

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**PREVALÊNCIA E IMPACTO NA ATIVIDADE LABORAL DE
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM PORTADORES DE
HIPERIDROSE PRIMÁRIA DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

ALINE DE CARVALHO BASTOS

Aracaju
Maio – 2018

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**PREVALÊNCIA E IMPACTO NA ATIVIDADE LABORAL DE
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM PORTADORES DE
HIPERIDROSE PRIMÁRIA DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Dissertação de Mestrado submetida à banda
examinadora para obtenção do título de Mestre
em Saúde e Ambiente, na área de concentração
Saúde e Ambiente.

ALINE DE CARVALHO BASTOS

Orientadora: Prof^a. Sonia Oliveira Lima, D. Sc.

Aracaju
Maio – 2018

**PREVALÊNCIA E IMPACTO NA ATIVIDADE LABORAL DE
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM PORTADORES DE
HIPERIDROSE PRIMÁRIA DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

ALINE DE CARVALHO BASTOS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO SUBMETIDA À BANDA EXAMINADORA PARA
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE E AMBIENTE, NA ÁREA DE
CONCENTRAÇÃO SAÚDE E AMBIENTE

Aprovada por:

Sonia Oliveira Lima, D. Sc.
Orientadora

Veronica de Lourdes Sierpe Jeraldo
Universidade Tiradentes

Flavia Jenólio Costacurta Pinto da Silva
Universidade Federal de Sergipe

Vanessa Rocha de Santana
(Suplente)

Margarete Zanardo Gomes
Universidade Tiradentes (Suplente)

Aracaju
Maio – 2018

SUMÁRIO

RESUMO	6
ABSTRACT	7
1. INTRODUÇÃO.....	8
2. OBJETIVOS	10
2.1. OBJETIVO GERAL	10
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
3. FUNDAMENTAÇÃO DE LITERATURA	11
3.1 FISIOPATOLOGIA	11
3.2 EPIDEMIOLOGIA	12
3.3 DIAGNÓSTICO	14
3.4 TRATAMENTO.....	14
4. METODOLOGIA DO PROJETO	20
4.1. Delineamento do Estudo	20
4.2 População e Amostra	20
4.3 Sistemática de Coleta de Dados	21
4.4 Instrumento de coleta de dados	21
4.4.1. Questionário de critérios diagnósticos.....	21
4.4.2. Questionário de qualidade de vida - Hiperidrose.....	22
4.4.3. Questionário impacto da hiperidrose na atividade laboral dos profissionais de saúde.....	23
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	23
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	23
6. RESULTADOS	24
7. DISCUSSÃO.....	32
8. CONCLUSÃO	35
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	37
APÊNDICE A: Questionário impacto da hiperidrose primária na atividade laboral dos profissionais de Saúde.....	41
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	43
ANEXO A - Questionário critérios diagnósticos.....	45
ANEXO B - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA - HIPERIDROSE.....	46
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	48

ANEXO D – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO ARTIGO.....	53
--	----

RESUMO

A hiperidrose constitui uma condição caracterizada pela produção excessiva de suor, que pode afetar regiões como as palmas das mãos, axilas, planta dos pés, face, dentre outras. É uma doença crônica, benigna, mas que gera transtornos que afetam negativamente a qualidade de vida dos seus portadores. Objetivou-se avaliar prevalência e impacto da hiperidrose primária nas atividades laborais e qualidade de vida dos profissionais de enfermagem de um hospital público de Sergipe. Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória com abordagem quantitativa. A população do estudo foi composta por 363 profissionais de enfermagem de acordo com o cálculo amostral de Barbetta. Foram aplicados três questionários: critérios diagnósticos, qualidade de vida e o questionário de Impacto da Hiperidrose Primária (HP) na atividade laboral dos profissionais. Para análise dos dados foi aplicado o pacote *Stats* do programa *The R Project for Statistical Computing – R* (v.3.4.2). O teste Shapiro Wilk foi utilizado para verificar a normalidade dos resultados e o de Kruskal-Wallis para associação da prevalência da hiperidrose primária nos profissionais de enfermagem com a qualidade de vida e com as seguintes variáveis: Faixa Etária, nível de qualificação, tempo que exerce a profissão, início dos Sintomas, intensidade dos Sintomas e imitações na execução de procedimentos devido à Hiperidrose. O teste Mann Whitney foi utilizado para comparar dois grupos não pareados. Verificou-se que prevalência de hiperidrose primária na população estudada foi de 11%, sem diferença significativa entre o sexo, categoria de profissionais de enfermagem e idade. De acordo com o tempo de exercício da profissão, 85% dos portadores de HP, a exerciam há pelo menos 6 anos. O período de início dos sintomas mais referido foi a infância (69%) e adolescência (28%). Os sítios mais afetados foram palmar (97%), plantar (87%) e axilar (77%). O suor excessivo foi considerado doença por 74% dos portadores de HP e apenas 8% procurou tratamento. A piora em situação de estresse foi relatada por 68% dos profissionais e 8% referiram algum tipo de comprometimento nas atividades diárias. Todas as limitações foram referidas na execução de procedimentos de enfermagem devido a HP, onde a mais referida foi a avaliação escrita (93%), seguida da utilização de equipamentos de proteção individual (79%). Nenhum entrevistado qualificou a QV em relação à hiperidrose como excelente e muito boa, 59 % a classificou como ruim, 36% como boa e 5% como muito ruim. Conclui-se que a HP teve alta prevalência nos profissionais de enfermagem de um Hospital referência de Urgência e Emergência de Sergipe e que há um comprometimento importante na QV dos portadores, mesmo em grau leve e moderado. Os profissionais referiram limitações devido ao suor em excesso, principalmente durante as atividades que exigiam presteza às condições peculiares ao atendimento hospitalar. Embora a maioria sabia ser portador de uma afecção que causava prejuízo nas suas atividades diárias, não buscaram auxílio médico, o que denota a importância de maior divulgação da HP como doença que tem tratamento.

Palavras-chave: Hiperidrose; Qualidade de vida; Equipe de enfermagem.

ABSTRACT

Hyperhidrosis is a condition characterized by excessive production of sweat, which can affect regions such as the palms of the hands, armpits, soles of the feet, face, among others. It is a chronic disease, benign, but that generates disorders that negatively affect the quality of life of its patients. The objective of this study was to evaluate the prevalence and impact of primary hyperhidrosis on work activities and quality of life of nursing professionals in a public hospital in Sergipe. This is an exploratory descriptive research with a quantitative approach. The study population consisted of 363 nursing professionals according to the Barbetta sample size. Three questionnaires were applied: diagnostic criteria, quality of life and the Impact of Primary Hyperhidrosis (PH) questionnaire on the professionals' work activity. The Stats package of The R Project for Statistical Computing - R (v.3.4.2) was applied to analyze the data. The Shapiro Wilk test was used to verify the normality of the results and the Kruskal-Wallis test for association of the prevalence of primary hyperhidrosis in nursing professionals with quality of life and with the following variables: Age group, level of qualification, time exercised the profession, the beginning of Symptoms, the intensity of Symptoms and imitations in the execution of procedures due to Hyperhidrosis. The Mann Whitney test was used to compare two unpaired groups. It was verified that prevalence of primary hyperhidrosis in the population studied was 11%, with no significant difference between sex, nursing professional's category and age. According to the time of practice, 85% of people with PH had exercised it for at least 6 years. The period of onset of the most mentioned symptoms was childhood (69%) and adolescence (28%). The sites most affected were palmar (97%), plantar (87%) and axillary (77%). Excessive sweating was considered a disease by 74% of HP patients and only 8% sought treatment. The worsening of stress was reported by 68% of professionals and 8% reported some type of impairment in daily activities. All the limitations were mentioned in the execution of nursing procedures due to HP, where the most mentioned was the written evaluation (93%), followed by the use of personal protective equipment (79%). No interviewee rated QOL for hyperhidrosis as excellent and very good, 59% rated it as bad, 36% as good, and 5% as very poor. It was concluded that PH had a high prevalence in the nursing professionals of a Sergipe Emergency and Emergency Reference Hospital and that there is an important impairment in the QL of the patients, even in mild and moderate degree. The professionals reported limitations due to excessive sweating, especially during activities that required promptness of the conditions peculiar to hospital care. Although most knew they had a condition that was causing injury to their daily activities, they did not seek medical help, which signifies the importance of further disclosure of HP as a treating illness.

Keywords: Hyperhidrosis; Quality of life; Nursing team.

1. INTRODUÇÃO

A hiperidrose constitui uma condição dermatológica caracterizada pela produção excessiva de suor no corpo, que pode afetar regiões como as palmas das mãos, axilas, planta dos pés, face, dentre outras, podendo ter origem primária ou secundária. A primária ocorre devido a hiperatividade do sistema nervoso simpático e está associada a fatores genéticos, sendo caracterizada por ser, em geral, bilateral, simétrica e focal. Enquanto a secundária está associada a determinadas patologias ou uso de medicamentos, desta forma torna-se fundamental que o seu diagnóstico seja excluído antes do de hiperidrose primária (MORAITES *et al.*, 2014).

Pesquisas voltadas para esta temática são importantes, desde que a prevalência da HP ainda apresenta controvérsia. MOYA, *et al.* (2006) descreveram a hiperidrose como uma doença com prevalência maior que 1% da população mundial. Já um estudo relevante nos Estados Unidos mostrou que a HP está presente em 2,8% da população (STRUTTON *et al.*, 2004). Na China, a hiperidrose palmar e plantar foi relatada como prevalente em 4,36% entre os adolescentes locais (YUAN-RONG *et al.*, 2007). No Brasil, estudo realizado em uma amostra populacional em Blumenau, identificou que 9,0% da população entrevistada atendiam aos parâmetros para classificação como portadores da doença (FENILI *et al.*, 2009). Enquanto Westphal *et al.* (2011) notificaram em Manaus que 5,5% de uma amostra de estudantes de medicina possuíam hiperidrose. No estado de Sergipe, um estudo realizado com estudantes de medicina, mostrou que a Hiperidrose foi encontrada em 14,76% dos indivíduos, as regiões mais atingidas foram palmar, plantar e axilar, causando prejuízo nas atividades diárias. (LIMA *et al.*, 2015).

Os transtornos da hiperidrose primária (HP) aparecem em qualquer fase da vida, sendo responsável pelo constrangimento entre os portadores e prejudicam algumas habilidades manuais, afetando tanto a qualidade de vida como o desempenho laboral, principalmente em profissões que requerem destreza, agilidade e que desencadeiam momentos de tensão (WESTHPAL *et al.*, 2011). Estudos apontam que além do incontestável desconforto social, a hiperidrose primária também gera impactos fundamentais nos aspectos emocionais dos indivíduos, tolhendo-os desde a roupa a usar no seu cotidiano, até inclusive sendo fator determinante para a escolha da profissão ou mesmo provocando mitigação ao pleno exercício da mesma. Deve-se considerar ainda que por conta da segregação social advinda da própria HP, os indivíduos portadores da mesma silenciam quanto ao acometimento dos efeitos nocivos da doença, causando impacto significativo no desempenho de suas vidas pessoal e profissional (WESTPHAL *et al.*, 2011; WOLOSKEK *et al.*, 2014).

Esta afecção estigmatizante, que tanto dificulta o dia-a-dia dos profissionais, principalmente aqueles que precisam utilizar manobras manuais, como os da área de enfermagem, ainda permanecem com pouca evidência sobre hiperidrose primária nessa população. Diante do apresentado, considerando que a atividade laboral do profissional de saúde na área hospitalar depende de destreza manual e da interação enquanto membro da equipe multidisciplinar, a pesquisa pretende elucidar qual a o impacto da hiperidrose primária nas atividades laborais dos profissionais de enfermagem de um hospital público de referência em urgência e emergência do estado de Sergipe.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

- Avaliar a prevalência e o impacto da HP nas atividades laborais e qualidade de vida dos profissionais de enfermagem de um hospital público de Sergipe, Brasil.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a prevalência da hiperidrose primária nos profissionais de enfermagem de um hospital público de Sergipe.
- Identificar o perfil sócio-demográfico e profissiográfico dos profissionais de enfermagem que tem hiperidrose primária.
- Avaliar o impacto da hiperidrose primária nos domínios: funcional-social, pessoal, emocional e condições especiais da qualidade de vida nos profissionais com hiperidrose primária.
- Determinar a percepção e aceitação do diagnóstico e tratamento da hiperidrose primária desta população.

3. FUNDAMENTAÇÃO DE LITERATURA

3.1 FISIOPATOLOGIA DO SUOR

As glândulas sudoríparas écrinas estão presentes em quase todas as áreas do corpo e seus ductos são responsáveis por excretar o suor nelas produzido. O suor écrino funciona como uma das mais eficazes respostas fisiológicas ao aumento de temperatura corporal, ao atingir a superfície da pele ele se evapora, permitindo a perda de calor por evaporação (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2008; FITZPATRICK *et al.*, 2011). Essa regulação da temperatura corporal é realizada pelo sistema nervoso simpático, especificamente pelo hipotálamo em sua região pré-óptica anterior, onde há neurônios sensíveis a mudanças da temperatura interna e do córtex cerebral. O resfriamento dessa região leva a tremores e vasoconstrição. Por outro lado, um calor local dessa área, devido à elevação da temperatura corporal, gera estímulos para a resposta hipotalâmica de suor termorregulatório (HORNBERGER *et al.*, 2004; FITZPATRICK *et al.*, 2011).

