

ARTIGO ORIGINAL

Escala Salsa e grau de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde: avaliação da limitação de atividades e deficiência na hanseníase

SALSA scale and disability grading system of the World Health Organization: evaluation of physical activity limitations and disability of individuals treated for leprosy

Eliyara Ikehara ¹, Susilene Maria Tonelli Nardi ², Iracema Serrat Vergotti Ferrigno ³, Heloisa da Silveira Paro Pedro ⁴, Vânia Del'Arco Paschoal ⁵

RESUMO

Verificar o grau de incapacidades da OMS (GI-OMS) e a limitação de atividades avaliada pela escala Screening of Activity Limitation and Safety Awareness (SALSA) pós-alta medicamentosa dos pacientes que tiveram hanseníase. Estudo transversal que incluiu pacientes tratados entre 2007 a 2009, em São José do Rio Preto-SP, Brasil. Utilizou-se protocolo próprio para coletar dados gerais e clínicos, construído com base no Check List da Classificação Internacional Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. A deficiência foi medida pelo GI-OMS e a limitação de atividades pelo SALSA que tem variação de 10 a 80 e ponto de corte ≥ 25 . De 84 pessoas tratadas no período, 54(64,3%) foram entrevistadas, sendo 31(57,4%) homens, idade 53,8(dp16,3) e 33(61,2 %) possuía até 6 anos de educação formal. A forma clínica dimorfa predominou 17(32,1%), 21(38,9%) considerou sua saúde física

“boa”. A análise dos escores SALSA e variáveis estudadas resultou em significância aos que relataram lesão significativa (valor- $p=0,04$), baixa renda familiar (valor- $p=0,04$), baixa escolaridade (valor- $p=0,00$), formas clínicas multibacilares (valor- $p=0,01$) e deficiências avaliadas pelo GI-OMS (valor- $p=0,01$). As limitações de atividades são frequentes (57,4%), assim como as deficiências medidas pelo GI-OMS (68,5%), atingem as formas multibacilares, pessoas que relataram lesão significativa, de baixa renda e escolaridade.

Palavras-chave: Hanseníase, Atividades Cotidianas, Epidemiologia, Morbidade, Classificação Internacional de Funcionalidades; Incapacidades e Saúde

ABSTRACT

To verify the disability grading system of the World Health Organization (DG-WHO) and activity limitations evaluated by the Screening of Activity Limitation and Safety Awareness (SALSA) scale of individuals who completed treatment for leprosy. A cross-sectional study that included patients treated from 2007 to 2009 in São José do Rio Preto, Brazil. A questionnaire, designed using the International Classification of Functioning, Disability and Health checklist, was used to collect general and clinical data. Disability was measured by the DG-WHO and activity limitations by SALSA, using a score of 10 to 80 with a cutoff point of 25. Of 84 individuals treated, 54 (64.3%) were interviewed: 31 (57.4%) were men, mean age was 53.8 (SD 16.3) and 33 (61.2%) had up to 6 years of schooling. Borderline leprosy predominated in 17 (32.1%) participants, and 21 (38.9%)

participants considered their physical health 'good'. The analysis of the SALSA scores and studied variables were significant for individuals who reported important injuries ($p=0.04$), low family income ($p=0.04$), little schooling ($p=0.00$), multibacillary clinical form ($p=0.01$) and disabilities evaluated by DG-WHO ($p=0.01$). Activity limitations are common (57.4%) in this population, as are disabilities identified by DG-WHO (68.5%) and are directly associated to the multibacillary clinical form, important injuries, low family income and little schooling.

Keywords: Leprosy, Activities of Daily Living, Epidemiology, Morbidity, International Classification of Functioning, Disability and Health

- 1 Terapeuta Ocupacional, Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- 2 Terapeuta Ocupacional, Instituto Lauro de Souza Lima, Centro de Laboratórios Regionais - Instituto Adolfo Lutz, São José do Rio Preto.
- 3 Terapeuta Ocupacional, Docente da Universidade Federal de São Carlos-UFSCar.
- 4 Centro de Laboratórios Regionais - Instituto Adolfo Lutz, São José do Rio Preto.
- 5 Doutora, Departamento de Enfermagem e Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Susilene Maria Tonelli Nardi • Rua Alberto Sufredini Bertoni, 2325 • São José do Rio Preto / SP • CEP 15060-020
E-mail: snardi@ial.sp.gov.br

INTRODUÇÃO

A hanseníase representa um processo infeccioso crônico¹ causada pelo *Mycobacterium leprae*, bacilo que tem preferência pelos nervos periféricos e pela pele.² Manifesta-se também como doença sistêmica comprometendo alguns órgãos.³

