoas é menor que o constrangimento gerado pela doença.

Para Chor (2005) o suporte social tem um papel relevante na promoção da saúde física e mental dos indivíduos. Pessoas que não têm este tipo de suporte tendem a ter mais dificuldade para lidar com o estresse que aquelas pessoas que têm o suporte social. Ramos (2002) por sua vez, demonstra que as relações sociais são capazes de moderar o estresse em pessoas que experienciam problemas de saúde.

A última estratégia adotada está *Focalizada na Emoção* (média de 1,8), correspondentes às estratégias cognitivas e comportamentais que podem cumprir função paliativa no enfrentamento e/ou resultar em afastamento do estressor. Dentre seus itens com maior pontuação, destacam-se: eu desejaria mudar o modo como eu me sinto (2,9), eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema (2,8) e eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo (2,8).

Tais sujeitos tentaram substituir ou regular o impacto emocional do estresse, utilizando a emoção como forma de manter a esperança e otimismo, uma vez que eles percebem que não serão competentes para enfrentar a situação, cabendo-lhe suportar a tensão por meio de regulações afetivas diversas. Os participantes demonstraram que acreditam na cura da hanseníase e que não são pessoas revoltadas devido a doença, tornando assim fácil o diálogo e explicação quanto a patologia.



A hanseníase, antigamente conhecida como lepra, foi uma doença vista como um mal incurável, rodeada de preconceitos e receios, que proporcionava ao paciente isolamento de tudo e de todos. Atualmente, ela é vista como algo que requer cuidados especiais, tratamento adequado e diagnóstico precoce em busca da real cura, tornando assim as informações do passado mitos inacreditáveis. As pesquisas e estudos sobre a hanseníase colaboram imensamente para que a verdadeira história da doença seja propagada para todos, aumentando o conhecimento das pessoas e diminuindo a mitologia ainda existente em volta da doença.

O estudo possibilitou constatar que alguns os participantes se sentiram tristes quando receberam o diagnóstico de hanseníase, mas acabaram se acostumando, aceitando e entendendo melhor a doença. Alguns problemas ainda existem em volta da doença, relacionados à aparência. No entanto, pôde-se perceber que, devido à quantidade de informações divulgadas atualmente sobre a hanseníase, as pessoas em geral têm um conhecimento mais correto sobre a patologia, principalmente no que se refere a questões antes polêmicas, diagnóstico, tratamento, cura, preconceito. Porém, o estudo não buscou informações sobre a vida antes e depois do diagnóstico, impossibilitando assim esclarecimentos mais importantes quanto à vida psicológica do participante.

A afetividade foi outro aspecto relevante abordado neste estudo, medida através de afetos positivos e negativos. Tais afetos são independentes e uma pessoa pode estar sentindo tanto níveis de afeto prazeroso quanto baixo nível de afeto desagradável. No presente estudo, observou-se uma maior incidência dos afetos positivos sobre os afetos negativos, no qual os participantes mostraram-se determinados, amáveis, dispostos, interessados e alegres. Isto significa que mesmo sendo (ex) portadores de hanseníase, eles se apresentaram moderadamente satisfeitos com suas vidas.

Porém, de acordo com a (EMEP), as estratégias mais utilizadas pelos participantes foram focalizadas em práticas religiosas, resolução de problemas, suporte social e focalizado na emoção. As estratégias de coping são ensinadas e aprendidas, considerando que não há uma estratégia mais eficaz do que a outra. O indivíduo escolhe a estratégia que mais se adequa ao enfrentamento do estresse, tendo em vista a natureza do evento. Na verdade, a construção de formas de adaptação só pode ser realmente definida de forma situacional, no sentido de que o coping é algo multideterminado e constitui-se em um processo.

Dessa forma pode-se dizer que os objetivos do estudo foram alcançados embora a existência de algumas limitações como: as dificuldades quando se fala de bem-estar subjetivo e estratégias de enfrentamento em hanseníase são constatadas através dos estudos atualmente publicados sobre o assunto, nos quais são mínimos ou quase inexistentes, tornando difícil o acesso a fontes bibliográficas que embasassem referencialmente o trabalho. Outra limitação diz respeito a busca pelos participantes, mais especificamente no que diz respeito ao registro completo e correto dos prontuários dos mesmos, nos quais são de responsabilidade dos profissionais da atenção primária, primordialmente dos enfermeiros. Isso demonstra a falta de tempo para com compromissos e responsabilidades de tais profissionais, comprovando que são necessárias melhorias na atenção integral ao portador de hanseníase.