O suor é essencial para o controle da temperatura corpórea, principalmente durante esforço físico ou sob altas temperaturas (WOLOSKER *et al.*, 2012; GOLDMAN; AUSIELLO, 2014; HAUSER; JOSEPHSON, 2015). Além de auxiliar na termorregulação, também é responsável por eliminar alguns catabólitos (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2013).

A transmissão do estímulo para essa resposta hipotalâmica tem início com as fibras do nervo eferente originadas no centro de sudorese pré-óptico. Elas descem através do tronco cerebral e fazem sinapse primeiro na coluna celular intermediolateral da medula espinal e, posteriormente, na cadeia simpática. As fibras simpáticas pós-gangliônicas classe C se unem aos nervos periféricos e formam terminações nervosas ao redor das glândulas sudoríparas, concluindo a associação entre o centro de sudorese pré-óptico do hipotálamo e estas glândulas (FITZPATRICK *et al.*, 2011; FIORELLI *et al.*, 2011;).

Diferente da inervação simpática comum, onde o mediador químico liberado é a norepinefrina, nas inervações glandulares o neurotransmissor periférico encontrado é a acetilcolina (ACh). Conhecer o suprimento nervoso da pele das diferentes partes do corpo é importante especialmente para se pensar na conduta terapêutica de distúrbios relacionadas à produção do suor. Os membros superiores geralmente são supridos por gânglios neurais, T2 a T8, enquanto os inferiores por T10 a L2. O rosto e as pálpebras recebem suprimento de T1 a T4 e o tronco por T4 a T12 (FITZPATRICK *et al.*, 2011; FIORELLI *et al.*, 2011).

Deste modo, o hipotálamo atua como um termostato, sendo ativado por termorreceptores periféricos e, principalmente, por neurônios que funcionam como termorreceptores. A partir da sinalização de variações na temperatura, ele ativa respostas para a manutenção da sua normalidade, como a sudorese (MACHADO; HAERTEL, 2013).

A hiperidrose primária ocorre devido à hiperatividade simpática do sistema nervoso, onde o organismo produz suor excessivo, além do que o corpo necessita para manter a temperatura corporal, não tendo causa definida estando associada a fatores genéticos e emocionais, sendo caracterizada por ser, em geral, bilateral, simétrica e focal (REIS *et al.*, 2011).

Ela acomete principalmente adultos jovens e a história familiar está presente em parte significativa dos pacientes (REIS *et al.*, 2011). Enquanto a secundária está associada a determinadas doenças ou uso de medicamentos, desta forma torna-se fundamental que o seu diagnóstico seja excluído antes de considerar como hiperidrose primária (BROILO *et al.*, 2006; MORAITES *et al.*, 2014). Como explicação para o componente familiar, alguns estudos sugerem uma herança autossômica dominante relacionada à ocorrência da hiperidrose (KAUFMANN *et al.*, 2003).

A hiperidrose primária não possui causa conhecida e piora por estresse emocional. A sudorese por fatores emocionais é controlada pelo sistema autônomo central, com a atuação do córtex cingulado anterior moldando a produção hipotalâmica de suor. Na hiperidrose primária parece haver uma maior sensibilidade hipotalâmica aos estímulos de origem cerebral, aumentando a sudorese (FITZPATRICK *et al.*, 2011).

O início dos sintomas geralmente surge na infância ou na puberdade e sua frequência varia de intermitente à presença diária. A avaliação da gravidade nos casos de hiperidrose primária pode ser feita de acordo com a frequência com que ocorre e de acordo com a intensidade do suor. Esta varia desde a presença de regiões levemente úmidas até casos de suor abundante, exigindo uso frequente de toalhas (FITZPATRICK *et al.*, 2011).

3.2 EPIDEMIOLOGIA DA HIPERIDROSE PRIMÁRIA

Apesar dos transtornos gerados na vida dos indivíduos com hiperidrose primária, estudos epidemiológicos sobre a prevalência da doença ainda são insuficientes para estimar sua ocorrência precisa na população (LIMA *et al.*, 2015). Em 2004, Strutton *et al.* realizaram um estudo em 150 mil residências nos Estados Unidos pesquisando a prevalência de hiperidrose primária. Foi encontrado uma prevalência de 2,9% dessa doença entre a população americana.

Em 2007, um estudo chinês realizado com 13 mil estudantes de 13 instituições diferentes mostrou uma prevalência de hiperidrose primária palmar de 4,59% (YUAN-RONG *et al.*, 2007). Um estudo alemão realizado por Augustin *et al.* (2013), avaliando 14,336 adultos, obteve uma prevalência de 16,3% de hiperidrose.

No Brasil não foram encontrados estudos acerca da prevalência da HP nas regiões Centro-oeste e Sudeste. Felini *et al.* (2009) avaliaram a sua prevalência na cidade de Blumenau – SC, relatando uma ocorrência de 9% desta doença. Westphal *et al.* (2011)

pesquisaram a prevalência de HP em estudantes do curso de medicina na cidade de Manaus-AM e obtiveram um resultado de 5,5%. Lima *et al.* (2015) avaliaram a HP entre estudantes de medicina no Estado de Sergipe, e encontraram uma prevalência de 14,76%.

Os diferentes resultados encontrados sugerem que os dados sobre a prevalência da HP podem variar de acordo com a metodologia aplicada nos estudos e/ou podem depender da amostra populacional estudada. A hiperidrose primária não representa uma condição rara e, apesar de possuir um efeito negativo na qualidade de vida dos acometidos, ainda é pouco diagnosticada pelos profissionais da área de saúde (AUGUSTIN *et al.*, 2013; LIMA *et al.*, 2015).

Quanto à comparação de prevalência entre homens e mulheres, Strutton *et al.* (2004), nos Estados Unidos, Yuan-Rong *et al.* (2007) na China e Westphal *et al.* (2011) e Lima *et al.* (2015), no Brasil, obtiveram quantidade de relatos similares entre os sexos. Enquanto Fennili *et al.* (2009), no Brasil, apresentaram maior acometimento do sexo masculino (10,62%) em comparação com o sexo feminino (7,66%).

A presença de história familiar de hiperidrose primária também apresentou variações. Os estudos brasileiros realizados em Blumenau-SC, em Manaus-AM e em Aracaju-SE encontraram histórias positivas semelhantes entre si, respectivamente, de 44,44%, 50% e 45% e superiores aos dos chineses que encontraram esse histórico em 15,3% de casos (YUAN-RONG *et al.*, 2007).

O estudo chinês de Yuan-Rong *et al.* (2007) com estudantes do ensino fundamental e médio, sugeriu uma evolução natural da hiperidrose primária com regressão da intensidade dos sintomas em média aos 40 anos. Lima *et al.* (2015) relataram mais de 70% dos acometidos sobre a ocorrência de episódios de hiperidrose pelo menos uma vez por semana, sudorese excessiva bilateral e agravamento do quadro com o estresse.

Strutton *et al.* (2004) constataram uma baixa procura a profissionais de saúde, apresentando que apenas 38% daqueles acometidos procuraram por auxílio, o que foi confirmado por Lima *et al.* (2015), em Sergipe, que obtiveram como resultado o dado de que apenas 22,72% dos acometidos possuem diagnóstico médico, mesmo se tratando de estudantes de medicina, os quais possuem ligação com a área da saúde.

Em seu estudo, Strutton *et al.* (2004) também relataram uma maior prevalência da hiperidrose primária na população em idade ativa (entre 25 e 64 anos) e 91,6% dos indivíduos acometidos relataram que esta doença tem algum grau de interferência em suas atividades diárias. Lima *et al.* (2015) observaram interferência de uma taxa de 37,9% entre os estudantes de medicina. Esses dados confirmam o impacto negativo exercido pela hiperidrose primária na vida social, estudantil e no trabalho dos indivíduos por ela acometidos.

3.3 DIAGNÓSTICO DA HIPERIDROSE PRIMÁRIA

A hiperidrose primária aparece no período da infância ou adolescência. Ela, geralmente, ocorre nas mãos (24%), nos pés (30%), nas axilas (51%) e rosto (é a menos frequente e acontece em aproximadamente 10% dos pacientes). Além de ter esse carácter físico, ela pode gerar consequências ligadas ao lado psicológico do paciente, pois ela pode gerar situações de constrangimento (COHEN *et al.*, 2007). É importante lembrar que mudanças tanto térmicas quanto emocionais também podem levar acentuar os sintomas dessa patologia.

O diagnóstico é meramente clínico, através da anamnese e do exame físico, onde o paciente deverá apresentar suor excessivo, em uma área específica e visível por no mínimo seis meses de duração sem causa aparente, descartando a hiperidrose secundária. Além desse aspecto, o paciente deve apresentar pelo menos mais duas características, como suor bilateral e basicamente simétrico com frequência de ao menos uma vez na semana, dificuldade em realizar atividades do cotidiano do paciente, início com idade menor que 25 anos, possuir um histórico familiar positivo, sensação do suor durante o sono, piora em situação de estresse, praticamente nenhuma interferência de temperatura (HORNBERGER *et al.*, 2004; FELINI *et al.*, 2009).

Existem também alguns testes que podem ser realizados para auxiliar no diagnóstico do paciente. Estes testes são os de amido-iodo, onde há uma aplicação desta solução em uma área queixada pelo paciente. Caso o paciente, realmente, possua hiperidrose, haverá a mudança da cor da zona para um tom azulado forte (CONTIJO *et al.*, 2011).

Outros testes utilizados são ligados à termorregulação e à transpiração diretamente. O teste que envolve a termorregulação é feito a partir da aplicação, nas áreas do corpo do paciente, de uma substância que tem sua coloração alterada de acordo com a temperatura. Além deste teste, há o teste da gravimetria que quantifica o excesso de suor em peso (mg) por tempo (min) (HUND *et al.*, 2002).

3.4 TRATAMENTO DA HIPERIDROSE PRIMÁRIA

O tratamento é baseado no controle ou resolução da doença de base (HASIMOTO, 2012). Portanto, antes de ser feito diagnóstico de HP, várias doenças sistêmicas devem ser investigadas e excluídas (BRANCACCIO; SITO, 2016). Existem diversos tratamentos, que podem ser separados em clínicos e cirúrgicos.

- Tratamento clínico:

É baseado principalmente na utilização de medicamentos anticolinérgicos de uso oral (atropina e o glicopirrolato). Porém, ele possui diversos efeitos colaterais (ressecamento de

mucosas e taquicardia), com isso, acaba sendo utilizado somente em situações onde os outros tratamentos clínicos não possuem efetividade. Porém, antes da realização de cirurgias, há a sua indicação para alguns pacientes (SOLISH *et al.*, 2007).

- Iontoforese:

Nesse procedimento, há a inserção na pele de algumas partículas iônicas através de estimulação elétrica, é necessário que esteja em um meio líquido (na maioria dos casos utilizam água). Possui uma interação bioquímica desconhecida, porém acreditam que pode estar relacionada à 3 fatores: oclusão dos ductos das glândulas sudoríparas, interferência no processo fisiológico da excreção do suor e a promoção de feedback. Esse procedimento possui alguns efeitos colaterais que acabam limitando o seu uso na região (GONTIJO *et al.*, 2011).

- Tratamento tópico:

O objetivo desse tratamento é obstruir os ductos da pele e possui a capacidade de atrofiar e vacuolizar as células glandulares. Isso ocorre porque há a utilização de um composto de sais (que possuem principalmente alumínio, cloreto e cloridrato) que ao serem aplicados, acabam realizando a formação de um complexo com mucopolissacarídeos que gera um precipitado capaz de realizar esses objetivos. Eles possuem como efeitos colaterais: a queimação e a irritação que acabam por podendo criar uma situação em que há uma limitação dos benefícios do tratamento. Há estudos sobre a utilização de anticolinérgicos, anestésicos e aldeídos, porém sua efetividade não foi confirmada (GONTIJO *et al.*, 2011).

-Antitranspirantes:

São utilizados antitranspirantes para controlar casos de hiperidrose leve a moderada. Antitranspirantes a base de $AlCl_3$ a 15% (Hydrosal®) ou a 20% (Drysol®). Infelizmente, estes produtos não possuem eficazes nos tipos palmar e plantar por causa da extensão da camada córnea, que impede a penetração do $AlCl_3$ (BENOHANIAN, 2006; FIORELLI *et al.*, 2011; GONTIJO *et al.*, 2011).

- Toxina botulínica do tipo A:

Esta interrompe o funcionamento das fibras colinérgicas simpáticas pós-ganglionares que se relacionam às glândulas sudoríparas. Além disso, começou a ser utilizada em meados de 1990, elas possuem uma ótima eficácia e segurança, quando comparada aos outros tratamentos. Normalmente utilizam-se em torno de 50 a 100 unidades a em cada axila, em espaçamentos de 1,5 cm com injeções realizadas em região intradérmica. Há a

recomendação da realização do teste amido-iodo para auxiliar na visualização da região que vai ser trabalhada (COHEN *et al.*, 2007).

Não há nenhuma restrição nas atividades do paciente após a realização deste procedimento. O efeito pode ser notado entre 7 a 10 dias com duração de cerca de seis a oito meses. O paciente após este procedimento sente pouca dor e há uma associação a um aumento nas condições de vida do paciente. Além disso, é importante lembrar que não foi encontrado nenhuma alteração imunológica, após este procedimento (GONTIJO *et al.*, 2011).