Em 2007, no Brasil, o coeficiente de detecção de casos novos alcançou o valor de 21,08/100 mil habitantes e o coeficiente de prevalência, 21,94/100 mil habitantes⁴ e foi considerado o maior contribuinte da doença nas Américas.^{1,5} Mesmo com a redução da prevalência, não houve declínio dos casos novos diagnosticados nos últimos anos.⁶⁻⁸

Uma das doenças mais antigas da humanidade, a hanseníase possui dimensão social inigualável;^{6,8} sua maior incidência se dá em classes socioeconômicas baixas devido a multixposição, ao baixo nível de instrução, moradia e nutrição.²

A transmissão ocorre de pessoa que porta o bacilo de Hansen, não tratada, pelas vias aéreas superiores.^{3,9} Cerca de 90 a 95% da população tem resistência imunológica ao bacilo.²

O comprometimento neural na maioria das vezes está ligado a reações imunológicas (processos inflamatórios), ou pela presença do bacilo instalado diretamente no nervo (fator neurogênico). Essas manifestações podem ocorrer, antes, durante e depois do tratamento, e prevalecer muitos anos após o término do mesmo. Entre as causas neurogênicas consideramos primárias: os déficits sensitivos, motores e autonômicos; secundários: retrações, lesões traumáticas e infecções pós-traumáticas. As inflamações neurais (neurites) são consideradas as principais causadoras das incapacidades em doentes de hanseníase.^{10,11}

O paciente deve ser bem orientado quanto à prevenção de incapacidades na realização de exercícios e práticas diárias do autocuidado. Essas medidas minimizam as complicações, evitam a evolução da doença com seqüelas e ajudam na independência do indivíduo em relação às atividades diárias.^{7,9,12,13,14}

Estima-se que há aproximadamente entre 2 e 3 milhões de pessoas com incapacidades significativas devido a doença.^{8,15} O paciente deve sempre ser encaminhado e acompanhado para serviços de reabilitação, seja para prevenção ou tratamento de deficiências. Dentre os serviços, inclui-se a fisioterapia, a terapia ocupacional, serviços de órtese e prótese, cirurgia corretiva, com objetivo de favorecer o retorno as atividades de vida diária.^{7,13}

Questões como deficiência, limitação de atividade e restrição da participação social

são fundamentais, pois estas dimensões foram definidas na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como componentes significativos do estado de saúde de uma pessoa.^{1,16} A CIF vem sendo incorporada e utilizada em diversos setores da saúde por equipes multidisciplinares.¹¹

As atividades diárias são compostas na vida cotidiana de qualquer pessoa e permitem ao indivíduo atingir a sua independência pessoal.

Caso o indivíduo estiver inapto, temporária ou definitivamente, a realizar suas tarefas rotineiras de maneira independente e eficiente em determinado contexto, segundo os seus padrões culturais de seu grupo social e seus valores pessoais, poderá afetar sua autoestima, horários, finanças, privacidade e os diversos papéis que possa vir a desempenhar.¹⁷ A necessidade de aprender novos métodos ou de usar dispositivos assistivos para desempenhar tarefas diárias pode ser temporária ou permanente, dependendo da disfunção específica e do prognóstico de recuperação.¹⁸

Sabe-se muito sobre deficiência, mas pouco sobre como elas afetam as atividades diárias de uma pessoa.¹⁶ A escala SALSA (Screening of Activity Limitation and Safety Awareness) foi desenvolvida e é um instrumento de mensuração da limitação de atividade elaborada com base na CIF. Além de validada para o Brasil, está sendo aplicada em diferentes cenários socioculturais em pacientes que tem ou tiveram hanseníase, diabetes e outras neuropatias periféricas.¹

OBJETIVO

Verificar o grau de incapacidades preconizado pela Organização Mundial de Saúde (GI-OMS) e a limitação de atividades avaliada pela escala Screening of Activity Limitation and Safety Awareness (SALSA) após alta medicamentosa das pessoas que tiveram hanseníase.

MÉTODOS

Estudo descritivo transversal, realizado no município de São José do Rio Preto, localizada a noroeste do estado de São Paulo, Brasil. O coeficiente de prevalência do estado de São Paulo, em 2008, foi de 7,0/100 mil habitantes, tendo como numerador um total de 2855 casos em registro ativo.¹⁹ O estado apresenta cidades com realidades distintas e coeficientes extremos.²⁰

A estimativa do número de habitantes de São José do Rio Preto é de 414.272.¹⁹ Dados de 2008¹⁹ revelam que o município teve prevalência de 8,2/100 mil habitantes e coeficiente

de detecção de 5,79/100 mil habitantes. Os atendimentos continuam sendo centralizado em duas unidades de saúde do município, a saber, o ambulatório de dermatologia do Hospital de Base e o Núcleo de Gestão Assistencial 60 (NGA 60).¹⁰

O presente estudo tomou como base para a sua realização casos de hanseníase identificados a partir do banco de dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN).

