



Comparação do perfil sociodemográfico e clínico de indivíduos com dor neuropática de nociceptiva relacionada à hanseníase

Comparison of the sociodemographic and clinical profile of individuals with leprosy-related nociceptive neuropathic pain

A. H. C. Santos^{1*}; A. F. Santos¹; T. S. Siqueira²; A. O. Celestino²; M. R. Souza²
B. A. Santos³; J. R. S. Silva⁴; V. L. C. Feitosa⁵

¹Programa de Pós-Graduação em Biologia Parasitária, Universidade Federal de Sergipe, 49100-000, São Cristóvão-SE, Brasil

²Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Sergipe, 49100-000, São Cristóvão-SE, Brasil

³Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe, 49100-000, São Cristóvão-SE, Brasil

⁴Departamento de Estatística e Ciências Atuariais, Universidade Federal de Sergipe, 49100-000, São Cristóvão-SE, Brasil

⁵Departamento de Morfologia, Universidade Federal de Sergipe, 49100-000, São Cristóvão-SE, Brasil

*alex_rangel2020@hotmail.com

(Recebido em 08 de julho de 2022; aceito em 21 de abril de 2023)

O presente estudo visou à comparação entre o perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de indivíduos com dor relacionada à hanseníase e a verificação das queixas sobre a interferência da dor em atividades diárias. Trata-se de um estudo observacional transversal descritivo com abordagem quantitativa, realizado em centros de referência do estado de Sergipe para o atendimento de hanseníase no período entre fevereiro e junho de 2019. 170 indivíduos foram entrevistados com a escala Neuropathic Pain Questionnaire DN4 e questionários de dados clínicos. Observou-se que a dor do tipo neuropática foi significativamente mais comum na faixa etária de 30 a 40 anos (38; 84,4%, $p = 0,022$). Nos locais de dor o tipo mais prevalente foi a neuropática no braço (74; 73,3%), perna (86; 72,9%), pés (82; 69,5%), costas (21; 84,0%) e mão (72; 73,5%). Na comparação da intensidade, dor neuropática leve (12; 54,5%), moderada (43; 69,4%) e intensa (63; 74,1%); nociceptiva leve (10; 45,5%), moderada (19; 30,6%) e intensa (22; 25,9%). Ter outras enfermidades foi significativo maior no grupo de dor neuropática (80; 76,2%, $p = 0,039$). A melhora da dor com a medicação parcial (75; 68,2%) e total (18; 78,3%) foi maior em pacientes com dor neuropática, porém, a maioria alegou melhora parcial. Também, pessoas com dor neuropática [4,0 (2,0); $p = 0,007$] afirmaram mais prejuízo ao sono. Conclui-se que a dor neuropática é mais incidente em adultos, ter outras doenças foi um fator relevante na dor neuropática e que nesse tipo de dor as pessoas têm maior prejuízo ao sono. Além disso, o alívio da dor está sendo ineficaz.

Palavras-chave: hanseníase, dor, tratamento.

The study aimed to compare the sociodemographic, clinical and therapeutic profile of individuals with leprosy-related pain and to verify complaints about the interference of pain in daily activities. This is a descriptive cross-sectional observational study with a quantitative approach, carried out in reference centers in the state of Sergipe for the care of leprosy in the period between February and June 2019. 170 subjects were interviewed using the DN4 scale and clinical data questionnaires. It was observed that neuropathic pain was significantly more common in the 30-40 age group (38; 84.4%, $p=0.022$). In the areas of pain, the most prevalent type was neuropathic in the arm (74; 73.3%), leg (86; 72.9%), feet (82; 69.5%), back (21; 84.0%) and hand (72; 73.5%). In the comparison of intensity, mild (12; 54.5%), moderate (43; 69.4%) and severe (63; 74.1%) neuropathic pain; mild (10; 45.5%), moderate (19; 30.6%) and intense (22; 25.9%) nociceptive symptoms. Having other illnesses was significantly higher in the neuropathic pain group (80; 76.2%, $p = 0.039$). Pain improvement with partial (75; 68.2%) and total (18; 78.3%) medication was greater in patients with neuropathic pain, however, most claimed partial improvement. Also, people with neuropathic pain [4.0 (2.0), ($p = 0.007$)] reported more sleep impairment. It is concluded that neuropathic pain is more common in adults, having other diseases was a relevant factor in neuropathic pain and that in this type of pain people have greater sleep impairment. Also, pain relief is being ineffective.