- Tratamentos alternativos:

Há alguns relatos de utilização de técnicas alternativas de medicina com resultados positivos. O valor desses relatos para o seu tratamento ainda é algo muito vago, não podendo se afirmar. As técnicas mencionadas variam entre: hipnose, utilizam de ervas medicinais, biofeedback e outras técnicas de relaxamento (COHEN *et al.*, 2007).

- Simpatectomia torácica videolaparoscópica:

É um método minimamente invasivo, a simpatectomia videolaparoscópica, que atinge um grau de 98% de efetividade e normalmente é utilizado em situações graves (CHUNG *et al.*, 2002). Nesse procedimento, há o objetivo de destruição dos gânglios simpáticos, através de clipamento, ablação ou excisão. Ela precisa de internamento e da utilização de anestesia geral.

A simpatectomia torácica é o único tratamento que consegue de forma definitiva tratar a hiperidrose palmar e axilar. A principal adversidade na sua realização é que há grandes chances de ocorrer hiperidrose compensatória em outras partes do corpo, a taxa de ocorrência pode chegar até quase 90% dos casos. Essa complicação pode ocorrer entre 2 a 8 semanas do pós-cirúrgico, normalmente, os casos são leves, porém há um crescente número de ocorrência de casos mais graves. Outras complicações também podem ocorrer como: perversão de sensações em região da parede torácica que ocorre em cerca de metade dos casos em menor escala pneumotórax, síndrome de Horner, raramente arritmias e paradas cardíacas. A hiperidrose palmar é o principal alvo dessa intervenção cirúrgica que possui um alto grau de efetividade (GONTIJO *et al.*, 2011). Em relação a hiperidrose compensatória, quanto menor a intervenção na cadeia simpática torácica, menor será a sua intensidade (KAUFFMAN *et al.*, 2011).

- Simpatectomia lombar retroperitoneoscópica videoassistida:

A simpatectomia lombar retroperitoneoscópica vídeo assistida, tem como seu principal alvo a hiperidrose plantar, como ela a elimina de forma permanentemente, acaba possuindo uma alta quantidade de casos bem-sucedidos. A cirurgia é responsável pela retirada dos

nervos da cadeia simpática, que se localiza no abdômen na parte anterolateral das vértebras lombares. Como complicações, podem ocorrer lesões de estruturas adjacentes à cadeia simpática, neuralgia, tromboembolismo pulmonar, arritmias, parestesias na parede abdominal, entre outras complicações (REIS *et al.*, 2011; LIMA *et al.*, 2017).

- Excisão de tecido axilar

A sua realização tem como objetivo a retirada das estruturas responsáveis pela hiperidrose, as glândulas sudoríparas, localizadas na região alvo. Este método só é aplicável em casos de hiperidrose axilar, pois ele possui muitas desvantagens. Dentre elas se destacam a dor, equimoses, hiperpigmentação e a formação de cicatrizes na área. Além disso, é necessário que essa cirurgia seja refeita, pois ela possui um efeito breve (GONTIJO *et al.*, 2011).

Nesta cirurgia existem 3 formas conhecidas de realiza-la. Um deles é a excisão completa tanto da pele quanto da hipoderme que é o método mais agressivo a ser realizado. Outro método é somente a retirada da hipoderme, é a menos invasiva dos três. Para finalizar, o último método é uma forma combinada dos dois anteriores, é realizada a extração parcial da pele com uma excisão combinada dos tecidos cutâneo e adjacente (GONTIJO *et al.*, 2011).

3.5 QUALIDADE DE VIDA E INTERFERÊNCIA DA HIPERIDROSE PRIMÁRIA NAS ATIVIDADE DIÁRIAS

Os estudos sobre a ocorrência da hiperidrose primária ainda são insuficientes para o conhecimento preciso da sua prevalência, mas sabe-se que ela não se trata de uma doença rara, mesmo ainda se tratando de uma condição sub diagnosticada pelos profissionais de saúde. Apesar disso, o impacto negativo gerado por essa doença na vida dos doentes é significativo. A sudorese abundante não é vista socialmente como um componente estético agradável, o que gera uma angústia social nesses pacientes. (CAMPOS *et al.*, 2003).

O suor excessivo representa um fardo entre os indivíduos afetados. Estudos sugerem que a perda de qualidade de vida desses pacientes é da mesma magnitude de condições como psoríase severa, artrite reumatoide e falência renal. Sua ocorrência está relacionada a limitações na produtividade nos locais de trabalho, na interação social, em atividades físicas e de lazer (HOORENS *et al.*, 2012; LIMA *et al.*, 2015).

Da mesma forma, atividades diárias simples também podem ser prejudicadas pela hiperidrose. Muitas vezes a sudorese em excesso obriga o paciente a trocar de roupas várias vezes em um mesmo dia. Todo esse impacto negativo causa um forte embaraço e desconforto social, bem como um sofrimento emocional e psicológico nesses pacientes (STRUTTON *et al.*, 2004; HORNBERGER *et al.*, 2004; LIMA *et al.*, 2015).

Hornberger *et al.* (2004) referem que um quarto daqueles acometidos pela hiperidrose são afetados emocionalmente de maneira moderada ou severa. No estudo realizado por Strutton *et al.* (2004), 34% dos indivíduos com hiperidrose axilar afirmaram ser afetados emocionalmente de maneira moderada ou significativa devido à transpiração excessiva.

Este estudo também obteve uma prevalência superior de ansiedade nos pacientes acometidos pela hiperidrose axilar quando comparada à prevalência da população geral e de pacientes portadores de outras doenças crônicas. Esta superioridade é sugerida em outros estudos, tendo sido encontrada também por Bragança *et al.* (2014), que descreveu em sua pesquisa uma prevalência de 49,6% de ansiedade entre os pacientes que sofriam de hiperidrose, comprovando esta superioridade. (STRUTTON *et al.*, 2004; BRAGANÇA *et al.*, 2014; LIMA *et al.*, 2015).

Os sintomas da hiperidrose impactam o paciente de diferentes maneiras, variando de acordo com a região afetada. A sudorese axilar excessiva leva ao convívio com roupas sujas e frequentemente manchadas nessa região. Essas situações geram um constrangimento do paciente, gerando um desconforto do mesmo dentro do ambiente em que estiver inserido. (STRUTTON *et al.*, 2004).

Segundo o estudo de Strutton *et al.* (2004), 33,6% dos pacientes que possuem hiperidrose axilar mostraram-se limitados pela hiperidrose no local de trabalho e 13,4% relataram ter diminuído a quantidade de tempo de trabalho. Ainda segundo o estudo, 46,7% mostraram limitações ao conhecer pessoas, 35,1% em ocasiões com família ou com amigos e 46% em situações românticas ou íntimas, comprovando o comprometimento ocupacional, emocional, social e físico desta doença, além da possibilidade de implicações econômicas. (STRUTTON *et al.*, 2004).

A hiperidrose plantar pode ser grave a ponto de danificar os sapatos desses indivíduos, se deteriorando com o suor em excesso nessa área. A hiperidrose palmar gera embaraço significativo nas mais diversas situações do dia. O suor excessivo nas mãos pode resultar em manchas em papéis e impossibilitar a prática de instrumentos musicais. Exercer uma carreira em áreas de trabalho que exigem contato com papel, metal ou componentes elétricos tornam-se impraticáveis em pacientes portadores de hiperidrose palmar (FENILI *et al.*, 2009).

Atividades simples como um aperto de mão tornam-se embaraçosas para os pacientes que sofrem de hiperidrose palmar e podem resultar constrangimento profissional ao serem evitadas. Qualquer simples toque pode se tornar evitável por estes pacientes, condição que leva ao seu isolamento social e interpessoal. Os portadores de HP são motivo constante de brincadeiras e chacotas, e, aquilo que parece ser uma brincadeira inofensiva, pode trazer

consequências devastadoras na vida do indivíduo, podendo levar ao isolamento social e até mesmo ao suicídio (STRUTTON *et al.*, 2004; SANTANA, 2012; GRILLO; SANTOS, 2016).

Estudo feito recentemente na Universidade Federal de Manaus, entre estudantes de medicina, quantificou o impacto da hiperidrose primária neste grupo e observou que a vida dos estudantes acometidos pela hiperidrose é afetada em diversos aspectos, tais como relacionamentos pessoais, interpessoais e profissionais. No domínio funcional-social, 31,3% relataram dificuldades para escrever e 18,8% relataram dificuldades para executar atividades manuais (WESTPHAL *et al.*, 2011).

Na área de saúde atividades manuais são constantes, seja durante o exame e cuidados com o paciente ou durante a execução de procedimentos. A presença de uma sudorese excessiva pode resultar em perda da eficácia nessas atividades, como relatado no estudo de Westphal *et al.* (2011), além de a umidade nas mãos ser um potencial causador de acidentes e erros durante a atuação em procedimentos (WESTPHAL *et al.*, 2011).

O estudo realizado em Manaus ainda evidenciou que 31,3% dos alunos acometidos possuíam dificuldade em realizar seus passatempos prediletos, 25% consideraram “ruim” e 31,3% “muito ruim” a prática de alguma atividade física ou esportes e 25% sentiram-se incomodados em apertar as mãos de conhecidos. Para os profissionais da área de saúde o contato é essencial no ambiente de trabalho. Evitá-lo, seja em apertos de mãos ou no contato com o paciente, pode gerar grande mal-estar na relação com o doente, além de um possível prejuízo no resultado do seu trabalho. No que se trata do domínio emocional próprio ou com os outros, 37,6% referiram ter que se justificar o tempo inteiro e 31,5% disseram receber demonstrações de rejeição devido à sudorese excessiva (WESTPHAL *et al.*, 2011).

Além das questões estética, social, laboral e psicológica, as hiperidroses constituem uma base para a instalação de outras afecções a depender da região acometida, agravando o quadro de saúde do paciente. A hiperidrose primária axilar pode facilitar o desenvolvimento de infecções piogênicas, de candidíase e de dermatite de contato por vestimentas ou desodorantes. Já a hiperidrose plantar favorece o aparecimento de dermatite de contato por sapatos e de infecções fúngicas. A associação de hiperidrose com desidrose pode acontecer nas palmas e plantas, assim como o quadro de hiperqueratose sulcada. (FITZPATRICK *et al.*, 2013).

4. METODOLOGIA

4.1. Delineamento do Estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória com abordagem quantitativa, direcionada aos profissionais de enfermagem do Hospital de Urgência de Sergipe – HUSE, realizado no período de julho a agosto de 2017.

4.2 População e Amostra

A população do estudo foi composta pelos profissionais de enfermagem que prestam assistência direta ao paciente do Hospital de Urgência de Sergipe – HUSE, o que corresponde a 1.914 servidores (tabela 1). O cálculo da amostra segue descrito na Equação (1), realizada pela Fórmula de Barbetta: $n = N \cdot \frac{no}{N+no}$, onde $no = 1/Eo^2$, N = Tamanho da População, no = Primeira aproximação do tamanho amostral, Eo = Erro amostral tolerável e n = tamanho da amostra (BARBETTA, 2010).

Quadro 1: Distribuição da população e calculo amostral dos profissionais de enfermagem do Hospital de Urgência de Sergipe – HUSE.

Categoria Profissional	Quantidade de profissionais		Amostra	
	Nº	%	Nº	%
Enfermeiro	366	19,1	63	19,1
Auxiliar e Técnico de enfermagem	1548	80,9	274	80,9
Total	1.914	100	330	100

$$(1) \quad n = N \times no / N + no = 1914 \times 400 / 1914 + 400 = 765.600 / 2314 =$$

$$n = 330$$

Foi utilizado Intervalos de Confiança (IC) a 95% para todas as estimativas, tendo como parâmetros erro amostral de 0,05. A amostra mínima para realização deste estudo foi de 330 profissionais e foram acrescidos de 10% considerando as possíveis perdas que podem comprometer a representatividade dessa amostra. Portanto, o número da amostra mínima ficou em 363 profissionais.

Foram incluídos nesta pesquisa todos os profissionais de enfermagem (auxiliares, técnicos e graduados) do HUSE. Sendo excluídos os profissionais que estavam desviados de função ou em cargo de gestão.

4.3 Sistemática de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada através da busca ativa de profissionais de enfermagem no HUSE durante o horário de trabalho ou logo após o plantão do participante (manhã, tarde ou noite). Cada profissional foi abordado pessoalmente pelo examinador, encaminhado a um ambiente confortável, climatizado e privativo, para esclarecimento sobre a pesquisa, onde este ao aceitar participar, assinou o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B).

Etapa I- Foi aplicado o Questionário de critérios diagnósticos. Os profissionais que responderam, na primeira pergunta, “não” ou aqueles que responderem “sim”, entretanto não assinalaram pelo menos mais duas características descritas na segunda pergunta deste formulário, não seguiram com o preenchimento dos outros por não contemplarem o público alvo deste estudo. Já os que assinalaram “sim” e apontaram mais duas características, continuaram respondendo os outros questionários.

Etapa II- Após o primeiro questionário foram aplicados os outros, o sobre qualidade de vida (Anexo B) e o questionário de impacto da Hiperidrose Primária na atividade laboral dos profissionais de saúde (Apêndice A) (Figura 1).