De 86 pessoas que foram tratadas em São José do Rio Preto no período de 02/01/2007 a 30/06/2009, 54 (62,8%) participaram do presente estudo. Não houve restrição de faixa etária e sexo e os critérios adotados para inclusão dos pacientes foram: concordar em participar do estudo, estarem de alta medicamentosa no momento da avaliação e serem munícipes de São José do Rio Preto-SP. Os dados foram coletados no período de dezembro de 2009 a maio de 2010.

O critério para contatar as pessoas elegíveis para o estudo foi de até três tentativas de telefonema, envio de até duas correspondências e duas visitas domiciliares, necessariamente nessa seqüência.

Esse trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, FAMERP, em 21 de setembro de 2009 (protocolo nº 5126/2009 aprovação nº 392/2009).

Utilizou-se termo de consentimento para obter a autorização dos entrevistados e após a aprovação, foi realizada avaliação do Grau de Incapacidade da Organização Mundial da Saúde (GI-OMS), e aplicada a escala SALSA e a ficha de dados gerais e clínicos baseado no check-list da CIF.

O escore Olho-Mão-Pé (EHF–Eye-Hand-Foot) outro indicador de incapacidades, assim como o Grau de Incapacidades da Organização Mundial da Saúde, para se resumir os dados sobre deficiência na hanseníase.^{1,16}

O grau de incapacidades da OMS classifica as deficiências em Graus 0, 1 e 2. São avaliados os olhos direito e esquerdo (D e E), as mãos (D e E) e os pés (D e E), o grau máximo é registrado como sendo o grau de incapacidades do paciente no diagnóstico e ou na alta. Totaliza-se, portanto, a avaliação de seis locais do corpo.^{3,16} Para obtenção do escore EHF, somam-se o grau de incapacidades em cada um dos seis locais avaliados e o resultado varia de 0 a 12.¹⁶ Essa avaliação é fundamental para o planejamento de ações de prevenção de incapacidades e para obtenção de indicadores epidemiológicos.³

Para dimensionar a limitação de atividades os pacientes foram avaliados com a utilização da Escala SALSA (Screening of Activity Limitation

and Safety Awareness), que é um instrumento validado para o Brasil¹⁶ e que mensura a limitação de atividade nos indivíduos afetados pela hanseníase, diabetes e outras neuropatias periféricas.¹⁶

A escala abrange cinco domínios envolvendo olhos, mãos (destreza e trabalho), pés (mobilidade) e autocuidado. O escore varia de 10 a 80,¹ quanto mais baixo o escore, menor a dificuldade com as atividades de vida diária e escores mais altos são indicativos de níveis crescentes de limitação de atividades.¹⁶ O ponto de corte para indicar limitação de atividades foi escore ≥ 25 . O grupo colaborador da escala SALSa propõe uma categorização para os escores Salsa, a saber, de 10-24 (sem limitação); 25-39 (leve); 40-49 (moderada); 50-59 (severa); 60-80 (muito severa).

Com a ficha de dados gerais e clínicos baseado no checklist da CIF coletou-se as variáveis sexo, formação, anos de educação formal, estado matrimonial, ocupação, renda pessoal e familiar, avaliação da saúde física e mental, presença de doença ou distúrbio, lesão significativa que causou seqüelas, utilização de adaptações, quantidade de hospitalizações no último ano, tratamento para a saúde, uso de fumo e bebida alcoólica.

Os dados foram inseridos em planilha Excel e analisados no programa estatístico EPI INFO 2002 (versão 3.5.1). As variáveis foram avaliadas considerando frequência, média e mediana conforme apropriado. Para as comparações foi utilizado o teste Qui-quadrado ou de Fisher considerando significantes valores de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

Para encontrar os pacientes foram realizados 67 (58,6%) telefonemas, enviadas 102 (35,8%) correspondências e 16 (5,6%) visitas domiciliares. Do total de 86 pacientes que pertenciam ao período proposto da pesquisa, 32 (37,2%) não foram entrevistados por razões diversas, a saber, 15 (17,4%) mudaram-se, 3 (3,5%) o endereço não existia, 2 (2,3%) estavam presos, 5 (5,8%) foram a óbito, 1 (1,2%) era deficiente mental grave e 6 (7%) foram encontrados, mas não quiseram participar. Dos 54 (62,8%) entrevistados, 27 (50,0%) foram encontrados por telefone, 21 (39,0%) por carta, 3 (5,5%) por visita e 3 (5,5%) na rotina do ambulatório.