Keywords: leprosy, pain, treatment.

1. INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica causada pela bactéria *Mycobacterium leprae*. Trata-se de uma enfermidade incapacitante de surgimento lento que afeta a pele, nervos periféricos, membros e olhos [1].

Em 2019, foram notificados 202.185 mil novos casos de hanseníase mundialmente, sendo 27.863 no Brasil, quantitativo este que coloca este como o único país do continente que permanece endêmico para a doença [2]. No estado de Sergipe, a hanseníase tem alta endemicidade, com taxa de detecção de 16,04 por 100 mil/habitantes [3]. Entre as complicações da hanseníase está a dor que tem alta frequência, podendo atingir mais de 70% dessa população. Dos tipos de dor, a nociceptiva está presente em aproximadamente 10% dos indivíduos [4] e a neuropática pode acometer mais da metade, podendo ocorrer mesmo anos após a conclusão do tratamento [5].

A dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real ou potencial [6]. A dor provocada pela hanseníase pode ser nociceptiva, resultante da inflamação dos tecidos que é encontrada com frequência nos episódios de ativação imune, e a neuropática em consequência de danos no sistema nervoso [7].

Pacientes com hanseníase ainda enfrentam a dificuldade no diagnóstico preciso da dor, a falta de medicamentos e a desinformação de como conduzir o tratamento por parte de alguns profissionais [8]. A presença de dor relacionada à hanseníase é frequente e ocasiona um impacto negativo na sociedade [4], por isso se faz necessários estudos que investiguem os aspectos sociodemográficos, clínicos e terapêutico que possuam influência sobre a dor para o planejamento de estratégias de manejo.

O presente estudo tem como objetivos a comparação entre o perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de indivíduos com dor neuropática da nociceptiva relacionada à hanseníase e também avaliar a relação entre queixas sobre a interferência da dor em atividades diárias.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe sob nº 3.090.481. Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa obedeceu aos critérios de ética em pesquisa com seres humanos.

2.1 População do estudo e fontes de dados

Trata-se de um estudo observacional transversal descritivo com abordagem quantitativa, realizado em centros de referência do estado de Sergipe para o atendimento de hanseníase, na unidade de atendimento de Hanseníase do Hospital Universitário de Sergipe (HU-UFS) e do Centro de Especialidades Médicas de Aracaju (CEMAR), no período entre fevereiro e junho de 2019.

O cálculo da amostra considerou o número médio de pessoas com hanseníase atendidas mensalmente no CEMAR e no HU-UFS, e a estimativa de frequência de dor relacionada à hanseníase de 75% [4].

O critério de inclusão foi ter dor presente ou recente (por um período anterior de até 2 meses) relacionada à hanseníase. Os critérios de exclusão foram: 1) ter idade inferior a 4 anos, 2) ser etilista crônico, 3) ter diabetes mellitus e 4) ter distúrbios mentais e desordens neurológicas, devido ao risco dessas condições causarem interferência na avaliação.

Durante a pesquisa, foram abordados 188 indivíduos, dos quais 10 foram excluídos por terem diabetes mellitus, que foi usado como um dos critérios de exclusão e 8 pessoas que se recusaram a participar por falta de tempo e/ou por alegarem indisposição física. Desta forma, o total da amostra foi de 170 indivíduos entrevistados.

Dos indivíduos com dor relacionada à hanseníase, 75 (44,1%) eram do sexo feminino e 95 (55,9%) masculino. Com relação à raça, 91(53,5%) se identificaram como parda, 68 (40,0%) negra e 11 (6,5%) branca. Para moradia, 63 (37,1%) residiam na capital e 107 (62,9%) no interior

do estado. Com relação ao estado civil, 90 (52,9%) eram casados, 75 (44,1%) solteiros e 5 (2,9%) viúvos. A renda por pessoa mensal foi de abaixo de 1 salário-mínimo para 76 (44,7%) dos indivíduos, 1 salário-mínimo para 84 (49,4%) e até 3 salários para 10 (5,9%) entrevistados. Para a escolaridade, 85 (50,0%) tinham o fundamental, 43 (25,3%) o ensino médio, 37 (21,8%) eram analfabetos e 5 (2,9%) tinham o ensino superior.

