



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA  
NÚCLEO DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



**AVALIAÇÃO DO USUÁRIO NO PERÍODO PÓS-ALTA DA HANSENÍASE:**  
utilização das escalas SALSA e participação social

**Cleidilene Luiza dos Santos**

Porto Velho – RO  
2014

**AVALIAÇÃO DO USUÁRIO NO PERÍODO PÓS-ALTA DA HANSENÍASE:**  
utilização das escalas SALSA e participação social

**Cleidilene Luiza dos Santos**

Dissertação de mestrado apresentada ao programa de pós-graduação em Ensino em Ciências da Saúde, Fundação Universidade Federal de Rondônia, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências da Saúde. Professor orientador: Prof. Doutor Ari Miguel Teixeira Ott

**Porto Velho - RO**  
**2014**

Dados internacionais de catalogação na publicação - CIP

S237a Santos, Cleidilene Luiza dos.

Avaliação do usuário no período pós-alta da Hanseníase: utilização da escala SALSA e participação social. / Cleidilene Luiza dos Santos. – Porto Velho : [s.n.], 2014.

66 p.

Orientação: Dr Ari Miguel Teixeira Ott.

Dissertação (Mestrado) – Ensino em Ciências da Saúde; Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR – Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde, 2014.

1. Hanseníase. 2. Participação social. 3. Epidemiologia. 4. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. I. Ott, Ari Miguel Teixeira. II. Fundação Universidade Federal de Rondônia. III. Título.

CDU.: 616-002.73

**AVALIAÇÃO DO USUÁRIO NO PERÍODO PÓS-ALTA DA HANSENÍASE:**  
utilização das escalas SALSA e participação social

Cleidilene Luiza dos Santos

Dissertação de mestrado apresentada ao programa de pós-graduação em Ensino em Ciências da Saúde, Fundação Universidade Federal de Rondônia, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências da Saúde.

Aprovada em:

---

Prof. Doutor Ari Miguel Teixeira Ott, Fundação Universidade Federal de Rondônia

---

Prof<sup>a</sup>. Doutora Kátia Fernanda Alves Moreira, Fundação Universidade Federal de Rondônia

---

Prof. Pós-Doutor José Juliano Cedaro, Fundação Universidade Federal de Rondônia (MAPSI)

Às pessoas atingidas pela hanseníase,  
em especial às que voluntariamente  
participaram deste estudo.

## **AGRADECIMENTOS**

A DEUS, que sempre esteve ao meu lado, me dando forças e permitindo a realização de mais um sonho em minha vida.

Aos meus pais, Luiz e Almerinda, por terem me ensinado a lutar pelos meus sonhos.

Ao meu orientador, Prof. Doutor Ari Miguel Teixeira Ott, pela confiança em mim depositada e pelas orientações e indicações de leitura.

Ao meu noivo, James Rabelo Garcia, pelos momentos de compreensão e principalmente os de incentivo.

Aos meus irmãos: Renato, Clenilda, Carlos e Clésia, com quem compartilhei minhas angústias, dúvidas e agora compartilho esta vitória.

Ao diretor da Policlínica Oswaldo Cruz, Kenner Granado Junqueira, por ter autorizado a realização da pesquisa.

À equipe multiprofissional do programa de controle de hanseníase da Policlínica Oswaldo Cruz, em especial ao Enfermeiro Wanderlei Ruffato, que motivou a equipe de enfermagem quanto a importância deste estudo.

Aos professores do Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde, pelos conhecimentos construídos durante esta pós-graduação, em especial a Dr<sup>a</sup>. Lúcia Rejane Gomes da Silva.

Às professoras doutoras: Ana Lúcia Escobar e Kátia Fernanda Alves Moreira, pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

Aos participantes deste estudo, vítimas da hanseníase, sem vocês a concretização deste sonho não seria possível.

A todos que direta ou indiretamente colaboraram na execução deste estudo.

## RESUMO

SANTOS, C. L. **Avaliação do usuário no período pós-alta da hanseníase:** utilização das escalas SALSA e participação social. Dissertação [Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde]. Porto Velho: Fundação Universidade Federal de Rondônia, 2014.