A coleta das informações foi realizada no Ambulatório Regional de Especialidades de São José do Rio Preto, na dermatologia, onde há uma rotina de atendimentos a pacientes com hanseníase, aos que já receberam alta medicamentosa, mas continuam necessitando de acompanhamento esporádico.

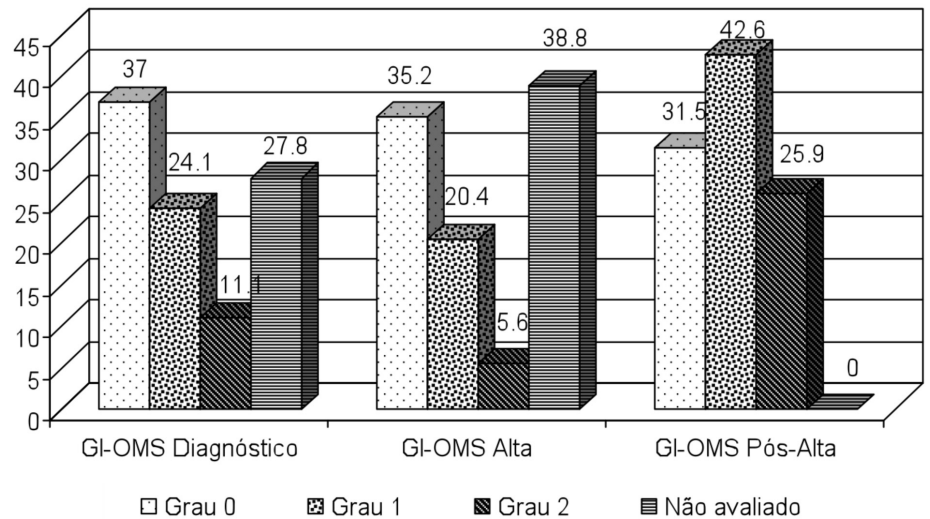


Figura 1 - Frequência das deficiências na hanseníase avaliadas pelo Grau de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde (GI-OMS) no diagnóstico, na alta medicamentosa e no Pós-alta (momento da entrevista).

De 86 pessoas tratadas no período, 54 (62,8%) foram entrevistadas e a idade variou entre 13 a 87 anos, com média de 53,8 (dp16,3) anos.

Do total de entrevistados, 31 (57,4%) eram do sexo masculino, 38 (70,4%) tinham até 6 anos de educação formal, sendo 20 (37,0%) com ensino fundamental incompleto. Consideraram "boa" a saúde física 21 (38,9%) e mental 25 (46,3%), 19 (35,2%) eram aposentados, 38 (70,4%) possuíam renda familiar de até 3 salários mínimos, 44 (81,5%) não haviam sido hospitalizados no último ano, 29 (53,7%) possuíam alguma doença associada e destes 18 (34,0%) relataram hipertensão arterial sistêmica. Apenas 17 (31,5%) eram tabagistas e 44 (81,5%) não tinham hábito de consumir bebida alcoólica.

Com relação ao uso de adaptações, 13 (24%) dos entrevistados as utilizavam e apenas 1 (1,8%) referiu usar dois tipos, sendo que, as mais importantes foram o andador (n=1), prótese de membro inferior (n=2), calçado adaptado (n=8), joelheira (n=1), luva (n=1) e muleta (n=1).

A forma clínica dimorfa predominou 17 (31,5%) e com relação a classificação operacional, 31 (57,4%) eram multibacilares.

As deficiências avaliadas pelo Grau de Incapacidades (GI-OMS) no momento do diagnóstico, na alta e no pós-alta (momento da entrevista) estão apresentadas na Figura 1.

As deficiências avaliadas pelo escore EHF mostraram-se frequentes, variaram de 0 a 10 e são apresentadas na Tabela 1.

Dentre as principais seqüelas referidas pelos pacientes ocorridas após a hanseníase, destacaram-se as algias dos membros superiores e inferiores, hipoestesia de mão e pés, deformidades na mão, limitação da amplitude de movimento das articulações do tornozelo e membros, visão turva e depressão.

A análise da pontuação da escala SALSa mostrou que 57,4% dos entrevistados obtiveram pontuação que indica algum grau de limitação das atividades, ou seja, igual ou maior que 25 pontos. A frequência de limitação de atividades baseada na categorização das pontuações da escala SALSa está apresentado na Figura 2.

A Figura 3 apresenta a relação dos escores SALSa (com e sem Limitação de atividades) em cada uma das formas clínicas. Os pacientes que trataram das formas multibacilares (dimorfa e virchoviano) são os que mais apresentam limitações de atividades. Houve ausência de informação de 1 (3,3%) caso quanto a classificação da forma clínica.