A maioria 142 (83,5%) possuía a forma clínica multibacilar. Estavam em alta 92 (54,1%), em tratamento 78 (45,9%), em recidiva da doença 4 (2,3%) e com reação hansênica 78 (45,5%). Dos indivíduos com dor relacionada à hanseníase, 119 (70,0%) eram do tipo neuropática e 51 (30,0%) nociceptiva.

Todos os entrevistados afirmaram ter acompanhamento com médico e enfermeiro 170 (100,0%), fisioterapeuta 13 (7,7%) e psicólogo 5 (2,9%). Recebiam assistência entre a atenção especializada e a primária 144 (84,7%) e somente atenção especializada 26 (15,3%).

2.2 Variáveis

Os indivíduos com hanseníase foram entrevistados sobre dados sociodemográficos, clínicos, tratamento, intensidade e frequência de dor, também queixas sobre os tipos de dor, através de um questionário elaborado pelas pesquisadoras.

Foram aplicadas as seguintes escalas, Escala de Descritores Verbais para a intensidade da dor [9] e o Questionário DN4 (*Douler Neuropathique en 4 questions*) para o tipo de dor [10]. Esses instrumentos estão validados e traduzidos para o português.

A Escala de Descritores Verbais (EDV) quantifica a sensação dolorosa por meio de palavras que representam diferentes intensidades subjetivas de dor, como: nenhuma, leve, moderada, forte e pior dor possível [9].

O DN4 é um questionário que foi originalmente desenvolvido e validado na França, em 2005, e traduzido para português brasileiro. Este questionário distingue a dor neuropática da dor nociceptiva usando sete itens relacionados a sintomas (sensações de queimação, de frio doloroso, choques elétricos, formigamento, alfinetadas e agulhadas, dormência e comichão) e três itens de avaliação física para verificar hipoestesia ao toque, hipoestesia à picada de agulha e à escovação. A pontuação para cada item positivo é 1 e para cada item negativo é 0. Pacientes com escores ≥ 4 terão a classificação de dor neuropática; escores menores classificam a dor nociceptiva [10].

Para a investigação de dados de indivíduos com hanseníase, foi utilizado um questionário com as seguintes questões: informações sociodemográficas, clínicas, característica da dor e recursos utilizados para alívio da dor.

Para averiguação do nível de queixas relacionada a dor pela hanseníase os pacientes foram questionados apresentando as seguintes opções de resposta. Para a questões envolvendo o prejuízo [nada (5) muito pouco (4) mais ou menos (3) bastante (2) extremamente (1) ou boa (5) boa (4) mais ou menos (3) ruim (2) muito ruim (1)], para questão de satisfação com a saúde [muito satisfeito (5) satisfeito (4) mais ou menos (3) insatisfeito (2) muito insatisfeito (1)] e para questão sobre qualidade de vida [muito boa (5) boa (4) mais ou menos (3) ruim (2) muito ruim (1)]. O questionário foi elaborado pelos pesquisadores e foi feita a validação por cinco indivíduos com hanseníase. Foi aplicado por um único pesquisador e os dados foram analisados estatisticamente por um pesquisador diferente daquele que fez a coleta.

2.3 Análise estatística

Os dados foram digitados e armazenados em uma planilha eletrônica do programa Microsoft Excel 2016. O resumo descritivo das variáveis qualitativas foi feito através de frequência simples e percentual, e para as variáveis quantitativas utilizou-se mediana e intervalo interquartil. A análise inferencial entre o tipo de dor e o tipo de tratamento com variáveis qualitativas foi feita através dos testes de Qui-Quadrado e Exato de Fisher, de acordo com o pressuposto de cada teste, em que os resultados foram exibidos em termos de frequência e percentual (calculados em função das linhas). Já a relação entre o tipo de dor com variáveis quantitativas foi verificada através do teste de Mann-Whitney, em que os resultados foram expressos em termos de mediana e intervalo

interquartil. As análises foram feitas no software R, versão 4.1.0, e o nível de significância adotado foi de 5%.