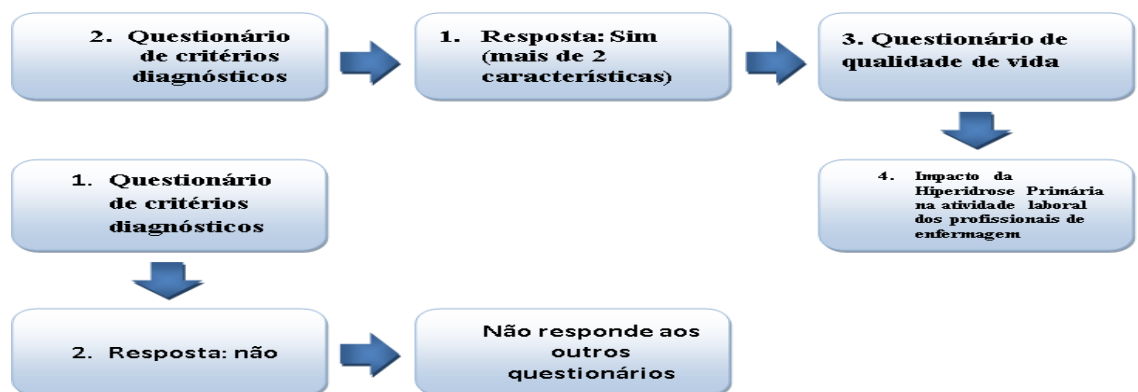


Figura 1: Fluxograma de aplicação dos questionários em profissionais de enfermagem, de acordo com a resposta dos pesquisados. Aracaju/SE 2017.

4.4 Instrumento de coleta de dados

4.4.1. Questionário de critérios diagnósticos

A fim de identificar a prevalência de hiperidrose entre a população estudada, foi aplicado o questionário criado por Fenili (2009), que define critérios objetivos para definição diagnóstica (Anexo A).

4.4.2. Questionário de qualidade de vida - Hiperidrose

Para avaliar a Qualidade de Vida (QV), foi utilizado o questionário descrito por Almir *et al.* (2003) e modificado por Campos *et al.* (2003). Para este estudo, foi utilizada a primeira parte do questionário, uma vez que não é o objetivo da pesquisa avaliar o impacto do tratamento da hiperidrose na QV do indivíduo (Anexo B). Este instrumento avalia vinte atividades sobre quatro domínios: Funcional-social, pessoal, emocional e condições especiais. O escore total do questionário varia de 20 a 100 pontos e é obtido pela soma da avaliação de cada atividade, sendo classificadas em cinco níveis de satisfação. Desta forma, os sub escores são classificados segundo Campos *et al.* (2003):

- Muito ruim – acima de 84;
- Ruim – 68 a 83;
- Boa – 52 a 67;
- Muito boa – 36 a 51;
- Excelente – 20 a 35.

No questionário aplicado, foi solicitado ao entrevistado que ele expressasse sua opinião a respeito à qualidade de vida relacionada à hiperidrose. Vale ressaltar que para a análise, foi utilizada a escala de Likert, onde o entrevistado deveria marcar as opções (1) excelente, (2) muito boa, (3) boa, (4) ruim, (5) muito ruim.

A escala de verificação de Likert consiste em tomar um construto e desenvolver um conjunto de afirmações relacionadas à sua definição, para as quais os respondentes emitirão seu grau de concordância. A grande vantagem da escala de Likert é sua facilidade de manuseio, pois é fácil a um pesquisado emitir um grau de concordância sobre uma afirmação qualquer. Adicionalmente, a confirmação de consistência psicométrica nas métricas que utilizaram esta escala contribuiu positivamente para sua aplicação nas mais diversas pesquisas (COSTA, 2011).

Sendo assim, o presente estudo visa avaliar o impacto do tratamento da hiperidrose na QV do indivíduo (Anexo B). Para realizar a análise, foi atribuído a cada resposta um valor, como descrito no Anexo B. Pode-se observar a estrutura do questionário e a atribuição de pontos para cada sentença, onde é possível notar que frases afirmativas são organizadas com pontuações decrescentes, enquanto frases negativas possuem pontuação crescente. A pontuação mínima que poderia ser alcançada era de 20 pontos por aspecto, sendo que isto definiria uma excelente qualidade de vida com relação a hiperidrose. Por outro lado, a

pontuação máxima que poderia ser obtida é de 100 pontos, que definiria o oposto das qualidades citadas anteriormente.

4.4.3. Questionário impacto da hiperidrose na atividade laboral dos profissionais de saúde

Para avaliar o perfil sócio-demográfico e profissiográfico, além do impacto da hiperidrose na atividade laboral dos profissionais de saúde, foi utilizado um questionário de elaboração própria, composto por variáveis inerentes à identificação, escolaridade, tempo que exerce a profissão, carga horária, percepção sobre a doença e principais atividades inerentes à profissão que são afetadas pela condição de suor excessivo (Apêndice A).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A prevalência foi obtida através do somatório dos profissionais que marcaram “sim” e mais dois itens do primeiro questionário e a qualidade de vida foi avaliada através dos scores finais do segundo formulário.

Para a organização dos dados foi utilizado o Excel 2016. Para análise dos dados foi utilizado o pacote *Stats* do programa *The R Project for Statistical Computing* – R (v.3.4.2). O teste Shapiro Wilk foi utilizado para verificar se a distribuição de probabilidade associada ao conjunto de dados pode ser aproximada pela distribuição normal. O teste Kruskal-Wallis foi utilizado para associação da prevalência da hiperidrose primária nos profissionais de saúde com a qualidade de vida e a mesma com as variáveis: Faixa Etária, Nível de Qualificação, Tempo que Exerce a Profissão, Início dos Sintomas, Intensidade dos Sintomas e Limitações na Execução de Procedimentos Devido à Hiperidrose. O teste Mann Whitney foi utilizado para comparar dois grupos não pareados para comparar as médias de qualidade de vida entre os grupos. Afim de comparar a presença ou não de sofrimento mental e quais grupos mais afetados usou-se o teste do qui-quadrado (χ^2). O nível de significância utilizado foi de 5%.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Tiradentes sob o número do parecer 2.310.764 (Anexo C).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) foi assinado em duas vias pelos sujeitos que se voluntariaram a participar da pesquisa, sendo que uma das vias ficava com o voluntário e a outra com o pesquisador. Este será armazenado durante o período mínimo de cinco anos junto aos demais instrumentos.

6. RESULTADOS

Participaram do estudo 363 profissionais de enfermagem, sendo 68 enfermeiros, 54 do sexo feminino e 14 do sexo masculino, e 295 auxiliares e técnicos de enfermagem, 257 do sexo feminino e 38 do sexo masculino. Desses, 39 (11%) referiram apresentar suor excessivo, localizado e visível, 12 enfermeiros e 27 auxiliares e técnicos de enfermagem com predomínio de idade menor que 30 anos (19%). Notou-se que as variáveis sexo, cargo e faixa etária não apresentam diferença significativa. (Tabela 1).

Tabela 1: Número e porcentagem de profissionais da enfermagem do HUSE com presença ou ausência de suor excessivo localizado visível distribuídos quanto ao perfil, Qui-quadrado, Aracaju/SE (n=363).

Tabela 02 (N=665).							
Variáveis	Possui Suor Excessivo Localizado Visível						P-valor
	Não		Sim		Total		
Sexo	n	%	n	%	n	%	
Feminino	311	90	33	10	344	100	0,467
Masculino	52	90	6	10	58	100	
Cargo							
Assistente	268	91	27	9	295	100	0,051
Enfermeiro	56	82	12	18	68	100	
Faixa Etária							
Menor de 30 anos	34	85	6	15	40	100	0,672
De 30 a 39 anos	160	90	18	10	178	100	
De 40 a 49 anos	89	89	11	11	100	100	
Mais de 50 anos	45	92	4	8	49	100	
Vazio	35	100	0	0	35	100	

No que se refere as características sócio-demográficas predominaram profissionais do sexo feminino (90%), da cor parda (62%), com idade entre 30 e 39 anos (46%), em sua maioria com ensino médio (61%). O tempo que haviam exercido foi de 6 e 10 anos (49%) e a maioria relatou ter tido início dos sintomas de hiperidrose na infância (69%) (Tabela 2).

Tabela 2: Perfil Sócio-demográfico dos Profissionais de Enfermagem do HUSE portadores de Hiperidrose Primária, Aracaju/SE, 2017 (n=39).

Sexo	Enfermeiro		Assistente	
	n	%	n	%
Feminino	8	67	25	93
Masculino	4	33	2	7
Cor da Pele	n	%	n	%
Branco	7	58	8	30
Pardo	5	42	19	70
Preto	0	0	2	7
Faixa Etária	n	%	n	%
Menor de 30 anos	4	33	2	7
De 30 a 39 anos	7	58	11	41
De 40 a 49 anos	1	8	10	37
Mais de 50 anos	0	0	4	15
Nível de Qualificação	n	%	n	%
Médio	0	0	24	89
Graduação	4	33	1	4
Especialização	8	67	2	7
Tempo que Exerce a Profissão	n	%	n	%
Até 1 ano	0	0	0	0
De 1 a 5 anos	3	25	3	11
De 6 a 10 anos	8	67	11	41
Mais de 10 anos	1	8	13	48
Início dos Sintomas	n	%	n	%
Infância	6	50	21	78
Adolescência	5	42	6	22
Fase Adulta	1	8	0	0
Total	n	%	n	%
	12	100	27	100

Quanto ao conhecimento sobre hiperidrose, 26% dos profissionais de enfermagem que possuem HP não consideravam suor excessivo uma doença e 92% nunca procuraram tratamento.

Os profissionais quando questionados quanto à qualidade de vida relacionada a hiperidrose, nenhum referiu ser excelente ou muito boa, 59% avaliaram como ruim, 36% como boa e 5% como muito ruim (Figura 2).

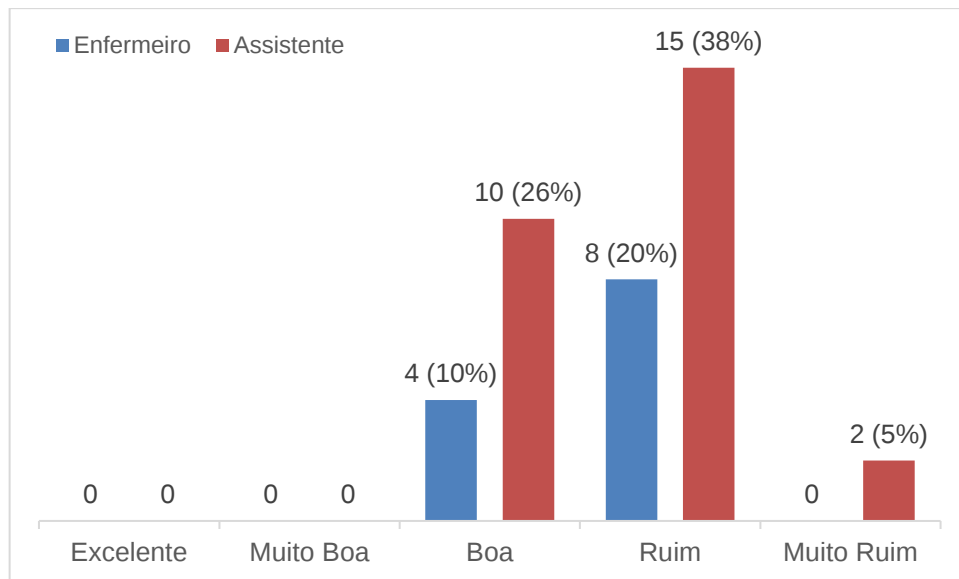


Figura 2: Percepção dos profissionais de enfermagem do HUSE portadores de Hiperidrose a respeito da sua qualidade de vida, Aracaju/ SE, 2017 (n=39).

De acordo com as características da hiperidrose dos profissionais de enfermagem do HUSE, as principais áreas afetadas pela doença foram, palmar (97%), plantar (87%), axilar (77%), facial (26%) e crânio-facial (5%). Quanto a intensidade dos sintomas pôde-se observar que 56% dos profissionais de enfermagem apresentavam sudorese exteriorizada através das roupas íntimas, escore 1, e 36% apresentam dificuldades durante as atividades laborativas (Figuras 3 e 4).

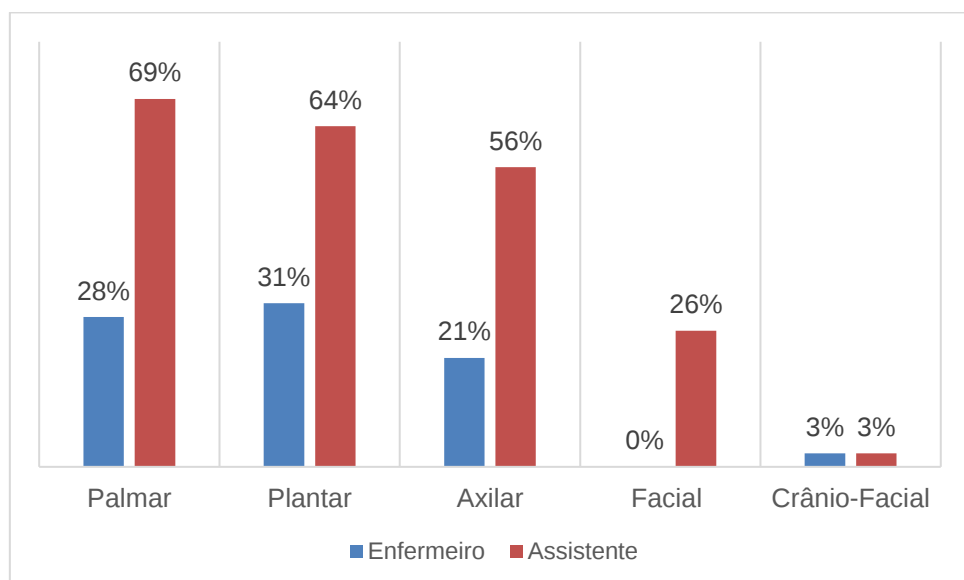


Figura 3: Distribuição de frequência das áreas afetadas pela Hiperidrose em Profissionais de Enfermagem do HUSE, Aracaju/SE, 2017 (n=39).