A análise dos escores SALSa e variáveis estudadas resultou em significância para pacientes que tinham alguma lesão significativa (valor $p = 0,04$), que possuíam renda familiar até um salário mínimo (valor $p = 0,04$), que tinham até 6 anos de educação formal (valor $p = 0,00$), que foram diagnosticados e tratados das formas clínicas dimorfo e virchoviano (multibacilares) (valor $p = 0,01$) e que apresentavam deficiências (grau 1 e 2) avaliadas pelo GI-OMS (valor $p = 0,01$).

Tabela 1 - Escores (número absoluto e percentual) EHF da população do estudo avaliado no diagnóstico, na alta e no pós-alta (momento da entrevista).

	Escore EHF	EHF Diagnóstico	%	EHF Alta	%	EHF Pós-Alta	%
Sem deficiência	0	20	37,0	19	35,2	17	31,5
Com deficiência	1	4	7,4	4	7,4	9	16,7
	2	6	11,1	4	7,4	4	7,4
	3	1	1,9	3	5,5	10	18,5
	4	2	3,7	-	-	4	7,4
	5	-	-	-	-	3	5,5
	6	-	-	-	-	2	3,7
	7	2	3,7	1	1,9	1	1,9
	8	1	1,9	1	1,9	1	1,9
	9	-	-	-	-	-	-
	10	1	1,9	1	1,9	3	5,5
Total deficiência		17	31,5	14	26	37	68,5
Sem informação	99*	4	7,4	8	14,8	-	-
	77**	13	24,1	13	24,0	-	-
Total sem informação		17	31,5	20	38,8	-	-
Total Geral		54	100%	53	100%	54	100%

* ausência de dados ** não avaliado

DISCUSSÃO

A Classificação Internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) abriu novos horizontes para a área da saúde, transformando-se de conseqüências de doença para componentes de saúde^{21,22} e o termo funcionalidade é utilizado para se referir a todas as funções do corpo, às atividades e à participação.²² A CIF avalia a morbidade e consiste sobre questões de que deficiência e incapacidade não são apenas conseqüências de saúde/doença, mas também do meio ambiente físico e social, diferentes percepções culturais, atitudes em relação a deficiência, disponibilidade de serviços e legislação.²³ Além disso, fornece uma base científica para o entendimento e estudo da saúde e influencia na produção científica para promover o desenvolvimento de novas avaliações e condutas.²⁴

O presente estudo utilizou a escala SALSAS e um protocolo próprio para coletar dados gerais e clínicos, ambos baseados na CIF²⁵ e também o grau de incapacidades preconizado pela OMS.¹¹

O estudo encontrou significância entre as formas multibacilares e presença de deficiências e limitação de atividades, quando utilizados os indicadores de deficiências GI-OMS e aplicação do protocolo SALSAS.

Pesquisa realizada em Várzea Grande no estado de Mato Grosso sobre incapacidade após o tratamento da hanseníase encontrou relação

significante entre maior prevalência de incapacidades e formas multibacilares e a maioria apresentaram piora evolutiva da sensibilidade.²⁶

A orientação dos manuais do Ministério da Saúde é para que todos os casos novos sejam avaliados e orientados em Prevenção de Incapacidade adicionando-se a avaliação o indicador GI-OMS, minimamente no início do tratamento e no momento da alta.^{27,28}

No presente estudo um percentual de 27,8% e 38,8% não foi avaliado em Prevenção de incapacidades (PI) no diagnóstico e alta respectivamente. Apesar de o município ter um serviço de excelência no cuidado com o paciente, ainda existe uma lacuna na articulação do serviço que realiza o atendimento medicamentoso com o serviço que realiza a prevenção e reabilitação das incapacidades físicas. Esse fato pode estar colaborando para que os pacientes não sejam orientados corretamente nos retornos pós – alta com objetivo de passar por avaliações rotineiras e intervenções precoces, em especial por ser o pós-alta um período que facilmente ocorre reações e neurites, fatores desencadeantes das deficiências.

A limitação de atividades se associou as deficiências medidas pelo GI-OMS. A escala SALSAS avalia aspectos como mobilidade, autocuidado, destreza e trabalho manual. Todos esses domínios envolvem atividades rotineiras e, em sua maioria, exigem funções neurais preservadas, fato esse que geralmente está altera-

do nos pacientes que apresentam Grau 1 e 2 -OMS, que ocasiona alteração da sensibilidade e força muscular das mãos e pés.

Não obstante, os escores da escala Salsa se associaram a presença de lesões significantes, o que vem contribuir para a compreensão de que deficiências e lesões podem limitar sobremaneira as atividades diárias dos indivíduos.