3. RESULTADOS

Ao observar a dor relacionada à hanseníase nos entrevistados, verificou-se que no sexo feminino (53; 70,7%) a dor do tipo neuropática foi a mais frequente, assim como no masculino (66; 69,5%). Na comparação da raça com a dor, o que se destaca é uma presença maior em pessoas pardas do tipo neuropática (67; 73,6%). A dor do tipo neuropática foi significativamente mais comum na faixa etária de 30 a 40 anos (38; 84,4%, $p = 0,022$) (Tabela 1).

Tabela 1. Comparação entre o perfil sociodemográfico e clínico de indivíduos com dor neuropática da nociceptiva atendidos em Centro de Referência de Sergipe, 2019.

Variável	Tipo de Dor		P-valor
	Neuropática (%)	Nociceptiva (%)	
Sexo			
Feminino	53 (70,7)	22 (29,3)	1,000
Masculino	66 (69,5)	29 (30,5)	
Faixa Etária			
18-30	13 (76,5)	04 (23,5)	0,022*
30-42	38 (84,4)	07 (15,6)	
42-54	38 (71,7)	15 (28,3)	
54-66	22 (52,4)	20 (47,6)	
66-78	06 (54,5)	05 (45,5)	
>78	02 (100,0)	00 (0,0)	
Raça			
Branco	06 (54,5)	05 (45,5)	0,368
Negro	46 (67,6)	22 (32,4)	
Pardo	67 (73,6)	24 (26,4)	
Escolaridade			
Analfabeto	27 (73,0)	10 (27,0)	0,865
Fundamental	58 (68,2)	27 (31,8)	
Médio	31 (72,1)	12 (27,9)	
Superior	03 (60,0)	02 (40,0)	
Estado civil			
Casado	63 (70,0)	27 (30,0)	0,438
Solteiro	51 (68,0)	24 (32,0)	
Viúvo	05 (100,0)	00 (0,0)	
Renda por pessoa			
Abaixo de 1 salário	55 (72,4)	21 (27,6)	0,860
1 salário-mínimo	57 (67,9)	27 (32,1)	
até 3 salário-mínimo	07 (70,0)	03 (30,0)	
Outras enfermidades			
Não	39 (60,0)	26 (40,0)	0,039*
Sim	80 (76,2)	25 (23,8)	
Classificação operacional			
Multibacilar	104 (73,2)	38 (26,8)	0,064
Paucibacilar	15 (53,6)	13 (46,4)	
Em tratamento			
Não	59 (75,6)	19 (24,4)	0,190
Sim	60 (65,2)	32 (34,8)	
Recidiva			
Não	116 (70,3)	49 (29,7)	1,000
Sim	03 (75,0)	01 (25,0)	
Alta			
Não	54 (76,1)	17 (23,9)	0,197
Sim	65 (65,7)	34 (34,3)	

* Apresentou valor significativamente relevante com $p < 0,05$ nos testes Qui-quadrado e Exato de Fisher.

Em todos os níveis de escolaridade a neuropática foi a mais frequente: analfabeto (27; 73,0%), médio (31; 72,1%), fundamental (58; 68,2%) e ensino superior (3; 60,0%). Ao avaliar o estado civil com a dor, a neuropática continuou predominante em casados (63; 70,0%), solteiros (51; 68,0%) e viúvos (5; 100,0%). Assim como na renda, em que a dor neuropática foi a mais frequente, porém sem diferença significativa: abaixo de um salário (55; 72,4%), 1 salário (57; 67,9%) e menos que 1 salário (7; 70,0%) (Tabela 1).