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa crônica considerada um importante problema de saúde pública no Brasil. A região norte apresenta um coeficiente de detecção geral acima da média do país, sendo que em Rondônia esta taxa em 2010 foi de 58,8 casos/100.000 habitantes, enquanto que o percentual de cura identificado foi de 84,1%. A hanseníase pode ocasionar grande prejuízo na qualidade de vida dos pacientes por ela acometidos, no sentido de limitar as relações interpessoais, causando um agravo no âmbito social e psicológico, originado muitas vezes do prejuízo físico e da limitação de atividades de vida diária, que por sua vez poderiam ter sido anulados ou minimizados por uma assistência com cuidados integralizados e efetivos. Este estudo objetivou avaliar a limitação de atividade funcional, consciência de risco e participação social em pacientes no período pós-alta da hanseníase, atendidos na Referência Estadual de Hanseníase do estado de Rondônia (Policlínica Oswaldo Cruz) através da escala SALSA e escala de participação. Tratou-se de um estudo observacional descritivo de abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre do ano de 2013. Em relação ao escore SALSA, observou-se que nas limitações mais graves (moderada, severa e muito severa) houve um predomínio de mulheres, o teste estatístico revelou uma associação significativa entre essas duas variáveis ( $p=0,013$ ). A maioria dos participantes apresentaram baixa pontuação no escore de consciência de risco, a maioria (55,71%) pontuou no máximo 2. A análise do escore da escala de participação neste estudo revela que 41 (58,57%) dos participantes não apresentaram nenhum grau de restrição. A relação estatística identificada entre o GI-OMS e o escore da escala de participação ( $p=0,036$ ), pode estar relacionada ao estigma existente no contexto de hanseníase. A análise realizada pelo estudo remete à atual necessidade de esforços do estado em priorizar e intensificar ações de controle da hanseníase, visto o impacto negativo sobre a qualidade de vida dos pacientes por ela acometidos, em especial no período pós-alta.

Palavras-chave: Hanseníase. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Participação social. Epidemiologia.

## ABSTRACT

SANTOS, C. L. **Evaluation of user in the period post-treatment of leprosy: utilization of the scales SALSA and participation.** Dissertation [Master' Teaching in Health Sciences]. Porto Velho: Federal University of Rondônia, 2014.

Leprosy is a chronic infectious disease considered an important public health problem in Brazil. The northern region has a coefficient of overall detection above the national average, and in Rondônia this rate in 2010 was 58.8 cases per 100.000 population, while the cure rate was 84.1% identified. Leprosy can cause great loss of quality of life of patients affected by it, to limit interpersonal relationships, causing a worsening in the social and psychological context, often originated from physical damage and limitation of activities of daily living, which turn could have been eliminated or minimized by a paid-up assistance and effective care. This study aimed to evaluate the functional activity limitation, risk awareness and social participation in patients post-treatment period of leprosy, met at the State Reference Leprosy state of Rondônia (Polyclinic Oswaldo Cruz) through the SALSA scale and level of participation. This was an observational descriptive study with a quantitative approach. Data collection was conducted in the first semester of 2013. Regarding the SALSA score, it was observed that the most serious limitations (moderate, severe and very severe) there was a predominance of women, the statistical test revealed a significant association between these two variables ( $p = 0.013$ ). Most participants had low scores in the score of risk awareness, the majority (55.71 %) scored at most 2. The analysis of scale score for participation in this study reveals that 41 (58.57 %) of participants did not show any degree of restriction. The statistical relationship identified between the degree of disability proposed by the World Health Organization and participation scale score ( $p = 0.036$ ), may be related to the existing stigma in the context of leprosy. The analysis performed by the study refers to the current need for state efforts in prioritize and intensify efforts to control leprosy, as the negative impact on the quality of life of patients affected by it, especially in the post-discharge period.

**KEYWORDS:** Leprosy. International Classification of Functioning, Disability and Health. Social participation. Epidemiology.



## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Distribuição dos participantes do estudo considerando-se o GI-OMS apresentado no momento da pesquisa	47
GRÁFICO 2	Distribuição dos participantes do estudo considerando-se a classificação operacional da hanseníase e GI-OMS	48
GRÁFICO 3	Distribuição dos participantes do estudo considerando-se sexo e faixa etária	51
GRÁFICO 4	Distribuição do escore de consciência de risco	52

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Incidência de casos novos notificados ao SINAN no período de 2008 a 2012, considerando-se o estado de Rondônia, a região norte e o Brasil	14
TABELA 2	Distribuição dos participantes do estudo, considerando-se sexo, idade, escolaridade, ocupação e local de residência dos mesmos	46
TABELA 3	Análise estatística entre o GI-OMS apresentado pelos participantes no momento da pesquisa e as variáveis: sexo, escolaridade, forma clínica e escore da escala de participação	47
TABELA 4	Análise estatística entre o escore SALSA e as variáveis: sexo, ocupação, escolaridade, escore da escala de participação e GI-OMS	50
TABELA 5	Distribuição do escore de consciência de risco, considerando-se a frequência, percentual e percentual acumulado	52

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1</b>	Trajectoria histórica da classificação da hanseníase considerando-se autor, data e proposta de classificação	24
<b>QUADRO 2</b>	Crítérios de avaliação do grau de incapacidade	31

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BCG-ID: *Bacillus Calmette Guérin* – Intradérmica

CIF: Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde

ENH: Eritema nodoso hansênico

EP: Escala de participação

FARO: Faculdade de Rondônia

GI-OMS: Grau de incapacidade proposto pela Organização Mundial da Saúde

HDD: Hanseníase dimorfa-dimorfa

HDT: Hanseníase dimorfa-tuberculóide

HDV: Hanseníase dimorfa-virchowiana

HT: Hanseníase tuberculóide

HV: Hanseníase virchowiana

INSS: Instituto Nacional do Seguro Social

MB: Multibacilar

MH: *Morbus hansen* (Moléstia de Hansen)

MS: Ministério da Saúde

NLR: Netherlands Leprosy Relief

OMS: Organização Mundial da Saúde

ONG: Organização não governamental

PB: Paucibacilar

POC: Policlínica Oswaldo Cruz

PQT: Poliquimioterapia

RR: Reação reversa

SALSA: Screening of Activity Limitation and Safety Awareness (Mensuração de limitação de atividade e consciência de risco)

SENAC: Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SVS: Secretaria de Vigilância em Saúde

## SUMÁRIO

<b>I – INTRODUÇÃO</b>	<b>14</b>
1.1 OBJETIVOS	18
<b>1.1.1 Objetivo geral</b>	<b>18</b>
<b>1.1.2 Objetivos específicos</b>	<b>18</b>
1.2 JUSTIFICATIVA	19
<b>II - REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>21</b>
2.1 HANSENIASE: CONCEITOS E HISTÓRIA	21
<b>2.1.1 Classificações e manifestações clínicas</b>	<b>23</b>
<b>2.1.2 Diagnóstico</b>	<b>27</b>
<b>2.1.3 Tratamento</b>	<b>28</b>
<b>2.1.4 Estados reacionais</b>	<b>29</b>
2.2 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADES EM HANSENÍASE	30
<b>2.2.1 Grau de incapacidade proposto pela Organização Mundial da Saúde</b>	<b>31</b>
<b>2.2.2 Escala SALSA</b>	<b>32</b>
<b>2.2.3 Escala de Participação (EP)</b>	<b>33</b>
2.3 PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES EM HANSENÍASE	34
2.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM HANSENÍASE: A IMPORTÂNCIA DO AUTOCUIDADO	36
2.5 O ISOLAMENTO DO PACIENTE COM HANSENÍASE NOS DIAS ATUAIS	38
<b>III – METODOLOGIA</b>	<b>41</b>
<b>IV – RESULTADOS</b>	<b>46</b>
<b>V – DISCUSSÃO</b>	<b>53</b>

<b>CONCLUSÃO</b>	<b>58</b>
<b>RECOMENDAÇÕES</b>	<b>59</b>
<b>LIMITES DO ESTUDO</b>	<b>60</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>61</b>
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	66
APÊNDICE B – CARTA DE ANUÊNCIA DO GESTOR	68
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	69
ANEXO B – ESCALA SALSA	72
ANEXO C – ESCALA DE PARTICIPAÇÃO	73