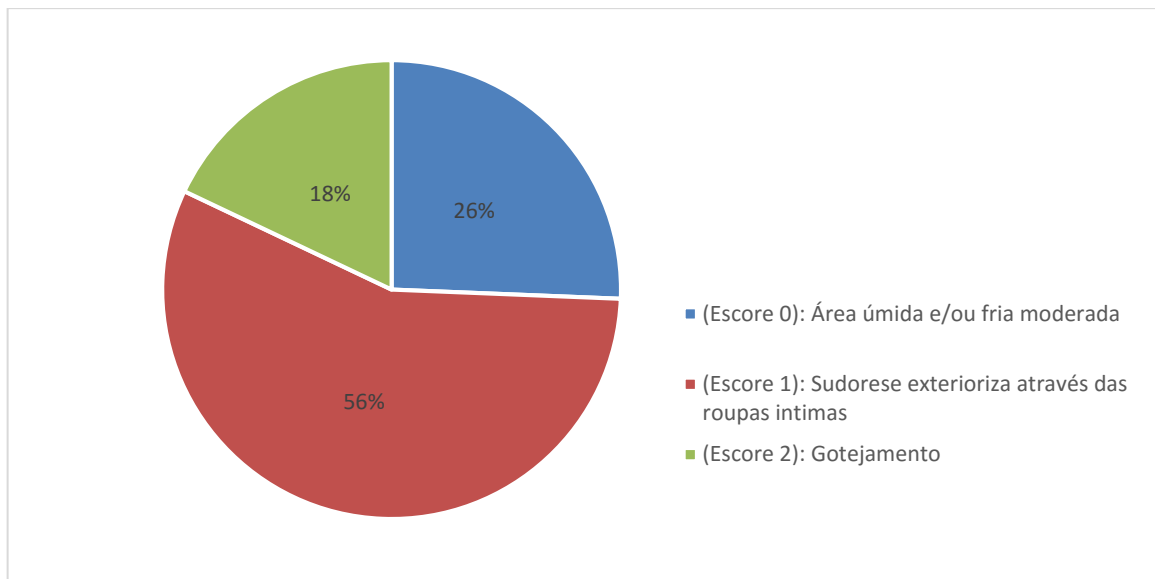


Figura 4: Distribuição da frequência da intensidade dos sintomas de Hiperidrose dos Profissionais de Enfermagem do HUSE, Aracaju/SE, 2017 (n=39).

Observou-se que todas as limitações foram referenciadas na execução de procedimentos devido à HP, 93% relatam algum grau de limitação ao realizar avaliações escritas, 79% apresentam limitação ao utilizar de equipamentos de proteção individual, 36% referiram na realização de procedimento estéril, 64% possuíam limitação quanto ao preparo de medicamentos, 41% apresentam limitação na execução do exame físico, 82% quanto ao realizar o registro de prontuário, 26% referiram dificuldade no manuseio de pinças de curativos, 54% relataram possuir dificuldades em cortar esparadrapos ou micropore e 23% dos profissionais de enfermagem apresenta limitações na comunicação com os pacientes (Tabela 3).

Tabela 3: Limitações dos Profissionais de Enfermagem na execução de procedimentos devido à Hiperidrose no HUSE, Aracaju/SE, 2017 (n=39).

Procedimentos	Limitações de Execução Devido à Hiperidrose								
	Grande Limitação		Média Limitação		Pouca Limitação		Sem limitações		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	N
Realizar avaliações escritas	1	3	19	49	16	41	3	7	39
Utilizar de equipamentos de proteção individual	5	13	11	28	15	38	8	21	39
Realização de procedimentos estéril	0	0	3	8	11	28	25	64	39
Preparo medicamentos	0	0	5	13	20	51	14	36	39
Execução do exame físico	0	0	2	5	14	36	23	59	39
Realização de registros em prontuário	1	3	15	38	16	41	7	18	39
Dificuldade no manuseio de pinças de curativos	0	0	0	0	10	26	29	74	39
Dificuldade em cortar esparadrapos ou micropore	1	3	7	18	13	33	18	46	39
Comunicação com o paciente	0	0	2	5	7	18	30	77	39

Constatou-se que, desses profissionais, 79% que possuem hiperidrose não utilizavam de alguma estratégia para minimizar as limitações, 64% sentiam-se constrangidos ao tocar nos pacientes por causa da hiperidrose palmar, 56% no uso da farda devido a hiperidrose axilar. Na relação interpessoal com a equipe multiprofissional e/ou outros acadêmicos 28% apresentaram algum tipo de constrangimento e 92% referiram que os sintomas de ansiedade provocavam surgimento ou aumento de sudorese.

Ao avaliar a qualidade de vida de acordo com o questionário de Campos *et al.* (2003) pôde-se verificar que 8 (21%) dos profissionais de enfermagem consideram sua qualidade de ruim, em relação a hiperidrose (Figura 5).

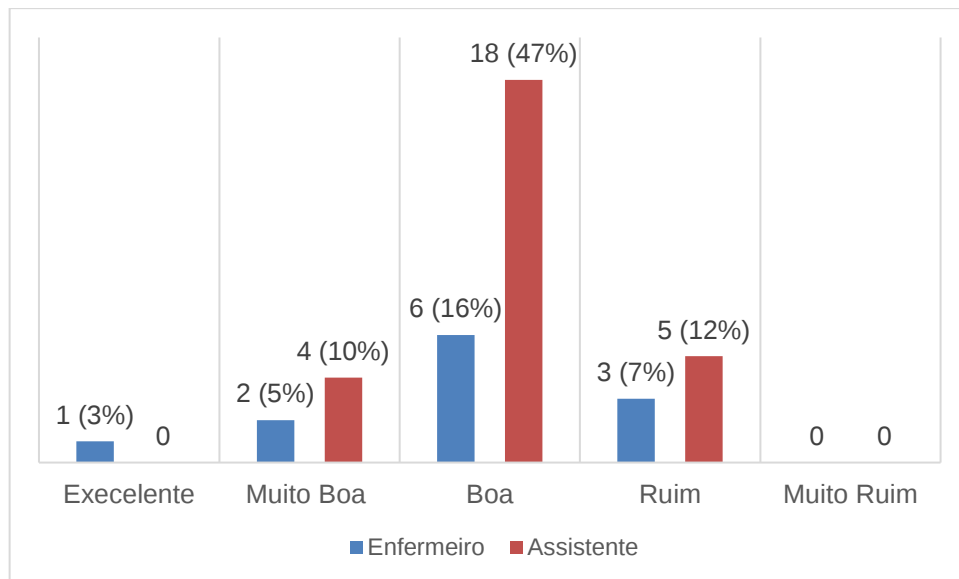


Figura 5: Distribuição de frequência da avaliação da qualidade de vida relacionada à Hiperidrose em profissionais de enfermagem do HUSE, Aracaju/SE, 2017 (n=39).

Notou-se que as menores pontuações médias de QV foram observadas nos profissionais de enfermagem com idade entre 40 e 49 anos (61,09), com especialização (58,90), que tem mais de 10 anos de tempo de carreira (62,79), que tiveram início dos sintomas na infância (61,63), que possuem intensidade dos sintomas escore 2 (68,00) e que possuem média limitação (67,37) (Tabela 4).

Tabela 4: Distribuição da pontuação média, desvio padrão, mínimo e máximo da qualidade de vida atribuídas pelos profissionais de enfermagem do HUSE quanto a sua qualidade de vida devido a hiperidrose, Aracaju/SE, 2017 (n=39).

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	<i>p</i>
Gênero					
Feminino	24	80	60,55	11,74	0,599
Masculino	45	68	59,17	7,20	
Faixa etária					
Menor de 30 anos	42	73	59,33	13,56	0,811
De 30 a 39 anos	24	79	59,33	11,5	
De 40 a 49 anos	41	80	61,09	12,63	
Mais de 50 anos	62	67	60,72	2,21	
Nível de qualificação					
Médio	41	80	61,41	9,81	0,539
Graduação	24	73	58,00	20,21	
Especialização	42	78	58,90	10,23	
Tempo que exerce a profissão					
De 1 a 5 anos	24	73	55,17	18,56	0,914
De 6 a 10 anos	42	79	60,16	9,75	
Mais de 10 anos	41	80	62,79	9,57	
Início dos sintomas					
Infância	43	79	61,63	7,37	0,659
Adolescência	24	80	56,64	17,97	
Adulto	-	66	66	-	
Intensidade dos sintomas					
Escore 0	24	70	48,40	12,39	0,001*
Escore 1	42	80	60,12	7,23	
Escore 2	59	79	68,00	7,74	
Limitações na execução de procedimentos					
Sem Limitações	41	56	48,50	10,60	0,076
Pouca Limitação	24	70	59,21	10,07	
Média Limitação	42	80	67,37	13,14	

*significativo a o nível de 5%

Os resultados obtidos com p- valor foi significativo apenas para a intensidade dos sintomas (0,001), desta forma conclui-se que pelo menos uma das médias é diferente quando a intensidade dos sintomas é diferente. O teste não paramétrico Kruskal Wallis não indicou quais graus diferem entre si. Para isso foi aplicado o teste Mann Whitney que consiste em um teste de comparação de dois grupos não pareados para se verificar se as amostras possuem médias iguais. Como pode-se observar, há indícios que a média dos profissionais de enfermagem que possuem intensidade da doença com escore 2¹ (68,00) é maior que o

¹ Escore 2 - Gotejamento

dos profissionais de enfermagem com escore 1² (60,12) e escore 0³ (48,40). Estes resultados sugerem que os profissionais de enfermagem que possuem a intensidade dos sintomas no escore 2 atribuem notas piores a sua qualidade de vida em relação à hiperidrose primária (Tabela 5).

Tabela 5: Teste de Mann-Whitney na comparação da pontuação média da qualidade de vida em relação à hiperidrose por intensidade dos sintomas (dois a dois).

Intensidade dos Sintomas	Escore 0	Escore 1	Escore 2
Escore 0	-	-	-
Escore 1	0,001*	-	-
Escore 2	0,003*	0,252	-

*significativo a o nível de 5%

² Escore 1 – Sudorese exterioriza através das roupas íntimas

³ Escore 0 – Área úmida e/ou fria moderada

7. DISCUSSÃO

No presente estudo foram respondidos 363 questionários, sendo 311 por indivíduos do sexo feminino (83%) e 52 do masculino, verificando uma prevalência de hiperidrose primária de 11%. Esta é semelhante a encontrada em estudos mais recentes, como o de Augustin *et al.* (2013) com 16,6% em funcionários de empresas na Alemanha, Fujimoto *et al.* (2013) com 12,7% em funcionários de empresas e alunos de escolas no Japão, Stefaniak *et al.* (2013) com 16,7% em estudantes de medicina na Polônia e Lima *et al.* (2015) com 14,7% também em estudantes de medicina no estado de Sergipe. Publicações mais antigas encontraram prevalências inferiores, como Adar *et al.* (1997) com 1% em Israel, Strutton *et al.* (2004) com 2,8% nos EUA e Yuan-Rong *et al.* (2007) com 4,5% na China. O aumento na prevalência de HP observado nas pesquisas atuais pode ser explicado por um melhor conhecimento e uma melhor investigação da doença, diferentes metodologias de estudos e/ou aspectos regionais.

A prevalência de mulheres entrevistadas na presente pesquisa, pode ser explicada pelo perfil dos profissionais de enfermagem, que na sua maioria é mulher. Por ter havido um maior quantitativo feminino no grupo estudado, foi realizada a proporção da afirmativa de HP de acordo com o sexo, verificou-se que o feminino apresentou 12% de prevalência e o masculino 13%, em concordância com estudos nos quais a incidência da hiperidrose foi semelhante em ambos os sexos (STORI JUNIOR *et al.*, 2006; YUAN-RONG *et al.*, 2007; MORAITES *et al.*, 2014).

A prevalência de HP foi maior na cor parda (62%), seguida da cor branca (33%) e da preta (5%). A menor prevalência de negros portadores de HP é similar aos dados encontrados por outros estudos (BURASCH *et al.*, 2008; GELBARD *et al.*, 2008; MACHADO; HAERTEL, 2013). Esta predominância de pardos, deve-se provavelmente à grande miscigenação de raças no estado de Sergipe e na região nordeste.

A faixa etária mais entrevistada foi de 30 a 39 anos, e de acordo com o tempo de exercício da profissão, 85% dos portadores de HP, a exerciam há pelo menos 6 anos. Entretanto, a HP acometeu principalmente pessoas mais jovens com idade inferior a 30 anos. Strutton *et al.* (2004) descreveram uma idade média dos portadores de HP de 39,8 anos. Yuan-Rong *et al.* (2007) 17,6 anos, Park *et al.* (2010) 28,5 anos, Fiorelli *et al.* (2011) 25,4 anos, Lima *et al.* (2015) 23 anos. É provável que essa prevalência em relação a idade dependa da população estudada, no entanto verifica-se que de fato a HP acomete pessoas jovens.