Assim sendo, através do presente estudo ressalta-se a importância de resgatar a prática clínica que não apenas decodifica questões biopsíquicas, mas também reconhece valores de vida, condições sociais e formas de enfrentamento de problemas, adotando-se uma prática que possibilite conhecer, além dos sinais e sintomas biológicos do sujeito, a sua maneira de “andar na vida”.

Ainda, torna-se mister dizer que o referido estudo traz reflexões voltadas aos profissionais de enfermagem para elaboração de um plano de intervenção ativo, para auxiliar esses indivíduos a enfrentarem o estresse durante seu tratamento, ajudando-os a compreender melhor a ameaça. Assim, é preciso assumir o compromisso perante o cuidado no sentido integral do termo, pois cuidar implica em possibilitar formas de maximizar a cura, além de promover a educação para que os (ex) portadores de hanseníase se recuperem e apreendam formas de melhor lidar com os momentos de instabilidade da homeostasia física e psíquica.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. S.; TROCCÓLI, B. T. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 20, n. 2, p. 153-164, mai/ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v20n2/a08v20n2.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2011.

ARTECHE, A. X.; BANDEIRA, D. R. Bem-Estar Subjetivo: um estudo com adolescentes trabalhadores. *Psico-USF*, v. 8, n. 2, p. 193-201, jul/dez. 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-82712003000200011&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 jul. 2011.

BAIALARDI, K. S. O estigma da hanseníase: relato de uma experiência em grupo com pessoas portadoras. *Hansen Int.*, v. 32, n. 1, p. 27-36, 2007. Disponível em: <<http://www.ilsl.br/revista/index.php/hi/article/viewFile/301/278>>. Acesso em: 16 jul. 2011.

BARBOSA, J. M. M. *Avaliação da qualidade de vida e das estratégias de enfrentamento em idosos com incontinência fecal*. 2006. 115 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) – Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006. Disponível em: http://www.eef.ufmg.br/mreab/documentos_new/Dissertpdf/julianamachado.pdf. Acesso em: 04 de junho 2011.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa (Po): Edições 70, 2009.

BATISTA, E. S.; ET al. Perfil sócio-demográfico e clínico epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em Campos dos Goytacazes. *Rev. Bras. Clín. Med.*, V. 9, n.2, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Guia para Controle da Hanseníase*. 1. ed. Brasília, DF: 2002.

AYRES, J. A.; ET al. Percepção dos pacientes de hanseníase a respeito de sua qualidade de vida. *Hansenologia Internationalis*, V. 1, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Guia para Controle da Hanseníase*. 1. ed. Brasília, DF: 2009.

CALDERERO, A. R. L.; MIASSO, A. I.; CORRA DI-WEBSTER, C. M. Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de pronto atendimento. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 10, n. 1, p. 51-62, 2008. Disponível em:

<<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/pdf/v10n1a05.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2011.

CHAMON, E. M. Q. O. Estresse e estratégias de enfrentamento: o uso da escala Tolousaine no Brasil. *Rev. Psi: Org e Trab*, v. 6, n. 2, p. 43-84, jul/dez. 2006. Disponível em:

<<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/rpot/article/view/1108>>. Acesso em: 11 junho 2011.

COLETA, J. A. D.; COLETA, M. F. D. Felicidade, bem-estar subjetivo e comportamento acadêmico de estudantes universitários. *Psicologia em estudo*. Maringá, v. 11, n. 3, p. 533-539, set/dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n3/v11n3a08.pdf>>. Acesso em: 02 agosto 2011.

_____. Felicidade e Bem-Estar subjetivo entre professores universitários. *Revista de estudos de educação*, v. 9, n. 2, p. 131-144, 2007. Disponível em:

<<http://periodicos.uniso.br/index.php/quaestio/article/view/143/143>>. Acesso em: 02 agosto 2011.