A população do estudo era composta principalmente pelo gênero masculino, que corrobora com os dados nacionais.⁴ A idade média foi de 53,8 e a maioria eram aposentados, ou seja, adultos jovens que não estavam ativos no mercado de trabalho. Estudos têm demonstrado que a escala SALSAS tende a aumentar com a idade.²⁹ No nosso estudo essa relação não foi significante, possivelmente o aumento da casuística possa revelar resultados diferentes.

Foi significante a relação de indivíduos que possuem limitação das atividades com a renda familiar até três salários mínimos e baixa escolaridade, quanto menor o estudo e maior dificuldade socioeconômica, maior limitação. Nos estudos de Rafael AC,³⁰ a maioria possuíam nível de escolaridade fundamental, assim como a presente pesquisa. O meio socioeconômico tem influenciado na distribuição das doenças de modo geral, e a hanseníase vem ocorrendo com mais freqüência nas classes menos favorecidas.³⁰

A educação, como exclusão social, influencia na transmissão da doença, e é pela falta de compreensão a respeito de aplicação de

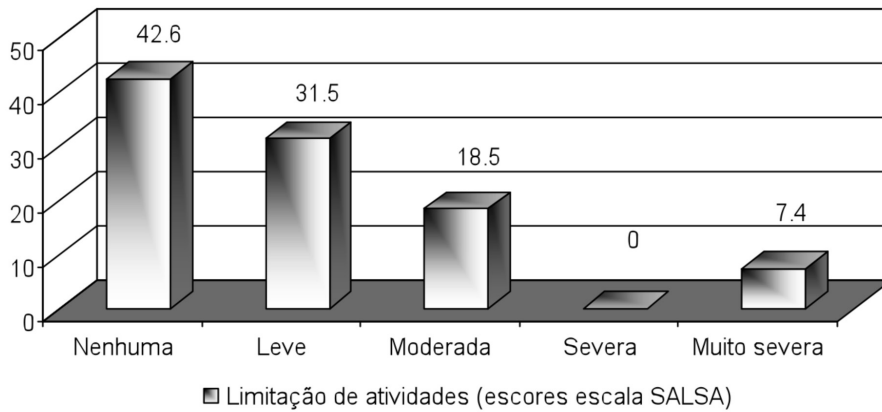


Figura 2 - Frequência da limitação de atividades baseada nas pontuações da Escala SALSAS considerando nenhuma limitação, leve, moderada, severa e muito severa.

elevado percentual de pacientes que apresentavam deficiências físicas em consequência da doença, interferiam na qualidade de vida.

Dados obtidos pela enfermagem em um estudo realizado no município de Botucatu-SP,³⁴ sobre o perfil socioeconômico e demográfico dos pacientes com hanseníase, observou-se na população estudada, baixo nível de escolaridade e renda familiar per capita menor que um salário mínimo. O tempo dedicado à escolaridade foi inferior ao da população de Botucatu e a renda familiar per capita chamou a atenção pelo fato de estar abaixo da linha da pobreza, da renda per capita do próprio município e estado. Os aspectos econômicos podem influenciar as formas de enfrentamento dos problemas de saúde, podendo ser diferentes em um mesmo indivíduo, conforme as etapas do processo de manutenção da saúde, juntamente com aspectos sociais e psicológicos. Segundo o autor, as deficiências físicas podem levar a diminuição da capacidade de trabalho e limitação à vida social.³⁴

Estudo recente realizado na Holanda³⁵ avaliou a relação da deficiência entre a limitação das atividades e restrição na participação. O instrumento utilizado foi a escala de avaliação de deficiência da OMS (WHO – DAS II) validada para o holandês e compatível com a CIF, que avalia a limitação das atividades diárias; um questionário autoaplicável dos itens olho, mãos e pés, para avaliar a deficiência e utilização do impacto sobre participação e autonomia. Os achados do estudo revelam que as atividades diárias das pessoas afetadas pela hanseníase são substancialmente reduzidas.³⁵ Estudos posteriores podem comparar resultados encontrados com a aplicação da escala SALSAS e escala de avaliação de deficiência DAS II.

Observou-se que a escala SALSAS está sendo utilizada em muitos trabalhos de pesquisa priorizando o olhar não só para as deficiências físicas, mas a funcionalidade do indivíduo.