O período de início dos sintomas mais referido pelos portadores de HP foi a infância (69%) seguido da adolescência (28%). Segundo Moraites *et al.* (2014), os sintomas de HP costumam iniciar entre 14 e 25 anos de idade, Yuan-Rong *et al.* (2007) relatou início das manifestações clínicas com idade entre 4 e 22 anos, com pico entre 6 e 16 anos. Strutton *et*

al. (2004) encontraram a idade média de início dos sintomas de 25 anos. A HP, tem início, principalmente, na infância e adolescência, épocas de transição e formação da personalidade, repletas de atividades recreativas, laborais e relações sociais. O que denota a necessidade de diagnóstico e tratamento precoces, a fim de reduzir o impacto negativo dessa doença na QV de seus portadores.

Os sítios anatômicos mais afetados pela HP foram palmar 97%, plantar 87%, axilar 77%, facial 26% e craniofacial 5%. Estevan *et al.* (2017) encontraram prevalências semelhantes, sendo o sítio palmar o mais acometido (48%), seguido do axilar (36,4%). Os sítios mais acometidos pela HP são palmar, plantar e axilar, áreas visíveis e que podem sugerir nervosismo, ansiedade, má higiene, principalmente se acompanhadas por odor fétido, conhecida como bromidrose. Na população estudada, pode provocar desconfiança por parte dos pacientes que estão sendo assistidos, o que aumenta a importância do controle desta doença.

O suor excessivo foi considerado doença por 74% dos portadores de HP entrevistados e apenas 8% procurou algum tratamento. No estudo de Augustin *et al.* (2013), somente 27% dos indivíduos com HP consultaram um médico por conta dos sintomas da HP e 28% faziam uso de terapia medicamentosa. Em revisão sobre o tratamento da HP, verificou-se que apenas 38% dos pacientes procuram atendimento com profissional da saúde por conta da HP (STRUTTON *et al.*, 2004; GELBARD *et al.*, 2008). No presente estudo, todos os indivíduos com HP tinham escolaridade, sendo a maioria de nível superior. Esses dados demonstram que vários portadores desse agravo mesmo os trabalhadores de enfermagem, convivem com os sinais e sintomas ocasionados pela sudorese excessiva, além de seus prejuízos, sem sequer ter conhecimento de que se trata de uma doença e/ou que tem tratamento. É notório que o diagnóstico precoce e o tratamento adequado são necessários para melhorar a QV desses pacientes.

A piora da sudorese em situações de estresse foi relatada por 68% dos profissionais e 8% referiram algum tipo de comprometimento nas atividades diárias. No estudo de Westphal *et al.* (2011), 5,5% dos portadores de HP referiram interferência negativa nas atividades diárias devido à doença, enquanto que no estudo de Santana (2017), 30,6% relataram algum tipo de comprometimento nas atividades diárias e 76,5% apresentaram piora da sudorese sob estresse. Estudos evidenciaram que os indivíduos com HP, principalmente nos sítios axilar e facial, possuem maior prevalência de ansiedade em relação à população geral (FIORELI *et al.*, 2011; LESSA *et al.*, 2011; BENSON *et al.*, 2013; BRAGANÇA *et al.*, 2014). Nota-se, portanto, que a sudorese excessiva pode ser exacerbada por estímulos emocionais levando a prejuízo nas atividades diárias. Este prejuízo é ainda mais evidente quando relacionado a atividades que necessitam contato com o público, como é o caso da enfermagem.

Nenhum entrevistado classificou a QV em relação à hiperidrose como excelente e muito boa, mesmo aqueles que classificaram a intensidade do suor como leve, 59% a classificou como ruim, 36% como boa e 5% muito ruim. A intensidade dos sintomas de hiperidrose foi referida como moderada por 56% dos portadores que possuíam sudorese exteriorizada através das roupas íntimas, leve por 26% que possuíam área úmida e/ou fria, e intenso por 18% que possuíam gotejamento. Dessa forma, pode-se inferir que o impacto na QV não é diretamente proporcional a intensidade da HP, uma vez que mesmo em graus leves e moderados há um comprometimento importante na QV dos portadores, sendo importante o conhecimento da possibilidade de controle desta afecção.

Todas as limitações foram citadas pelos profissionais de enfermagem portadores de HP, onde a avaliação escrita foi a mais referida (93%), seguida da utilização de equipamentos de proteção individual (79%). Santana (2017), verificou que as atividades laborativas levariam a um aumento do estresse e, conseqüentemente, da sudorese, que gera mais ansiedade no portador de HP. O risco de acidentes ocasionados pela sudorese excessiva, em indivíduos com HP palmar, é maior em profissões que exigem o manuseio de instrumentos, o que prejudica e desfavorece o portador da doença. No presente estudo 77% dos profissionais relataram não apresentar limitações na comunicação com os pacientes, que provavelmente pode ser explicada pelo não contato físico com o paciente durante a comunicação verbal.

Quando utilizado o questionário de Campos *et al.* (2003) os entrevistados referiram prejuízo significativo na QV em situações como apertar as mãos de outras pessoas, escrever, usar meias, dançar socialmente e realizar passatempo preferido. Os dados encontrados foram semelhantes aos de outros estudos, que também avaliaram a QV, e confirmam que a HP provoca desconforto intenso e baixa autoestima em seus portadores, além de impacto negativo na QV em ambiente social e profissional (MONTESSI *et al.*, 2006; WALLING *et al.*, 2011; OLIVEIRA, 2013; HENRIQUES *et al.*, 2014; MARTIN *et al.*, 2014; SAMPAIO *et al.*, 2013; SOUZA *et al.*, 2015). Embora seja uma doença crônica, com prevalência significativa, de início nas primeiras décadas de vida, com interferência negativa biopsicossocial, os próprios doentes e, às vezes, os profissionais da área de saúde desconhecem a existência deste agravo como doença. Esses fatos que demonstram a necessidade de uma maior divulgação da HP mediante pesquisas científicas para um melhor conhecimento da sua prevalência e conseqüências tanto no meio acadêmico quanto da população em geral.

8. CONCLUSÃO

A prevalência de hiperidrose primária nos profissionais de enfermagem de um hospital público de referência em Urgência e Emergência de Aracaju-SE foi de 11%. Na entrevista predominaram profissionais do sexo feminino com idade entre 30 e 39 anos, porém não houve diferença de prevalência da HP entre os sexos e idades. Essa doença ocorreu, principalmente, nas regiões palmar, plantar e axilar. Os sintomas da HP iniciaram-se durante a infância e adolescência, com prejuízo nas atividades diárias e profissionais. Todas as limitações foram referidas na execução de procedimentos de enfermagem devido à Hiperidrose, com exacerbação do suor em situações de estresse. Embora a hiperidrose primária seja um agravo com início na fase infato-juvenil e que impacta negativamente na qualidade de vida dos seus portadores, tanto no ambiente pessoal quanto profissional, o tratamento tem sido pouco procurado. Esses profissionais, mesmo sendo da área de saúde e sabendo que se trata de uma doença, ainda negligenciam o tratamento. Portanto é primordial que haja divulgação da HP, para diagnóstico precoce e terapêutica adequada, com isso, possibilitando um melhor desempenho dos seus portadores nos afazeres do dia-a-dia e laboral.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As informações coletadas poderão ser utilizadas como fonte de embasamento científico para programas de saúde do trabalhador destinados a orientar, conduzir e tratar a hiperidrose entre os profissionais de enfermagem e áreas afins. Poderão servir também para minimizar as limitações quando do exercício das atividades laborais no tocante ao nível de produtividade desempenhado por profissionais portadores da hiperidrose primária.

REFERÊNCIAS

- ADAR, R.; KURCHIN, A.; ZWEIG, A.; MOZES, M. Palmar hyperhidrosis and its surgical treatment: A report of 100 cases. *Ann. Surg* 1977; 86(1): 34-41.
- AUGUSTIN, M.; RADTKE, M.A.; HERBERGER, K.; KORNEK, T.; HEIGEL, H.; SCHAEFER, I. Prevalence and Disease Burden of Hyperhidrosis in the Adult Population. *Dermatology*. 2013; 227:10-4
- BARBETTA, P.A. Estatística aplicada às ciências sociais. Florianópolis: Ed. Da UFSC. 7ª ed., 320p., 2010.
- BENOHANIAN, A. L'hyperhidrose palmoplantaire les cliniciens peuvent aussi la traiter! *Le clinicien*, 2006; octobre, 81-4.
- BENSON, R.A.; PALIN, R.; HOLT, P.J.E.; LOFTUS, I.M. Diagnosis and management of hyperhidrosis. *BMJ* 2013; 347:f6800
- BRAGANÇA, G.M.G.; LIMA, S.O.; PINTO NETO, A.F.; MARQUES, L.M.; MELO, E.V.; REIS, F.P. Avaliação da prevalência de ansiedade e depressão em portadores de hiperidrose primária grave. *An Bras Dermatol*. 2014; 89(2): 232-7.
- BRANCACCIO, G.; RUSSO, T. Iontophoresis in Hyperhidrosis. In: Hyperhidrosis. Springer International Publishing, 2016; 35-39.
- BROILO, C.; HUBNER, M.; KRIESE, P.R. et al. Qualidade de vida em pacientes com hiperidrose primária e comparação entre duas técnicas cirúrgicas. *Revista da AMRIGS*. 2006; 50(3).
- BURASCHI, J. Videothoracoscopic sympathectomy procedure for primary palmar hyperhidrosis in children and adolescents. *Arch. argent. pediatr.*, 2008; 106(1): 32-35.
- CAMPOS, J.R.M.; KAUFFMAN, P.; WEREBE, E.C. et al. Questionário de qualidade de vida em pacientes com hiperidrose primária. *J Pneumol*, 2003; 29(4). .
- CHUNG, I.H.; OH, C.S.; KOH, K.S.; KIM, H.J; PAIK, H.C.; LEE, D.Y. Anatomic variations of the T2 nerve root (including the nerve of Kuntz) and their implications for sympathectomy. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2002; 123(3): 498-501.
- COHEN, J.L.; COHEN, G.; SOLISH, N.; MURRAY, C.A. Diagnosis, Impact and Management of Focal Hyperidrosis: Treatment Review Including Botulinum Toxin Therapy. *Plat Surg Clin N Am*, 2007; 15(1): 17-30.
- CONNOR, K.M.; COOK, J.L.; DAVIDSON, J.R. Botulinum toxin treatment of social anxiety disorder with hyperhidrosis: a placebo-controlled double-blind trial. *J Clin Psychiatry*. 2006; 67(1): 30-6.
- CONTIJO, T.G.; GUALBERTO, V.G.; MADUREIRA, A.B.N. Atualização no tratamento de hiperidrose axilar. *Surg Cosmet Dermatol*. 2011, 3 (2): 147-51.
- ESTEVAN, F.A. et al. Epidemiologic analysis of prevalence of the hyperhidrosis. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, [s.l.] 2017; 92(5): 630-634.
- FELINI, R.; DEMARCHI, A. R.; FISTAROL, E. D.; MATIELLO, M.; DELORENZE, L. M. Prevalência de hiperidrose em uma amostra populacional de Blumenau. *Anais Brasileiros de dermatologia* 2009; 84(4): 361-366.

- FIGURELLI, R. K. A. *et al.* Avaliação do Impacto na Qualidade de Vida de Pacientes Portadores de Hiperidrose Primária Submetidos à Simpatectomia Videotoracoscópica. *Meta: Avaliação* 2011; 3(7):1-24.
- FIGURELLI, R.K.A; ELLIOT, L.G.; ALVARENGA, R.M.P.; MORARD, M.R.S.; ALMEIDA, C.R.; FIGURELLI, S.K.A.; AGOGLIA, B.G. Avaliação do Impacto na qualidade de Vida de Pacientes Portadores de Hiperidrose Primária Submetidos à Simpatectomia Videotoracoscópica. *Meta: Avaliação*. 2011; 3(7): 1-24.
- FITZPATRICK, *et al.* Tratado de dermatologia. 7. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2011.
- FUGIMOTO, T.; KAWAHARA, K.; YOKOZEKI, H. Epidemiological study and considerations of primary focal hyperhidrosis in Japan: from questionnaire analysis. *J Dermatol*. 2013; 40(11): 886-890.
- GELBARD, C.M.; EPSTEIN, H.; HEBERT, A. Primary pediatric hyperhidrosis: a review of current treatment options. *Pediatr Dermatol*. 2008; 25(6): 591-598.
- GOLDMAN, L; AUSIELLO, D. Cecil: Tratado de Medicina Interna. 24ª ed. Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2014: Cap. 443, 2894-6.
- GONTIJO, G.T.; GUALBERTO, G.V, MADUREIRA, N.A.B. Atualização no tratamento de hiperidrose axilar. *Anais Bras Dermatol*. 2011; 3(2):147-51.
- GRILLO, M.A.; SANTOS, A.C.S. BULLYING NA ESCOLA. In: Colloquium Humanarum. 2016. p. 61-74.
- HASIMOTO, E. N. "Hiperidrose na cidade de Botucatu: prevalência, orientação, tratamento e qualidade de vida." (2012): 92-f.
- HAUSER, S; JOSEPHSON, S. Neurologia Clínica de Harrison. 3.Ed. McGraw Hill Brasil, 2015: 33: 295-303.
- HENRIQUES, M; COSTA, J. Botulinum Toxin Type A Iontophoresis in Palmar Hyperhidrosis. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 2014: 26(2): 36-40.
- HOORENS, I.; ONGENAE, K. Primary focal hyperhidrosis: current treatment options and a step-by-step approach. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2012; 26(1): 1-8.
- HORNBERGER, J.; GRIMES, K.; NAUMANN, M.; GLASER, D.A.; LOWE, N.J.; NAVAR, H. *et al.* Recognition, diagnosis, and treatment of primary focal hyperhidrosis. *J Am Acad Dermatol*. 2004; 51: 274-286.
- HORNBERGER, J.; GRIMES, K.; NAUMANN, M.; GLASER, D.A.; LOWE, N.J.; NAVAR, H.; AHN, S. *et al.* Recognition, diagnosis, and treatment of primary focal hyperhidrosis. *J Am Acad Dermatol*. 2004; 51(2): 274-286.
- HUND, M.; KINKELIN, I., NAUMANN, M.; HAMM, H. Definition of axillary hyperhidrosis by gravimetric assessment. *Arch Dermatol*. 2002; 138(4): 53-41.
- JUNQUEIRA, L.C.U.; CARNEIRO, J. Histologia Básica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. 524.
- KAUFFMAN P., CAMPOS J.R.M. Video-assisted thoracic sympathectomy for the treatment of axillary hyperhidrosis. *J Bras Pneumol*. 2011; 37(1): 4-5.