CORDERO, D. M. B.; MADEIRA, E. S.; ALVES, S. Significado do adoecimento por hanseníase entre jovens moradores da colônia de Itanhenga, Cariacica – ES. *Hansenologia Internationalis*, V. 1, 2011.

COSTA, L. M.; PEREIRA, C. A. A. Bem-estar subjetivo: aspectos conceituais. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 59, n. 1, 2007. Disponível em:

<<http://seer.psychologia.ufrj.br/seer/lab19/ojs/viewarticle.php?id=188>>. Acesso em: 11 jul. 2011.

COSTA, P.; LEITE, R. C. B. O. Estratégias de Enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 55, n. 4, p. 355-364, 2005. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v04/pdf/355_artigo5.pdf>. Acesso em: 21 junho 2011.

DATASUS. Ministério da Saúde. Acessado em: 14, 15 e 16 de junho de 2011. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0203>>. Acesso em: 02 agosto 2011.

FERREIRA, R. C. M.; FIGUEIREDO, M. A. C. Estratégias de enfrentamento ao diagnóstico do HIV/AIDS, 8., 2008, Santarém. Anais. Santarém: Imprimove, Soc. Unipessoal, 2008, p. 69-75.

GALINHA, I.; RIBEIRO, J. L. P. História e Evolução do Conceito de Bem-Estar Subjetivo. *Psic., Saúde & Doenças*, v. 6, n. 2, p. 203-214, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862005000200008&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 junho 2011.

GIACOMONI, C. H. Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia da SBP*, v. 12, n. 1, p. 43-50, 2004. Disponível em: <http://www.sbponline.org.br/revista2/vol12n1/art04_t.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2011.

INSFRÁN, F. F. N. *Locus de controle e bem-estar subjetivo em estudantes de um pré vestibular comunitário: contribuições da psicologia humanista e da pedagogia progressista*. 2004. 124 f. Dissertação – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Estimativas de População*. Brasília-DF, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 22 jun. 2011.

KOHLDORF, M.; COSTA JUNIOR, A. L. Estratégias de enfrentamento de pais de crianças em tratamento de câncer. *Estudos de Psicologia*, v. 25, n. 3, p. 417-429, jul/set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n3/a10v25n3.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2011.

KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

LANA, F. C. F.; ET al. Detecção da hanseníase e índice de desenvolvimento humano dos municípios de Minas Gerais, Brasil. *Revista eletrônica de enfermagem*, v. 11, 2009.

LORENCETTI, A.; SIMONETTI, J. P. As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 13, n. 6, p. 944-950, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a05.pdf>>. Acesso em: 23 junho 2011.

MANHÃES, P. S.; ET al. O comportamento clínico e neurológico da neuropatia durante os episódios reacionais da hanseníase. *Hansenologia Internationalis*, V. 1, 2011.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragem e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. 2. ed. São Paulo; Atlas, 1990.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo. Hucitec, 2008.

MINUZZO, P. A. *O homem paciente de hanseníase (lepra): representação social, rede social familiar, experiência e imagem corporal*. 2008. 148 f. Dissertação (Mestrado em políticas de bem-estar em perspectiva: evolução, conceitos e atores) - Universidade de Évora, Bolônia, 2008.

NARDI, S. M. T., ET al. Avaliação de limitação de atividades pela escala salsa e sua relação com a profissão/ocupação das pessoas que tiveram hanseníase. Fundação Paulista contra hanseníase. São Paulo, 2007.

NUNES, C. H. S.; HURZ, C. S.; GIACOMONI, C. H. Associação entre bem-estar subjetivo e personalidade no modelo dos cinco grandes fatores. *Aval. Psicol. Porto Alegre*, v. 8, n. 1, p. 99-108, abr. 2009. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712009000100009>. Acesso em: 11 jul. 2011.

OLIVEIRA, M. H. P.; ROMANELLI, G. Os efeitos de hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero. *Caderno Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 1998.

OTTA, E.; FIQUER, J. T. Bem-Estar Subjetivo e Regulação de Emoções. *Psicologia em Revista*, v. 10, n. 15, p. 144-149, 2004. Disponível em:
<http://www.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20041213115707.pdf>. Acesso em: 14 agosto 2011.