Os pacientes com dor nociceptiva em sua maioria apresentavam a forma paucibacilar (13; 46,4%) e estavam em tratamento (32; 34,8%). Na dor neuropática, a multibacilar foi mais frequente (104; 73,2%), para aqueles em tratamento para doença (60; 65,2%) e em recidiva (3; 75,0%), mas ter outras enfermidades foi significativamente maior nesse tipo de dor (80; 76,2%, $p = 0,039$) (Tabela 1).

Nos locais onde apresentavam dor, o tipo mais prevalente foi a neuropática no braço (74; 73,3%), perna (86; 72,9%), pés (82; 69,5%), costas (21; 84,0%) e mão (72; 73,5%). Na comparação da intensidade com o tipo da dor houve pouca diferença entre eles, dor neuropática leve (12; 54,5%), moderada (43; 69,4%) e intensa (63; 74,1%); nociceptiva leve (10; 45,5%), moderada (19; 30,6%) e intensa (22; 25,9%). A frequência de dor para a maioria foi diária na neuropática (71; 75,5%) e na nociceptiva (23; 24,5%) (Tabela 2).

Ao avaliar a terapêutica para dor constatou-se que tanto na dor neuropática como na nociceptiva não houve muita diferença entre a terapia medicamentosa, com a minoria (13; 72,2%) das pessoas com dor que não utilizavam medicação para alívio, cuja não utilização foi maior em dor neuropática. A melhora da dor com a medicação parcial (75; 68,2%) e total (18; 78,3%) foi maior em pacientes com dor neuropática, porém, tanto na neuropática como na nociceptiva a maioria dos pacientes alegaram melhora parcial (Tabela 2).

Tabela 2: Comparação entre o perfil clínico e terapêutico de indivíduos com dor neuropática de nociceptiva atendidos em Centro de Referência de Sergipe, 2019.

Variável	Tipo de Dor		P-valor
	Neuropática (%)	Nociceptiva (%)	
Localização da dor			
Braço	74 (73,3)	27 (26,7)	0,340
Perna	86 (72,9)	32 (27,1)	0,292
Pés	82 (69,5)	36 (30,5)	0,971
Costas	21 (84,0)	04 (16,0)	0,154
Mão	72 (73,5)	26 (26,5)	0,326
Intensidade média da dor			
Leve	12 (54,5)	10 (45,5)	0,304
Moderada	43 (69,4)	19 (30,6)	
Intensa	63 (74,1)	22 (25,9)	
Frequência média de dor			
Diária	71 (75,5)	23 (24,5)	0,148
Frequente	32 (66,7)	16 (33,3)	
Ocasional	16 (57,1)	12 (42,9)	
Tipo de tratamento para dor			
Monoterapia	51 (70,8)	21 (29,2)	0,939
Politerapia	55 (68,8)	25 (31,2)	
Não usa medicação	13 (72,2)	05 (27,8)	
Melhora da dor com a medicação			
Não	11 (57,9)	08 (42,1)	0,366
Sim Parcial	75 (68,2)	35 (31,8)	
Sim Total	18 (78,3)	05 (21,7)	

Testes Qui-quadrado e Exato de Fisher.

Os pacientes com dor neuropática de intensidade leve em sua maioria (7; 58,3%) utilizavam a politerapia para alívio de dor; dor moderada (20; 46,5% / 18; 41,9%) e intensa (26; 41,3% / 30;

47,6%) tiveram percentual semelhante para monoterapia e politerapia respectivamente. A frequência da presença de dor diária (33; 46,5% / 34; 47,9%) e frequente (13; 40,6% / 14; 43,8%) foi semelhante para monoterapia e politerapia respectivamente, com um aumento da não utilização de medicação em pessoas com dor ocasional (4; 25,0%) (Tabela 3).

Os pacientes com dor nociceptiva de intensidade leve (5; 50,0%) e intensa (10; 45,5%) não tiveram diferença em seus percentuais entre o uso de monoterapia e politerapia. Na frequência de dor diária foi um pouco maior o uso da politerapia (13; 56,5%) e na dor frequente o não uso de medicação (3; 18,8%) foi maior que dor diária (1; 4,3%) e ocasional (1; 8,3%) (Tabela 3).