## I - INTRODUÇÃO

A hanseníase, também conhecida como moléstia de Hansen (MH), é uma doença infectocontagiosa crônica que pode causar incapacidade física, além de ser considerada um importante problema de saúde pública no Brasil. De acordo com dados apresentados pela Organização Mundial da Saúde, em 2010 o Brasil notificou 34.894 casos novos da doença. Dessa forma, é o país das Américas que mais possui casos registrados de hanseníase (94% dos casos do continente americano), e no cenário mundial representa o primeiro lugar em incidência e o segundo em prevalência, perdendo apenas para a Índia (MELÃO *et al*, 2011; RAMOS; SOUTO, 2010; WHO, 2011).

A região norte apresenta um coeficiente de detecção geral acima da média do país, sendo que em Rondônia esta taxa em 2010 foi de 58,8 casos/100.000 habitantes, enquanto que o percentual de cura identificado foi de 84,1% (BRASIL, 2011).

A Tabela 1 mostra a incidência de casos novos de hanseníase notificados ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período de 2008 a 2012, considerando-se o estado de Rondônia, a região norte e o Brasil.

**TABELA 1** – Incidência de casos novos notificados ao SINAN no período de 2008 a 2012, considerando-se o estado de Rondônia, a região norte e o Brasil

LOCAL	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
Rondônia	1.064	1.072	864	859	828	4.661
Região Norte	8.332	7.712	6.314	6.876	6.820	36.054
Brasil	39.927	38.213	32.489	34.685	33.044	178.358

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (2014)

A OMS preconiza como meta de eliminação da hanseníase menos de 1 (um) caso por ano a cada 10.000 habitantes. Em 2007, o Brasil registrou 2,10 casos por 10.000 habitantes, sendo que as regiões norte, nordeste e centro-oeste do país persistem como áreas endêmicas. Luna e Sabra (2006) definem como áreas endêmicas, aquelas que registram prevalência de hanseníase maior que um caso a cada 10.000 habitantes, fato observado em 15 países do mundo situados na África, Ásia e América Latina.

Tal doença é causada pelo *Mycobacterium leprae*. Bacilo álcool-ácido resistente, gram-positivo, intracelular obrigatório, com predileção para a pele e nervos periféricos, tal acometimento dos nervos é considerado capaz de conduzir a um dano neural, alteração da função sensitiva e/ou motora, que por sua vez culminará em incapacidade que, se não tratada, evoluirá para uma deformidade. Tais incapacidades, quando instaladas, representam um impacto negativo na vida do paciente, seja no ambiente familiar, no trabalho ou em outras situações onde ele poderá vivenciar um preconceito psicossocial (SOBRINHO *et al*, 2007; ALVES *et al*, 2010).

O *Mycobacterium leprae* tem a capacidade de infectar muitos indivíduos (alta infectividade), no entanto poucos adoecem (baixa patogenicidade), acredita-se que apenas 5-10% dos infectados adoecem. Essas propriedades estão relacionadas às características intrínsecas do bacilo, mas dependem, sobretudo, de sua relação com o hospedeiro e o grau de endemidade do meio. Em relação aos aspectos determinantes da susceptibilidade do indivíduo em adquirir a doença, associam-se fatores genéticos, ambientais, o estado nutricional, à vacinação contra o *Bacillus Calmette Guérin* (BCG) e a imunidade (BRASIL, 2009; MELÃO *et al*, 2011; LUNA; SABRA, 2006).

Sabe-se que uma das manifestações clínicas da hanseníase trata-se da neurite. Este quadro de neurite pode ser consequência tanto da ação do bacilo nos nervos periféricos quanto pela reação do organismo ao bacilo, ou por ambas. Manifesta-se por dor intensa e edema, e frequentemente torna-se crônica, resultando em anidrose, alopecia, perda da sensibilidade, parestesia, perda da força muscular e paralisia nas áreas inervadas pelos nervos comprometidos (CASTRO *et al*, 2009).