PÉRES, D. S.; FRANCO, L. J.; SANTOS, M. A. dos. Sentimentos de mulheres após o diagnóstico de diabetes tipo 2. *Rev Latino-am Enferm.*, v 16, n. 1, jan-fev. 2008. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_15.pdf>. Acesso em: 10 agosto 2011.

PINTO NETO, J. M.; ET al. O controle dos comunicantes de hanseníase no Brasil: uma revisão de literatura. *Hansen. Int.*, v. 25, 2. Ed., 2000.

RESENDE, M. C. Envelhecer Atuando: Bem-estar Subjetivo, apoio social e resiliência em participantes de grupo de teatro. *Revista de Psicologia*, v. 22, n. 3, p. 591-608, set/dez. 2010. Disponível em: <<http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/234/485>>. Acesso em: 11 jul. 2011.

RICHARDSON, R. J. et al. *Pesquisa social*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

ROCHA – LEITE, C. I.; ET al. Experiências traumáticas em portadores em hanseníase. *Hansenologia Internationalis*, V. 1, 2011.

SAMPAIO, P.P.; ET al. Estratégias de enfrentamento psicológico vivenciadas por pessoas acometidas pela hanseníase. *Hansenologia Internationalis*, V. 1, 2011.

SIMÕES, M. J. S.; DELELLO, D. Estudo do comportamento social dos pacientes de hanseníase do município de São Carlos-SP. *Revista Espaço para a Saúde*, v. 1, n. 1, p. 10-15, dez. 2005. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v7n1/Hansen%EDase.pdf>>. Acesso em: 06 agosto. 2011.

SIQUEIRA, M. M. M.; PADOVAM, V. A. R. Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 24, n. 2, p. 201-209, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v24n2/09.pdf>>. Acesso em: 10 junho 2011.

VIDERES, A. R. N.; *Trajetória de vida de ex-portadores de hanseníase com histórico asilar*. 2010. 187f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Natal. 2010.

ANEXOS

Termo de Compromisso do (s) Pesquisador (es)

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada **“BEM-ESTAR SUBJETIVO E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE (EX) PORTADORES DE HANSENÍASE APÓS O DIAGNÓSTICO”** assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, autorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outros sim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/ HUAC (Comitê de Ética em Pesquisas/ Hospital Universitário Alcides Carneiro), ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/ HUAC, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Campina Grande, _____ de _____ de 2010.

Arieli Rodrigues Nóbrega Videres

Autor (a) da Pesquisa

Maryanne Carlyne de Oliveira

Orientando (a)



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOUSA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SOUSA – PB
RUA PEDRO PRIMEIRO Nº 47 – ESTAÇÃO
CNPJ: 05.626.697/0001-24

DECLARAÇÃO

Eu, Gilberto Gomes Sarmiento, Secretário de Saúde do município de Sousa (PB), autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: “Bem-estar Subjetivo e Estratégias de Enfrentamento de (ex) portadores de hanseníase após o diagnóstico”, que será realizada nas Estratégias de Saúde da Família, com abordagem quanti-quantitativa, do referido município no período de novembro de 2011, tendo como pesquisadora Arieli Rodrigues Nóbrega Videres e colaboradora Maryanne Carolyne de Oliveira, acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG.

Campina Grande, 10 de outubro de 2011.

Dr. Gilberto Gomes Sarmiento
Secretário Municipal de Saúde
Sousa – PB

CAMPINA GRANDE, Paraíba
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA PEDRO PRIMEIRO Nº 47 – ESTAÇÃO
31.250-000
Campina Grande, Paraíba

Universidade Federal de Campina Grande

HUAC - Hospital Universitário Alcides Carneiro

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESTUDO: BEM-ESTAR SUBJETIVO E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE (EX) PORTADORES DE HANSENÍASE APÓS DIAGNÓSTICO

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu,(inserir o nome, profissão, residente e domiciliado na portador da Cédula de identidade, RG , e inscrito no CPF/MF..... nascido(a) em ____ / ____ / ____ , abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo “Bem-estar Subjetivo e Estratégias de Enfrentamento de (ex) portadores de hanseníase após o diagnóstico”. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

- I) O estudo se faz necessário para que se possam avaliar os níveis de bem-estar subjetivo e as estratégias de enfrentamento utilizadas por (ex) portadores de hanseníase após o diagnóstico;
- II) A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos procedimentos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo;

- III) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- IV) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;
- V) Os resultados obtidos durante este ensaio serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;
- VI) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa.

Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

VII) Observações Complementares.

VIII) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao CEP/HUAC, do Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Hospital Universitário Alcides Carneiro, ao Conselho Regional de Medicina da Paraíba e a Delegacia Regional de Campina Grande.

Campina Grande, de de 2011

Paciente / Responsável

Testemunha 1 : _____

Nome / RG / Telefone

Testemunha 2 : _____

Nome / RG / Telefone

Responsável pelo Projeto: _____

Profa. Ms. Arieli Rodrigues Nóbrega Videres

Telefone para contato: (83) 88410524

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS
 DE CAMPINA GRANDE
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO
 DEPARTAMENTO DE PESQUISA
 CAMPINA GRANDE - PB

APÊNDICE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CURSO GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO

INSTRUÇÕES: Estamos realizando uma pesquisa a fim de verificar o nível de felicidade e as estratégias de enfrentamento utilizadas por (ex) pacientes submetidos a tratamento de hanseníase e, gostaríamos de contar com a sua colaboração. A seguir, serão apresentadas questões onde você deverá respondê-las da maneira mais sincera possível sem deixar nenhuma em branco. Não existem respostas certas ou erradas, e o que mais nos interessa é sua opinião acerca deste tema. Agradecemos pela sua participação.

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS:

Nome fictício: _____

Idade: ____ anos Sexo: () M () F

Estado Civil: () Casado(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a) () Solteiro(a) () Outros

Escolaridade: () Não alfabetizado(a) () Ensino fundamental incompleto

() Ensino fundamental completo () Ensino médio incompleto

() Ensino médio completo () Ensino superior incompleto

() Ensino superior completo

Número de filhos: _____

Profissão: _____

Renda: () < 1 salário mínimo () 1 a 2 salários mínimos () De 2 a 3 salários mínimos

() 3 a 4 salários mínimos () > 4 salários mínimos

Religião: _____

DADOS CLÍNICOS:

1. Há quanto tempo você descobriu a doença? _____

2. Como descobriu ser portador da doença?

3. Classificação operacional da hanseníase: () paucibacilar () multibacilar

4. Classificação clínica: () indeterminada () dimorfa () tuberculóide () virchowiana
5. Você apresentou ou apresenta algum tipo de reação hansênica? () Sim () Não
6. Apresenta alguma incapacidade ou deformidade física? () Sim () Não

DADOS SUBJETIVOS REFERENTES A PROBLEMÁTICA

1. O que sentiu após o diagnóstico da doença?

2. Como você se sente sendo (ex) portador dessa doença?

3. Você tem enfrentado ou enfrentou algum problema após o diagnóstico dessa doença? () Sim () Não

Se sim, quais?

4. O que você fez (faz) para resolver este problema?

Gostaria de saber como você tem se sentido ultimamente. Leia cada item e depois escreva o número que expresse sua resposta no espaço ao lado da palavra de acordo com a seguinte escala:

1	2	3	4	5
Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

___ Afrito	___ Angustiado	___ Contente
___ Interessado	___ Seguro	___ Ansioso
___ Agressivo	___ Triste	___ Amável
___ Alegre	___ Irritado	___ Determinado
___ Assustado	___ Indeciso	___ Incomodado
___ Ativo	___ Disposto	___ Deprimido
___ Decisivo	___ Desanimado	___ Aborrecido

____ Vigoroso

Abaixo você encontrará cinco afirmações com as quais pode concordar ou discordar. Você indicará sua concordância com cada afirmação assinalando o item apropriado. Por favor responda de forma honesta:

1. concordo fortemente
2. concordo
3. concordo parcialmente
4. nem concordo, nem discordo
5. discordo parcialmente
6. discordo
7. discordo fortemente

Em muitos aspectos, a minha vida aproxima-se dos meus ideais.	1	2	3	4	5	6	7
As minhas condições de vida são excelentes.	1	2	3	4	5	6	7
Estou satisfeito com a minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
Até agora, consegui obter aquilo que era importante na vida.	1	2	3	4	5	6	7
Se pudesse viver a minha vida de novo, não alteraria praticamente nada.	1	2	3	4	5	6	7

Agora, vamos falar um pouco sobre você. Assim, solicitamos que você responda cada uma das frases abaixo, indicando o quanto concorda com cada uma delas, marcando um X ao lado do número correspondente a sua opinião:

1	2	3	4	5
Nunca faço isso	Faço isso um pouco	Faço isso às vezes	Faço isso muito	Faço isso sempre

Ao pensar na sua vida e nos seus problemas, responda com atenção.