Tabela 3: Intensidade e frequência da dor de indivíduos com dor neuropática de nociceptiva atendidos em Centro de Referência de Sergipe, 2019.

Variável	Tratamento		
	Monoterapia (%)	Politerapia (%)	Sem medicação (%)
DOR NEUROPATICA			
Intensidade média da dor			
Leve	04 (33,3)	07 (58,3)	01 (8,3)
Moderada	20 (46,5)	18 (41,9)	05 (11,6)
Intensa	26 (41,3)	30 (47,6)	07 (11,1)
Frequência média da dor			
Diária	33 (46,5)	34 (47,9)	04 (5,6)
Frequente	13 (40,6)	14 (43,8)	05 (15,6)
Ocasional	05 (31,2)	07 (43,8)	04 (25,0)
DOR NOCICEPTIVA			
Intensidade média da dor			
Leve	05 (50,0)	05 (50,0)	00 (0,0)
Moderada	06 (31,6)	10 (52,6)	03 (15,8)
Intensa	10 (45,5)	10 (45,5)	02 (9,1)
Frequência média da dor			
Diária	09 (39,1)	13 (56,5)	01 (4,3)
Frequente	06 (37,5)	07 (43,8)	03 (18,8)
Ocasional	06 (50,0)	05 (41,7)	01 (8,3)

Ao avaliar a relação entre queixas sobre a interferência da dor em atividades diárias com as dores neuropática e nociceptiva verificou-se que pessoas com dor neuropática [4,0 (3,0 – 5,0)] alegam mais prejuízo ao sono que as com dor nociceptiva [5,0 (3,0 – 5,0)] ($p = 0,007$) (Tabela 4).

Tabela 4: Relação entre queixas sobre a interferência da dor em atividades diárias com os tipos de dor neuropática e nociceptiva de indivíduos atendidos em Centro de Referência de Sergipe, 2019.

Variável	Tipo de Dor		P-valor
	Neuropática MD (IQ)**	Nociceptiva MD (IQ)**	
Prejuízo ao autocuidado	3,0 (2,0 – 3,0)	3,0 (2,0 – 4,0)	0,543
Prejuízo à movimentação	3,0 (2,0 – 4,0)	3,0 (2,0 – 4,0)	0,355
Prejuízo à alimentação	5,0 (4,0 – 5,0)	5,0 (4,0 – 5,0)	0,694
Prejuízo ao sono	4,0 (3,0 – 5,0)	5,0 (3,0 – 5,0)	0,007*
Prejuízo ao trabalho	2,0 (2,0 – 3,0)	3,0 (2,0 – 3,0)	0,088
Satisfação com a saúde	3,0 (2,0 – 4,0)	3,0 (3,0 – 5,0)	0,980
Percepção da qualidade de vida	3,0 (2,0 – 3,0)	3,0 (2,0 – 3,0)	0,435

* Apresentou valor significativamente relevante com $p < 0,05$ no teste de Mann-Whitney.

** MD representa a mediana e IQ representa o Intervalo Quartil.

4. DISCUSSÃO

Estudos relatam alta prevalência de dor relacionada à hanseníase, inclusive em pessoas curadas. A presença de dor na hanseníase representa um problema suplementar para o paciente interferindo na sua qualidade de vida [8].

Nesse estudo, a dor do tipo neuropática foi significativamente mais comum na faixa etária de 30 a 40 anos assim como em outro estudo realizado no Nepal, onde a idade média foi de 45 ± 15 anos [5]. Isso traz impacto tanto na vida pessoal, por ser uma das fases mais ativas em geral, como também para a sociedade, pois é uma faixa etária produtiva [11].

As pessoas que sofriam também com outras enfermidades tiveram frequência significativamente maior da dor do tipo neuropática. Os pacientes devem ser rastreados para dor neuropática e iniciar o tratamento o mais breve possível, pois essas intervenções ajudariam a reduzir o desenvolvimento de deficiências [12]. O questionário DN4 identifica sintomas de dor neuropática e pode ser usado como uma ferramenta para este rastreio [10].