- KAUFFMAN, P.; CAMPOS, J.R.M.; WOLOSKE, N.; KUZNIEC, S.; JATENE, F.B.; LEÃO, P.P. Simpatectomia cervicotorácica videotoracoscópica: experiência de 8 anos. *J vasc bras.* 2003; 2(2): 98-104
- LESSA, L.R.; FONTENELLE, L.F. Toxina botulínica como tratamento para fobia social generalizada com hiperidrose. *Rev. psiquiatr. clín.* 2011; 38(2): 84-86.
- LI, X.; CHEN R.; TU, Y.R.; LIN, M.; LAI, F.C; LI, Y.P.; CHEN, J.F.; YE, J.G. Epidemiological survey of primary palmar hyperhidrosis in adolescents. *Chin Med J.* 2007; 120(24): 2215-2217.
- LIMA, S.O.; ARAGÃO J.F.B.; NETO, J.M.; ALMEIDA, K.B.S.; MENEZES, L.M.S.; SANTANA, V.R. Research of primary hyperhidrosis in students of medicine of the State of Sergipe, Brazil. *An Bras Dermatol.* 2015 Sep-Oct; 90(5): 661–665.
- LIMA, S.O.; SANTANA, V.R.; VALIDO, D.P.; ANDRADE, R.L.B; FONTES, L.M; LEITE, V.H.O.; NETO, J.M *et al.* Retroperitoneoscopic lumbar sympathectomy for plantar hyperhidrosis. *J Vasc Surg.* 2017 Dec; 66(6): 1806-1813.
- MACHADO, A; HAERTEL; L.M. Neuroanatomia Funcional. 3ªed. São Paulo: Atheneu, 2013.
- MARTIN, A.; HELLHAMMER, J.; HERO, T.; MAX, H.; TERSTEGEN, L.; NATSCH, A. Effective prevention of stress-induced sweating and axillary mal-odour formation in teenagers. *Int J Cos Sci* 2011; 33: 90-97.
- MAURO, T.M.; GOLDSMITH, L.A. Fitzpatrick: tratado de dermatologia. Vol I. 7.ed. Rio de Janeiro. Revinter, 2011, 713-723p
- MONTESSI, J.; ALMEIDA, E.P.; VIEIRA, J.P.; ABREU, M.M.; SOUZA, R.L.P.; MONTESSI, O.V.D. Simpatectomia torácica por videotoracoscopia para tratamento da hiperidrose primária: estudo retrospectivo de 521 casos comparando diferentes níveis de ablação. *J Bras Pneumol.* 2006; 33(3): 248-254.
- MORALES, E.; VAUGHN O.A.; HILL, S. Incidence and prevalence of hyperhidrosis. *Dermatol Clin.* 2014 Oct; 32(4): 457-465
- MOYA J., RAMOS R., MORERA R., VILLALONGA R., PERNA V., MACIA I. Thoracic Sympathicotomy for primary hyperhidroses: a review of 918 procedures. *Surg Endosc* 2006; 34 (11):598-602
- OLIVEIRA, F.R.G. Análise morfométrica de neurônios de gânglios simpáticos torácicos de pacientes com e sem hiperidrose palmar, 2013. [**Tese de Doutorado em Cirurgia torácica e Cardiovascular**] – Faculdade de Medicina, University of São Paulo, São Paulo, 2013.
- PARK, E.J.; HANG, K.R.; CHOI, R.; KIM, D.W.; KIM, C. An Epidemiological Study of Hyperhidrosis Patients Visiting the Ajou University Hospital Hyperhidrosis Center in Korea. *Journal Of Korean Medical Science* 2010 May; 25(5): 772–775.
- REIS, G.M.D.; GUERRA, A.C.S.; FERREIRA, J.P.A. Estudo de pacientes com hiperidrose, tratados com toxina botulínica: análise retrospectiva de 10 anos. *Rev. Bras. Cir. Plást.* 2011; 26(4): 582-90.
- SAMPAIO, G.A.A.; ALMEIDA, A.R.T.; SALIBA, A.F.N.; QUEIROZ, N.P.L. Hiperidrose inframamária: caracterização clínica e gravimétrica. *Surg Cosmet Dermatol* 2013; 5(2): 1469.
- SANTANA, V. R. Perfil demográfico de crianças e adolescentes portadores de hiperidrose primária e a avaliação da qualidade de vida após simpatectomia [**Dissertação**]. Aracaju: Universidade Tiradentes; 2012.

SANTANA, V. R. Prevalência de hiperidrose primária em grupos populacionais do estado de Sergipe, Brasil e avaliação da qualidade de vida antes e após simpatectomia lombar para o tratamento de hiperidrose plantar. [Tese de doutorado]. Aracaju: Universidade Tiradentes; 2017. 152p.

SOLISH, N.; BENOHANIAN, A.; KOWALSKI, J.W. Canadian Dermatology Study Group on Health-Related Quality of Life in Primary Axillary Hyperhidrosis. *Dermatol Surg.* 2005; 31(4):405-413.

SOLISH, N.; BERTUCCI, V.; DANSEREAU, A.; HONG, H.C.; LINDE, C.; LUPIN, M. et al. A Comprehensive Approach to the Recognition, Diagnosis, and Severity- Based Treatment of Focal Hyperhidrosis: Recommendations of the Canadian Hyperhidrosis Advisory Committee. *Dermatol Surg.* 2007; 33(8): 908-923.

SOUZA, L.G; SALOMÃO JÚNIOR, A.; MATTOS, R.A.; STEINER, D.; SIGNOR, K.C.; MICHALANY, A.O. Radiofrequência bipolar no tratamento da hiperhidrose axilar: um estudo-piloto. *Surg Cosmet Dermatol* 2015;7(3): 228-231.

STEFANIAK, T; TOMASZEWSKI, K.A.; PROCZKOMARKUSZEWSKA, M.; IDESTAL, A.; ROYTON, A.; ABI-KHALIL, C. Is subjective hyperhidrosis assessment sufficient enough? Prevalence of hyperhidrosis among young Polish adults. *Journal of Dermatology* 2013; 40: 819–823

STORI JUNIOR, W.S.; NETO, B.N.; COELHO, M.S.; PIZARRO, L.D.V.; GUIMARÃES, P.S.F. Bloqueio por clipagem de gânglios simpáticos torácicos no tratamento da hiperhidrose. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 2006;81(5):425-32.

STRUTTON, D.R.; KOWALSKI, J.W.; GLASER, D.A.; STANG, P.E. US prevalence of hyperhidrosis and impact on individuals with axillary hyperhidrosis: results from a national survey. *American Academy of Dermatol.* 2004; 51(2): 241-248.

WALLING, H.W.; SWICK, B.L. Treatment options for hyperhidrosis. *Am J Clin Dermatol.* 2011;12(5):285-95

WESTPHAL, F.L.; CARVALHO, M.A.N; LIMA, L.C. et al. Prevalência de hiperidrose entre estudantes de medicina. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2011; 38(6): 392-397

WOLOSKER, N.; CAMPO, J.R.; KAUFFMAN, P.; OLIVEIRA L.A.; MUNIA, M.A.; JANETE, F.B. Evaluation of quality of life over time among 453 patients with hyperhidrosis submitted to endoscopic thoracic sympathectomy. *J Vasc Surg*, 2012 Jan; 55(1): 154-156.

WOLOSKER, N.; KAUFFMA, P.; NEVES, S. et al. The use of oxybutynin for treating facial hyperhidrosis. *An Bras Dermatol.* 2011; 86(3): 451-456.

YUAN-RONG, T.; XU, L.; MIN, L.; FAN-CAI, L.; YUE-PING, L.; JIAN-FENG, C.; JIAN-GANG, Y. Epidemiological survey of primary palmar hyperidrosis in adolescent in Fuzhou of People's Republic of China. *Eur J Cardiothorac.* 2007; 4(31): 737-739.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Questionário impacto da hiperidrose primária na atividade laboral dos profissionais de Saúde

Nome: _____		
Idade: _____	Gênero: () Masculino () Feminino	Etnia: () Branco () Negro () Pardo
Profissão: _____		
Nível de qualificação: () Médio () Graduação () Especialização () outros _____		
Quanto tempo exerce a profissão: () até 1 ano () até 5 anos () 6 a 10 anos () acima de 10anos		
Endereço: _____		
Município: _____ UF: _____		

Conhecimento sobre a doença

Você considera o suor excessivo uma doença? () Não () Sim
Já procurou algum tipo de tratamento? () Não () Sim Qual: _____

Características da doença

1- Início dos sintomas: () Infância () adolescência () fase adulta
2- Áreas afetadas: () Palmar () Plantar () Axilar () Facial () Crânio-facial Outras: _____
3- Intensidade dos Sintomas: () Leve (Escore 0) - Área úmida e/ou fria Moderado () Moderado (Escore 1) - Sudorese exterioriza através das roupas Intenso () Intenso (Escore 2) - Gotejamento

Limitações

Já teve algum acidente com perfuro cortante que você associou à hiperidrose? () Não () Sim
Apresenta dificuldades durante as atividades laborativas: () Não () Sim
Quais dos procedimentos abaixo você apresenta limitação de execução e devido à hiperidrose? (Numere pelo grau de limitação: 0- Sem limitação 1- Pouca limitação 2- Média limitação 3 – Grande limitação) () Realizar avaliações escritas () Utilização de equipamentos de proteção individual () Realização de procedimento estéril

- ☐ Preparo medicamentos
- ☐ Execução do exame físico
- ☐ Realização de registros em prontuário
- ☐ Dificuldade no manuseio de pinças de curativos
- ☐ Dificuldade em cortar esparadrapos ou micropore
- ☐ Comunicação com o paciente

Utiliza alguma estratégia para minimizar esses problemas:

☐ Não ☐ Sim

Quais: _____

Constrangimentos

Em caso de hiperidrose palmar, sente constrangimento ao tocar o paciente:

☐ Não ☐ Sim

Em caso de hiperidrose axilar, sente constrangimento no uso da farda?

☐ Não ☐ Sim

Apresenta algum tipo de constrangimento na relação interpessoal com equipe multiprofissional e/ou outros acadêmicos?

☐ Não ☐ Sim

Apresenta outro tipo de constrangimento associado a hiperidrose?

☐ Não ☐ Sim

Quais? _____

Ansiedade

Situações de ansiedade provocam surgimento ou aumento da sudorese?

☐ Não ☐ Sim

Quais? _____

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,

_____, autorizo os pesquisadores, Aline de Carvalho Bastos e Rafael Silva Santos devidamente assistid(o)as pela seus orientadores Prof^a. Dra. Sonia Oliveira Lima e Prof. Dr. Francisco Prado Reis, a desenvolver a pesquisa abaixo descrita:

1-Título da pesquisa: Impacto da hiperidrose primária em profissionais de saúde em um hospital público de referência no estado de Sergipe.

2-Objetivos Primários e secundários: Investigar a Hiperidrose Primária e avaliar o impacto da HP nas atividades laborais e qualidade de vida dos profissionais de saúde de um hospital público de Sergipe, mensurar a prevalência da hiperidrose primária nos profissionais de saúde de um hospital público de Sergipe, Identificar o perfil sócio-demográfico e profissiográfico dos profissionais de saúde que tem hiperidrose primária, avaliar o impacto da hiperidrose primária nos domínios: funcional-social, pessoal, emocional, condições especiais dos profissionais com hiperidrose primária, determinar a percepção e aceitação do diagnóstico e tratamento da hiperidrose primária desta população.

3-Descrição de procedimentos: Etapa I- Será aplicado o Questionário de critérios diagnósticos. Os profissionais que responderem, na primeira pergunta, “não” ou aqueles que responderem “sim”, entretanto não assinalarem pelo menos mais duas características descritas na segunda pergunta deste formulário, não seguirão com o preenchimento dos outros por não contemplarem o público alvo deste estudo. Já os que assinalarem “sim” e apontarem mais duas características, continuarão respondendo os outros questionários. Etapa II- Após o primeiro questionário serão aplicados os outros, o sobre qualidade de vida e por fim o questionário: Impacto da Hiperidrose Primária na atividade laboral dos profissionais de saúde.

4-Justificativa para a realização da pesquisa: o tema proposto se justifica pelos dados epidemiológicos conflitantes referentes á hiperidrose no Mundo, onde é possível perceber maiores prevalências em estudos recentes quando comparado com as primeiras publicações sobre o tema.