1	Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui.	1	2	3	4	5
2	Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo.	1	2	3	4	5
3	Tento ser uma pessoa mais forte e otimista	1	2	3	4	5
4	Eu levo em conta o lado positivo das coisas	1	2	3	4	5
5	Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto	1	2	3	4	5
6	Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez.	1	2	3	4	5

7	Pratico mais a religião desde que tenho esse problema	1	2	3	4	5
8	Converso com alguém sobre como estou me sentindo	1	2	3	4	5
9	Procuro um culpado para a situação	1	2	3	4	5
10	Espero que um milagre aconteça	1	2	3	4	5
11	Tento esquecer o problema todo	1	2	3	4	5
12	Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela	1	2	3	4	5
13	Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores	1	2	3	4	5
14	Eu rezo/ oro	1	2	3	4	5
15	Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação	1	2	3	4	5
16	Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo	1	2	3	4	5
17	Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou	1	2	3	4	5
18	Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema.	1	2	3	4	5
19	Estou mudando me tornando uma pessoa mais experiente.	1	2	3	4	5
20	Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo.	1	2	3	4	5
21	Aceito a simpatia e a compreensão de alguém	1	2	3	4	5
22	Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira idéia.	1	2	3	4	5
23	Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido	1	2	3	4	5
24	Eu insisto e luto pelo que eu quero	1	2	3	4	5
25	Encontro diferentes soluções para o meu problema	1	2	3	4	5
26	Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer	1	2	3	4	5
27	Eu me apego á minha fé para superar esta situação	1	2	3	4	5
28	Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida	1	2	3	4	5
29	Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema	1	2	3	4	5
30	Procuro me afastar das pessoas em geral	1	2	3	4	5
31	Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim	1	2	3	4	5
32	Eu me culpo	1	2	3	4	5
33	Eu culpo os outros	1	2	3	4	5
34	Eu acho que as pessoas foram injustas comigo	1	2	3	4	5
35	Desconto em outras pessoas	1	2	3	4	5
36	Eu tento guardar meus sentimentos para min mesmo	1	2	3	4	5
37	Penso em coisas fantásticas ou irreais (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor	1	2	3	4	5
38	Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer	1	2	3	4	5
39	Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema	1	2	3	4	5
40	Eu me concentro nas coisas boas da minha vida	1	2	3	4	5
41	Converso com alguém para obter informações sobre a situação	1	2	3	4	5
42	Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite	1	2	3	4	5
43	Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema	1	2	3	4	5
44	Descubro quem mais é ou foi responsável	1	2	3	4	5
45	Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo	1	2	3	4	5

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO!

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que em reunião de 09/ 11/ 2011 foi aprovado o processo nº. 20111410 - 046 intitulado: **BEM – ESTAR SUBJETIVO E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE (EX) PORTADORES DE HENÍASE APÓS DIAGNÓSTICO.**

Projeto a ser realizado no período de: Novembro a Dezembro de 2011.

Estando o pesquisador ciente de cumprir integralmente os itens da Resolução 96/ 96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que dispõe sobre Ética em pesquisa que envolve seres humanos, podendo sofrer penalidades caso não cumpra um dos itens da resolução supra citada.

Após conclusão da pesquisa deve ser encaminhado ao CEP/ HUAC, em 30 (trinta dias), relatório final de conclusão, antes de envio do trabalho para publicação. Haverá apresentação pública do trabalho no Centro de Estudos HUAC data a ser acordada entre pesquisador e CEP/ HUAC.

Karynna M. Barros da Nóbrega
Karynna Magalhães Barros da Nóbrega
Coordenadora CEP/ HUAC/ UFCG.

Campina Grande - PB, 09 de Novembro de 2011.

Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB.
Telefone.: (83) 2101 – 5545. E-mail.: cep@huac.ufcg.edu.br