Estudos de Alves *et al* (2010: p.460) considera o termo incapacidade como “toda alteração anatômica ou fisiológica num indivíduo, que impede ou dificulta, total ou parcialmente, de modo permanente ou temporário, uma atividade e/ou convivência social normal”. Refere ainda que tais alterações devem ser avaliadas considerando-se a idade, padrão cultural, renda econômica e grau de instrução do indivíduo avaliado. Ressalta-se que quando a hanseníase não é diagnosticada e tratada precocemente, ela pode evoluir com diferentes tipos e graus de incapacidades físicas.



Segundo o Ministério da Saúde, os serviços de saúde devem realizar a avaliação neurológica simplificada e a determinação do Grau de Incapacidade proposto pela Organização Mundial da Saúde (GI-OMS) dos doentes com hanseníase. Tal avaliação deve ser desenvolvida nos seguintes momentos: diagnóstico; mensalmente (ou, no mínimo, semestralmente); na alta; com maior frequência durante neurites e reações; quando houver queixas do paciente (ALVES *et al*, 2010; BRASIL, 2002; LEHMAN, 1997).

Ao fim da avaliação neurológica simplificada, para avaliar o GI-OMS utiliza-se os seguintes critérios: grau 0, quando não há comprometimento neural nos olhos, nas mãos ou pés; grau I, que corresponde à diminuição ou perda de sensibilidade e grau II, que indica a presença de incapacidades e deformidades do tipo lagofalmo, garras, reabsorção óssea, mãos e pés caídos, entre outros (SOBRINHO, 2007).

Além da avaliação neurológica simplificada proposta pelo Ministério da Saúde, existe ainda a escala SALSA (Screening of Activity Limitation and Safety Awareness – Mensuração de Limitação de Atividade e Consciência de Risco). Já a Escala de Participação (EP) visa mensurar as restrições à participação em pacientes com neuropatias periféricas. Ambas foram elaboradas com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Atualmente essas escalas estão validadas para o Brasil, e estão sendo aplicadas em diferentes cenários socioculturais, em pacientes que têm ou tiveram hanseníase, diabetes e outras neuropatias periféricas (BARBOSA *et al*, 2008; IKEHARA *et al*, 2010).

A Policlínica Oswaldo Cruz é considerada referência estadual em hanseníase no estado de Rondônia, de acordo com a Portaria nº 3.125 de 07 de outubro de 2010, que aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase, deverá ser encaminhado aos serviços de referência pacientes que apresentem uma das seguintes condições: “presença de intercorrências clínicas, reações adversas ao tratamento, reações hansênicas, recidivas e necessidade de reabilitação cirúrgica, além de dúvidas no diagnóstico e na conduta” (BRASIL; 2010, p.24).

Todas as recomendações realizadas durante o tratamento da hanseníase devem ser estendidas ao período pós-alta por cura, o paciente deve ser orientado quanto à importância do autocuidado e como reconhecer sinais/sintomas de recidivas e reações hansênicas, compreendendo a magnitude do tratamento

precoce desses agravos. Ressalta-se que essas ações inserem-se no contexto do trabalho realizado pelas referências em hanseníase (BRASIL, 2010, p.18).

Considerando-se a natureza incapacitante da doença, e a importância do acompanhamento dos pacientes no período pós-alta por cura, surgiu o interesse de realização deste estudo.

Os problemas de pesquisa que orientam esta dissertação são: Qual a limitação de atividade que esses usuários apresentam? Qual a consciência de risco que eles possuem acerca de suas limitações? Como é avaliada sua participação social pela EP? Existe uma relação entre o grau de limitação mensurado pela escala SALSA com o GI-OMS?

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo geral

Avaliar os usuários no período pós-alta da hanseníase, utilizando-se a escala SALSA e de Participação.

### 1.1.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil dos pacientes no período pós-alta por cura, atendidos na Policlínica Oswaldo Cruz, identificando sexo, idade, escolaridade, ocupação e local de residência do usuário;
- Verificar e interpretar a limitação de atividades e consciência de risco do usuário através da escala SALSA;
- Avaliar a participação social dos pacientes que já tiveram hanseníase utilizando-se da escala de participação, para identificar possíveis restrições sociais;
- Mensurar o grau de incapacidades preconizado pela Organização Mundial de Saúde (GI-OMS);
- Identificar existência, ou não, de relação entre o GI-OMS e escore SALSA.