Os pacientes com a dor neuropática em sua maioria apresentavam o quadro clínico de hanseníase multibacilar. Do mesmo modo foi observado em pacientes indianos com neuropatia dolorosa que foram mais classificados como multibacilares [13]. Talvez por haver maior probabilidade de sequelas relacionadas à doença em multibacilares.

A dor nos indivíduos com hanseníase pode estar relacionada ao estímulo nociceptivo secundário à inflamação dos tecidos, que é encontrada com frequência nos episódios de ativação imune, ou de causa neuropática que é posterior ao dano ou disfunção do sistema nervoso [7]. A desmielinização causada pela degeneração das células de *Schwann* é um dos principais eventos da fisiopatologia da hanseníase, juntamente com exacerbações a resposta imune, conhecida como reações de hanseníase [14].

Os locais onde apresentavam mais dor respectivamente foram no braço, perna, pés, costas e mão, sendo ela principalmente neuropática. Podendo ser associado ao fato do *Mycobacterium leprae* acometer principalmente os nervos trigêmeo, mediano, ulnar, facial, auricular, radial, tibial e fibular comum. O comprometimento neural podendo ser reversíveis ou não de acordo com o grau de lesão [15].

A frequência de dor para a maioria foi diária em ambos os tipos. Na comparação da intensidade com o tipo da dor houve pouca diferença entre eles, com predominância de moderada e intensa. Semelhante a estudo em que metade apresentavam dor moderada e um terço dor intensa [5]. Evidenciando que independente da origem da dor a presença e a intensidade são relevantes nessa população.

A escolha entre monoterapia e politerapia para o tratamento de dor tanto na dor neuropática como na nociceptiva não houve muita diferença em intensidades maiores de dor. A melhora da dor com a medicação foi parcial tanto na neuropática como na nociceptiva. O mesmo ocorreu em estudo que os medicamentos apenas ajudaram em grau moderado na redução da dor [5]. Os pacientes devem ser tratados considerando a escada analgésica que começa com analgésico simples, seguido de um anti-inflamatório não esteroide, e alguns pacientes precisarão de tratamento com o antidepressivo [16]. Métodos não farmacológicos também podem ser utilizados para o manejo de dor como musicoterapia [17] e neuro estimulação elétrica transcutânea [18].

Ao avaliar a relação entre queixas sobre a interferência da dor em atividades diárias com os diferentes tipos de dor verificou-se que pessoas com dor neuropática alegam mais prejuízo ao sono que as com dor nociceptiva. Em estudo com indivíduos com hanseníase identificou insônia em quase metade dos pacientes [19]. O que mostra o impacto da dor mal controla em uma atividade elementar para saúde e bem-estar.

Os profissionais de saúde devem ser capazes de aconselhar e treinar os pacientes para a utilização do tratamento adequado, com conhecimento dos benefícios e potenciais efeitos adversos dos métodos para o acompanhamento desse público [20]. Para isso eles precisam receber o devido incentivo e preparo durante sua formação e em atualizações por parte de educação continuada.

Podem ser considerados como fatores limitantes do estudo não ter abrangido a população com hanseníase atendida no setor de baixa complexidade onde pode apresentar diferença do perfil de dor, além da natureza do estudo descritivo, que não permite a fiel comparação entre os avaliados.

5. CONCLUSÃO

Em suma, este estudo realça, que a dor neuropática é mais incidente em adultos, ter outras doenças foi um fator relevante na dor neuropática e nesse tipo de dor as pessoas têm maior prejuízo ao sono. Além disso, o alívio da dor está sendo ineficaz tanto na nociceptiva como na neuropática.