Atualmente a cura da doença prevalece, mas a atenção e o cuidado ao paciente para evitar seqüelas deve ser contínuo, e não necessariamente interrompido no momento da alta medicamentosa. Afinal, a piora e gravidade das lesões podem causar dificuldades na realização das atividades da vida diária, do trabalho, lazer e participação na sociedade

A equipe de saúde e o próprio paciente devem estar atentos às deficiências ocasionadas pela hanseníase, seja durante ou após o tratamento, pois, assim como tantas outras patologias, que são passíveis de serem prevenidas e não o são, acabam por onerar os custos do tratamento além de ocasionar graves seqüelas físicas e emocionais ao paciente.³⁶

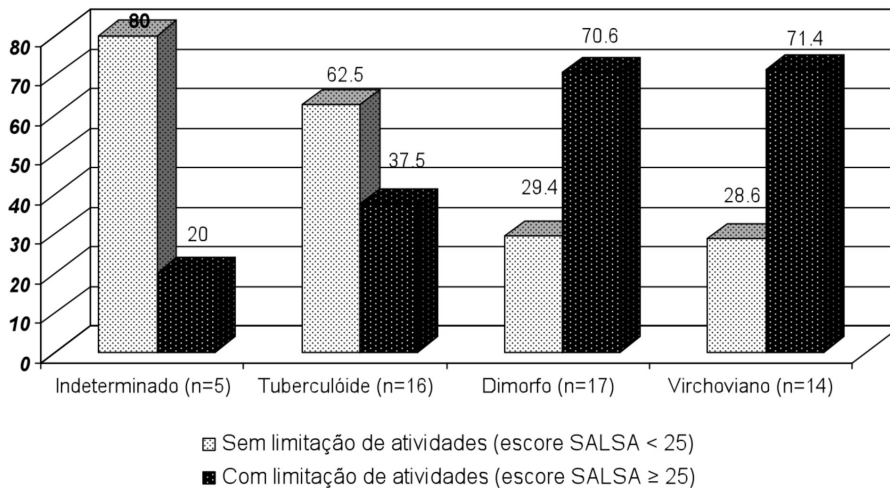


Figura 3 - Distribuição percentual dos resultados dos escores SALSAS nas diferentes formas clínicas, considerando sem e com limitação de atividades.

medidas preventivas das lesões, que geram as incapacidades.³⁰ O diagnóstico tardio pode influenciar na consequência das lesões que se tornam incapacitantes.³⁰

Estudo recente em Minas Gerais³¹ constatou que as formas virchowiana e dimorfa são fatores de risco que acarretam ao indivíduo as deficiências físicas. A lesão do nervo está associada a esses fatores e é considerada a mais grave complicação na hanseníase. No diagnóstico, o analfabetismo foi associado com deficiência física, ou seja, as pessoas que possuem maior grau de escolaridade, são mais conscientes de suas necessidades, procuram assistência médica em uma fase mais precoce da doença e possuem facilidade ao acesso antecipado em sistemas de saúde.

Lima³² descreveu o perfil dos pacientes hansenícos atendidos no Distrito Federal e seu estudo foi composto principalmente por homens jovens, de baixa escolaridade e incapacidades mínimas ou ausentes.

Em um estudo realizado em 2003,³³ no Maranhão, foi descrito o perfil dos pacientes com Hanseníase. Observou-se alguns aspectos semelhantes ao nosso estudo, como predominância da forma dimorfa, maior acometimento no sexo masculino, predomínio daqueles que possuem baixo grau de escolaridade (ensino fundamental incompleto). Mais da metade (76,3%) possuíam renda familiar inferior a um salário mínimo e, segundo o autor, a situação de hiperendemicidade associada às baixas condições socioeconômicas e ambientais, agravada pelo

CONCLUSÃO

As limitações de atividades são frequentes (57,4%), assim como as deficiências medidas pelo GI-OMS (68,5%). O estudo encontrou associação significativa da limitação de atividades (SALSA) com as formas multibacilares, pessoas que relataram lesão significativa, que possuem renda familiar até três salários mínimos e que possuíam até seis anos de educação formal.