5-Desconfortos e riscos esperados: A pesquisa envolve riscos mínimos, pois pode provocar um desconforto ao profissional para responder o formulário pelo tempo que será utilizado e conteúdo do mesmo. Para minimizar os riscos as entrevistas serão conduzidas em ambiente climatizado, reservado, além disso, o formulário deu-se majoritariamente de questões objetivas para otimizar o tempo necessário para conclusão do questionário. Os sujeitos envolvidos terão sigilo assegurado pelos pesquisadores e não passarão por algum tipo de constrangimento, sendo o preenchimento do questionário individualizado, em sala privativa. Fui devidamente informado dos riscos acima descritos e de qualquer risco não descrito, não previsível, porém que possa ocorrer em decorrência da pesquisa será de inteira responsabilidade dos pesquisadores.

6-Benefícios esperados: a publicação desse estudo servirá como base de dados para futuras pesquisas. As informações apresentadas poderão ser utilizadas pelos profissionais de saúde no desenvolvimento de ações voltadas ao tratamento e triagem desta doença.

7-Informações: Os participantes têm a garantia que receberão respostas a qualquer pergunta e esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos assuntos relacionados à pesquisa. Também

os pesquisadores supracitados assumem o compromisso de proporcionar informações atualizadas obtidas durante a realização do estudo.

8-Retirada do consentimento: O voluntário tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando nenhum dano ao voluntário.

9-Aspecto Legal: Elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atende à Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília – DF.

10-Confabilidade: Os voluntários terão direito à privacidade. A identidade (nomes e sobrenomes) do participante não será divulgada. Porém os voluntários assinarão o termo de consentimento para que os resultados obtidos possam ser apresentados em congressos e publicações.

11-Quanto à indenização: Não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa, mesmo assim fica prevista indenização, caso se faça necessário.

12-Os participantes receberão uma via deste Termo assinada por todos os envolvidos (participantes e pesquisadores).

13-Dados do pesquisador responsável:

Nome: Aline de Carvalho Bastos

Endereço profissional: Av Tancredo Neves, S/N, Bairro Capucho, Hospital de Urgencia de Sergipe

Telefone: 79 991980205

E-mail: alinecbastos@gmail.com

ATENÇÃO: A participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em casos de dúvida quanto aos seus direitos, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes.

CEP/Unit - DPE

Av. Murilo Dantas, 300, Bloco F – Farolândia – CEP 49032-490, Aracaju-SE.

Telefone: (79) 32182206 – e-mail: cep@unit.br.

Aracaju, ____ de ____ de 201_.

ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

ANEXOS

ANEXO A - Questionário critérios diagnósticos

Nome: _____	
Sexo: M () F () Idade () anos Data de Nascimento: / /	
Critérios diagnósticos para hiperidrose primária idiopática:	
Apresenta suor excessivo, localizado e visível, por pelo menos seis meses de duração e sem causa aparente?	
() Sim () Não	
Além disso, apresenta mais duas das características listadas abaixo?	
() Suor bilateral e relativamente simétrico	
() Frequência de pelo menos 1 vez por semana	
() Prejuízo nas atividades diárias	
() Idade de início menor que 25 anos	
() História familiar positiva	
() Cessação do suor durante o sono	
() Piora em situações de estresse	
() Sem ou pouca interferência de temperatura	

Fonte: Fenilli et al., 2009

ANEXO B - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA - HIPERIDROSE

1- Em geral, você diria que sua qualidade de vida relacionada à hiperidrose é:

Excelente_____1

Muito boa_____2

Boa_____3

Ruim_____4

Muito Ruim_____5

Domínio Funcional – Social: Com relação a este conjunto de funções ou atos, como você classificaria sua qualidade de vida nos seguintes itens:

Para escrever	1	2	3	4	5
Trabalhos manuais	1	2	3	4	5
Passatempo predileto	1	2	3	4	5
Praticar de esporte	1	2	3	4	5
Segurar objetos	1	2	3	4	5
Apertar mãos de pessoas	1	2	3	4	5
Estar com amigos em lugares públicos	1	2	3	4	5
Dançar socialmente	1	2	3	4	5

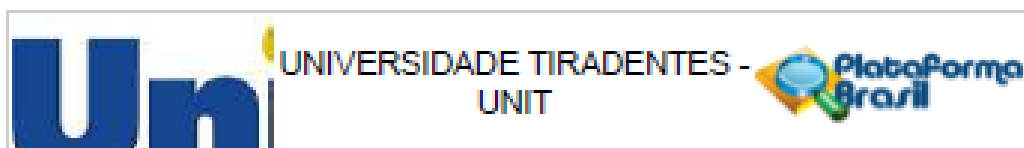
Domínio Pessoal, com o seu parceiro: como você classificaria sua qualidade de vida com relação aos atos de:

Segurar as mãos	1	2	3	4	5
Toque íntimo	1	2	3	4	5
Relações íntimas	1	2	3	4	5

Domínio Emocional - Próprio ou com Outros: Como você classificaria o fato de que, após suar excessivamente:					
Você ter que se justificar	1	2	3	4	5
Outros demonstravam rejeição	1	2	3	4	5
Domínio - Condições especiais: Como você classificaria sua qualidade de vida quanto estava:					
Em ambientes fechados/quentes	1	2	3	4	5
Tenso ou preocupado	1	2	3	4	5
Pensando no assunto	1	2	3	4	5
Antes de prova/falar em público	1	2	3	4	5
Usando sandálias/descalço	1	2	3	4	5
Usando roupas coloridas	1	2	3	4	5
Problema escola/serviço	1	2	3	4	5
Total:					
Pontuação: 20 excelente 100 muito ruim /ruim					

Fonte: Amir et al. (2003) e Campos et al. (2003)

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Impacto da hiperidrose primária em profissionais de saúde em um hospital público de referência no estado de sergipe

Pesquisador: ALINE DE CARVALHO BASTOS

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 66039517.0.0000.5371

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE EDUCACAO TIRADENTES S/S LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.310.764

Apresentação do Projeto:

Resumo:

A hiperidrose constitui uma condição caracterizada pela produção excessiva de suor no corpo, que pode afetar regiões como as palmas das mãos, axilas, planta dos pés, face, dentre outras. É uma doença crônica, benigna, mas que gera transtornos e afeta a qualidade de vida dos seus portadores, modificando e até impossibilitando atividades normais, laborais, de lazer e inclusive com as relações interpessoais presentes no cotidiano, devido ao mal-estar emocional e depreciação interna da autoimagem do indivíduo. O tema proposto se justifica pelos dados epidemiológicos conflitantes referentes à hiperidrose no Mundo, onde é possível perceber maiores prevalências em estudos recentes quando comparado com as primeiras publicações sobre o tema. A proposta do estudo parte das hipóteses o constrangimento causado pela doença pode afetar na qualidade de vida e reconhecimento da doença e que os sinais e sintomas podem prejudicar a execução das atividades laborais destes profissionais. Nesse sentido, esse trabalho tem o objetivo de avaliar o impacto da hiperidrose primária nas atividades laborais e qualidade de vida dos profissionais de saúde de um hospital público de Sergipe. Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória com abordagem quantitativa, aleatória. Será aplicado três questionários, um de

Endereço: Campus Farelândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
Bairro: Bairro Farelândia CEP: 49.032-490
UF: SE Município: ARACAJU
Telefone: (79)3218-2208 Fax: (79)3218-2100 E-mail: cep@unit.br

critérios diagnósticos, outro sobre qualidade de vida e por fim o questionário: Impacto da Hiperidrose Primária na atividade laboral dos profissionais de saúde. Para a organização e análise dos dados quantitativos será utilizado o programa Statistical Package for the Social Sciences – SPSS (v.21). O teste Qui-quadrado de Pearson será utilizado para comparação das proporções e explorar as co-relações das variáveis. Espera-se que neste estudo possa-se obter a prevalência da hiperidrose primária nos profissionais de saúde além de explicitar os efeitos e impacto laboral causado pela doença nestes profissionais lotados em um hospital público de referência ao trauma e a urgências clínicas de alta complexidade no estado de Sergipe. Outra expectativa é que se possa estabelecer relações entre a afecção e a qualidade de vida e ajudar a melhorar a percepção dessa população em relação à hiperidrose primária. Desse modo, as informações coletadas poderão ser utilizadas como fonte de embasamento científico para programas de saúde do trabalhador destinados a orientar, conduzir e tratar a hiperidrose entre os profissionais de saúde e áreas afins e servirão também para minimizar as limitações quando do exercício das atividades laborais no tocante ao nível de produtividade desempenhado por profissionais portadores da hiperidrose primária.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar a Hiperidrose Primária e avaliar o impacto da HP nas atividades laborais e qualidade de vida dos profissionais de saúde de um hospital público de Sergipe

Objetivo Secundário:

- 1) Mensurar a prevalência da hiperidrose primária nos profissionais de saúde de um hospital público de Sergipe.
- 2) Identificar o perfil sócio-demográfico e profissiológico dos profissionais de saúde que tem hiperidrose primária.
- 3) Avaliar o impacto da hiperidrose primária nos domínios: funcional-social, pessoal, emocional, condições especiais dos profissionais com hiperidrose primária.
- 4) Determinar a percepção e aceitação do diagnóstico e tratamento da hiperidrose primária desta população.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa envolve riscos mínimos, pois pode provocar um desconforto ao profissional para responder o formulário pelo tempo que será utilizado e conteúdo do mesmo. Os sujeitos envolvidos terão sigilo assegurado pelos pesquisadores e não passarão por algum tipo de

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
 Bairro: Bairro Farolândia CEP: 49.032-400
 UF: SE Município: ARACAJU
 Telefone: (79)3218-2208 Fax: (79)3218-2100 E-mail: cep@unit.br

constrangimento, sendo o preenchimento do questionário individualizado, em sala privativa.

Benefícios:

No tocante aos benefícios, a publicação desse estudo servirá como base de dados para futuras pesquisas. As informações apresentadas poderão ser utilizadas pelos profissionais de saúde no desenvolvimento de ações voltadas ao tratamento e triagem desta doença. Como devolutiva aos profissionais que se enquadram na prevalência de hiperidrose primária, os mesmos receberão uma cartilha elaborada por Lima e col. (2016), denominada "Gotinhas Incômodas... Tem solução?". A qual o objetivo é divulgar a existência da hiperidrose

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os autores informam a data de 01/08/17 para coleta e seleção de dados.

O cronograma do projeto de pesquisa indica que o projeto já foi pelo menos iniciado. E, segundo a Resolução CNS nº 466/12 em vigor no país, a responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais como o de apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa. Desta forma, será necessário esclarecer se a pesquisa já foi iniciada e, caso não tenha sido, reorganizar o cronograma.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As documentações foram inseridas corretamente e encontram-se datadas e assinadas conforme as normas descritas na Resolução CNS nº 466/12.

Recomendações:

- Solicita-se verificar divergências entre os projetos PB e PD quanto as informações a respeito do desenho do estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As documentações foram inseridas corretamente e encontram-se datadas e assinadas conforme as normas descritas na Resolução CNS nº 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

PB: Plataforma Brasil; PD: Projeto detalhado; FR: folha de rosto.

O CEP informa que de acordo com a Resolução CNS nº 466/12, Diretrizes e normas XI. 1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais e XI. 2 - XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) apresentar o protocolo devidamente instruído ao

CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa; b) elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, quando necessário; c) desenvolver o projeto conforme delineado; d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_874170.pdf	13/09/2017 00:20:20		Aceito
Outros	Respostaparecer.pdf	13/09/2017 00:19:12	ALINE DE CARVALHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocepfinalmodificado.pdf	13/09/2017 00:16:35	ALINE DE CARVALHO BASTOS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAmodificado.pdf	30/07/2017 22:27:18	ALINE DE CARVALHO	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCEmodificado.pdf	30/07/2017 22:24:38	ALINE DE CARVALHO BASTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	pesq.pdf	06/03/2017 11:58:32	ALINE DE CARVALHO	Aceito
Folha de Rosto	plataforma.pdf	06/03/2017 11:58:09	ALINE DE CARVALHO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declinst.pdf	06/03/2017 11:57:05	ALINE DE CARVALHO BASTOS	Aceito
Outros	ap.pdf	01/03/2017 18:00:45	ALINE DE CARVALHO	Aceito
Outros	Anex.pdf	01/03/2017 18:00:28	ALINE DE CARVALHO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Campus Parolândia - Av. Murilo Denton, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
Bairro: Bairro Parolândia CEP: 49.032-400
UF: SE Município: ARACAJU
Telefone: (79)3218-2205 Fax: (79)3218-2100 E-mail: cep@unit.br

Continuação do Parecer: 2.310.754

Necessita Aprovação da CONEP:
Não

ARACAJU, 02 de Outubro de 2017

Assinado por:
ADRIANA KARLA DE LIMA
(Coordenador)

Endereço: Campus Fariolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
Bairro: Bairro Fariolândia CEP: 49.032-400
UF: SE Município: ARACAJU
Telefone: (79)3215-2206 Fax: (79)3215-2100 E-mail: cep@unit.br

Página 05 de 05

ANEXO D – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO ARTIGO

23/05/2018

ScholarOne Manuscripts



Escola Anna Nery

Home

Author

Submission Confirmation

Print

Thank you for your submission

Submitted to

Escola Anna Nery

Manuscript ID

EAN-2018-0158

Title

Prevalência e impacto da hiperidrose primária na atividade laboral de profissionais de enfermagem

Authors

Bastos/, Aline

Jesus, Carla

Lima, Sonia

Date Submitted

23-May-2018