Poderiam ser elaborados estudos do tipo caso-controle para verificação analgésica da dor e de coorte para avaliação da evolução do perfil da dor, visando a ampliação e o aprofundamento do conhecimento sobre essa problemática.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Smith CS, Noordeen SK, Richardus JH, Sansarricq H, Cole ST, Soares RC. A strategy to halt leprosy transmission. *Lancet Infectious Diseases*. 2014;14(2):96-8. doi: 10.1016/S1473-3099(13)70365-7
2. World Health Organization (WHO). Global leprosy update, 2019: time to step-up prevention initiatives. *Weekly Epidemiological Record*. 2020;36(95):417-40.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de Hanseníase 2022. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-hansenia-se-_-25-01-2022.pdf
4. Santos VS, Santana JCV, Castro FD, Oliveira, LS, Santana JCV, Feitosa VLC, et al. Pain and quality of life in leprosy patients in an endemic area of Northeast Brazil: a cross-sectional study. *Infectious Diseases of Poverty*. 2016;5(1):18. doi: 10.1186/s40249-016-0113-1
5. Toh JM, Maharjan J, Thapa R, Neupane KD, Shah M, Baral S, et al. Diagnosis and impact of neuropathic pain in leprosy patients in Nepal after completion of multidrug therapy Han-Siong. *PLOS Neglected Tropical Diseases*. 2018;12(7):16-21. doi: 10.1371/journal.pntd.0006610
6. Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP). Definição revisada de dor pela Associação Internacional para o Estudo da Dor: conceitos, desafios e compromissos. *Jornal Dor*. 2020;74:11-18.
7. Stump PRNAG, Dalben GS. Mechanisms and clinical management of pain. *Braz Oral Res*. 2012;26(spe1):115-9. doi: 10.1590/S1806-83242012000700017
8. Raicher I, Stump PRNAG, Harnik SB, de Oliveira RA, Baccarelli R, Marciano LHSC, et al. Neuropathic pain in leprosy: symptom profile characterization and comparison with neuropathic pain of other etiologies. *PAIN Reports*. 2018;3(2):e638. doi: 10.1097/PR9.0000000000000638
9. Herr KA, Spratt K, Mobily PR, Richardson G. Pain intensity assessment in older adults: use of experimental pain to compare psychometric properties and usability of selected pain scales with younger adults. *Clinical Journal of Pain*. 2004;20(4):207-19. doi: 10.1097/00002508-200407000-00002
10. Bouhassira D, Atta N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B, Bruxelle J, et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain*. 2005;114(1-2):29-36. doi: 10.1016/j.pain.2004.12.010
11. Reis FJJ, Gomes MK, Rodrigues J, Gosling AP, Fontana AP, Cunha AJL. Pain and its consequences in quality of life: A study with WHOQOL-bref in leprosy patients with neuropathic pain. *ISRN Tropical Medicine*. 2013;1-7. doi: 10.1155/2013/987683
12. Lockwood, DNJ. Chronic aspects of leprosy-neglected but important. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2019;113(12):813-7. doi: 10.1093/trstmh/try131
13. Haroun OMO, Vollert J, Lockwood DN, Bennett DLH, Pai VV, Shetty V, et al. Clinical characteristics of neuropathic pain in leprosy and associated somatosensory profiles: a deep phenotyping study in India. *Pain Rep*. 2019;4(6):e743. doi: 10.1097/PR9.0000000000000743
14. White C, Franco C. Leprosy in the 21st century. *Clinical Microbiology Reviews*. 2015;28(2):80-94. doi: 10.1128/CMR.00079-13
15. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Dermatologia Sanitária. Manual de prevenção de incapacidades. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
16. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, McNicol E, Baron R, Dworkin RH, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol*. 2015;14(2):162-73. doi: 10.1016/S1474-4422(14)70251-0
17. Santhna LP, Norhamdan MY, Damrudi M. The effectiveness of music therapy for post-operative pain control among total knee replacement patients. *Medicine & Health*. 2015;10(1):66-79.
18. Liu J, Lai C. Implementation of observational pain management protocol for residents with dementia: A cluster-RCT. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(3):56-63. doi: 10.1111/jgs.14763

19. Giesel LM, Pitta IJR, da Silveira RC, Andrade LR, Vital RT, Nery JADC, et al. Clinical and neurophysiological features of leprosy patients with neuropathic pain. *Am J Trop Med Hyg.* 2018;98(6):1609-13. doi: 10.4269/ajtmh.17-0817
20. Koç Z, Çınarlı T. The determination of complementary and alternative medicine use in patients presenting at the emergency room. *Complement Ther Clin Pract.* 2018;31:164-9. doi: 10.1016/j.ctcp.2018.02.010