REFERÊNCIAS

- Barbosa JC, Ramos Jr NA, Alencar MJF, Castro CGJ. Pós-alta em Hanseníase no Ceará: limitação da atividade funcional, consciência de risco e participação social. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61 (Esp):727-33.
- Lehman LF, Orsini MBP, Grossi MAF, Villarreal MF. A mão na hanseníase. In: Freitas PP. *Reabilitação da mão.* São Paulo: Atheneu; 2006. p. 301-18.
- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica: vigilância em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância em Saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
- World Health Organization. *Global strategy for further reducing the leprosy burden and sustaining leprosy control activities 2006-2010.* Geneva: WHO; 2005.
- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica.* 6 ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Informe da Atenção Básica nº 42.* Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
- Federação Internacional de Associações Anti-Hanseníase (ILEP). *Guia para reabilitação sócio-econômica de pessoas afetadas pela hanseníase.* Londres: ILEP; 1999.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Guia para o controle da hanseníase.* Brasil: Ministério da Saúde; 2002.
- Paschoal VDA, Nardi SMT, Cury MRCO, Lombardi C, Virmond MCL, Silva RMDN, et al. Criação de banco de dados para sustentação da pós-eliminação em hanseníase. *Ciênc saúde coletiva.* 2011;16 (suppl.1):1201-10.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Manual de prevenção de incapacidades: cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase.* 3 ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Hanseníase e direitos humanos: direitos e deveres dos usuários do SUS.* Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
- Global Strategy for Further Reducing the Leprosy Burden and Sustaining Leprosy Control Activities 2006-2010. New Delhi: WHO; 2006.
- Consensus statement on prevention of disability. *Leprosy Rev.* 2006;77:387-95.
- Van Veen NH, McNamee P, Richardus JH, Smith WC. Cost-effectiveness of interventions to prevent disability in leprosy: a systematic review. *PLoS One.* 2009;4(2):e4548.
- Escala SALSA: pacote de teste beta [programa de computador]. Versão 1.0. 2004. [citado 2010 Nov 16]. Disponível em: <http://www.almbrazil.com.br/arquivos/Escala%20salsa.doc>
- Mello MAF, Mancini MC. Métodos e técnicas de avaliação nas áreas de desempenho ocupacional: avaliação das atividades de vida diária e controle domiciliar. In: Cavalcanti A, Galvão C. *Terapia Ocupacional: fundamentação e prática.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p. 519-25.
- Foti D. Atividades da vida diária. In: Pedretti LW, Early MB. *Terapia ocupacional: capacidades práticas para disfunções físicas.* 5 ed. São Paulo: Roca; 2005. p.132-83.
- Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica. Hanseníase [texto na Internet]. São Paulo: SESP [citado 2010 Nov 16]. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/hm/hans/Hans_prevgve08.htm
- Pereira AJ, Helene LMF, Pedrazini ES, Martins CL, Vieira CSCA. Atenção básica de saúde e a assistência em hanseníase em serviços de saúde de um município do estado de São Paulo. *Rev Bras Enferm.* 2008;61(Esp):716-25.
- Fenley JC, Santiago LN, Nardi SMT, Zanetta DMT. Limitação de atividades e participação social em pacientes com diabetes. *Acta Fisiatr.* 2009;16(1):14-8.
- Buchalla MC. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Acta Fisiatr.* 2003;10(1):29-31.
- Farias N, Buchalla CM. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol.* 2005;8(2):187-93.
- Sampaio RF, Mancini MC, Gonçalves GGP, Bittencourt NFN, Miranda AD, Fonseca ST. Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. *Rev Bras Fisioter.* 2005;9(2):129-36.
- CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Edusp; 2003.
- Ramos JMH, Souto FJD. Incapacidade pós tratamento em pacientes hansenianos em Várzea Grande, Estado de Mato Grosso. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2010;43(3):293-7.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Hanseníase atividades de controle e manual de procedimentos.* Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
- Sobrinho RAS, Mathias TAF, Gomes EA, Lincoln PB. Avaliação do grau de incapacidade em hanseníase. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2007;15(6):1125-30.
- Girardi DR, Bulegon H, Barra CMM. A decision support system based on Leprosy Scales. *Int J Biol Life Sci.* 2012;8(4):193-7.
- Rafael AC. Pacientes em tratamento e pós alta em hanseníase: estudo comparativo entre os graus de incapacidades preconizados pelo ministério da saúde correlacionando-os com as escalas Salsa e Participação Social [dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2009.
- Moschioni C, Antunes CM, Grossi MA, Lambertucci JR. Risk factors for physical disability at diagnosis of 19,283 new cases of leprosy. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2010;43(1):19-22.
- Lima MAR, Prata MO, Moreira D. Perfil da hanseníase no Distrito Federal no período de 2000 a 2005. *Comun Ciênc Saúde.* 2008;19(2):163-70.
- Aquino DMC, Caldas AJM, Silva AAM, Costa JML. Perfil dos pacientes com hanseníase em área hiperendêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2003;36(1):57-64.
- Duarte MTC, Ayres JA, Simonetti JP. Perfil socioeconômico e demográfico de portadores de hanseníase atendidos em consulta de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2007;15(Esp):774-9.
- Slim FJ, van Schie CH, Keukenkamp R, Faber WR, Nollet F. Effects of impairments on activities and participation in people affected by leprosy in The Netherlands. *J Rehabil Med.* 2010;42(6):536-43.
- Nardi SMT, Paschoal VD, Zanetta DMT. Frequência de avaliações e seu impacto na prevenção das incapacidades físicas durante o tratamento dos pacientes com hanseníase. *Hansen Int.* 2005; 30(2):157-66.