## 1.2 JUSTIFICATIVA

A hanseníase pode ocasionar grande prejuízo na qualidade de vida dos pacientes por ela acometidos, no sentido de limitar as relações interpessoais, causando um agravo no âmbito social e psicológico, originado muitas vezes do prejuízo físico e da limitação de atividades de vida diária, que por sua vez poderiam ter sido anulados ou minimizados por uma assistência com cuidados integralizados e efetivos.

No atendimento ao paciente vítima da hanseníase, a integralidade do cuidado baseia-se em um plano de assistência holístico e interdisciplinar que atenda o paciente além do seu período de tratamento com a poliquimioterapia (PQT), visto que esta doença possui natureza incapacitante e um considerável estigma associado. Dessa forma, fica evidenciado que o acompanhamento pela equipe de saúde compreende o período de diagnóstico, tratamento e também o período pós-alta, onde podem surgir os estados reacionais e seu tratamento precoce é crucial para prevenir incapacidades em hanseníase.

Hoje, após quase cinco anos de exercício profissional como enfermeira da Policlínica Oswaldo Cruz, posso afirmar que sei o quanto é importante para o paciente prevenir as tristes incapacidades ocasionadas pela hanseníase. Afirmando ainda que essas incapacidades possuem diferentes representações entre os pacientes atendidos nessa instituição de saúde.

Sou lotada no Núcleo de Enfermagem da POC, procuro sempre ter uma visão ampla dentro da instituição, procuro compreender os pacientes em suas diversas e distintas necessidades, os que procuram os serviços do programa de hanseníase são os que mais me despertam enquanto profissional, muitos procuram não falar de seus diagnósticos, outros tentam esconder as alterações dermatológicas, muitas vezes propiciadas pelo início da PQT, há os que exibem sinais de tristeza, muitas vezes devido a persistência dos agravos mesmo após a alta medicamentosa.

Não há como falar da atuação dos profissionais de saúde em hanseníase, sem mencionarmos o autocuidado e a prevenção de incapacidades, mas para planejar é preciso levantar dados, conhecer o cenário atual das incapacidades

provocadas pela hanseníase, bem como a clientela a qual será destinada as ações propostas.

A primeira vez que me senti motivada a mensurar as limitações de atividade e participação social dos usuários atendidos na POC, estava no programa de hanseníase como preceptora de acadêmicos de enfermagem da Faculdade de Rondônia (FARO), esse fato ocorreu em 2011, no ano seguinte participei da seleção de mestrado da Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR) e meu plano de trabalho ficou pronto em poucas horas, eu já sabia bem o que queria investigar.

Fiquei mais incentivada ao perceber que a literatura atual não dispõe de estudos, realizados em Rondônia, abordando a relação de incapacidades ocasionadas pela hanseníase, com as atividades de vida diária e participação social dos pacientes por elas acometidos, embora existam escalas validadas para mensuração de limitação de atividade, conhecimento de risco e participação social (SALSA e EP).

Tais escalas têm auxiliado no processo de mensuração da dimensão dos problemas relacionados a incapacidades ocasionadas pela hanseníase, além de auxiliar no monitoramento das avaliações de ações destinadas a prevenção de incapacidades e deformidades.

É de suma importância que sejam realizados estudos que visem mensurar essas incapacidades e outros prejuízos físicos e psicológicos causados pela hanseníase, e os resultados obtidos devem ser analisados cuidadosamente para que seu produto seja utilizado na elaboração de políticas públicas de saúde, no âmbito da prevenção de incapacidades e eliminação da hanseníase.

## II - REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 HANSENIASE: CONCEITOS E HISTÓRIA

É difícil afirmar com certeza, a época do aparecimento de uma doença baseada em textos antigos, a não ser que haja uma descrição razoável da mesma com citações dos aspectos que lhe são mais característicos. Se não for assim, e se nos basearmos apenas em dados fragmentários e em suposições dos tradutores daqueles textos, o assunto se torna confuso e gera uma série de falsas interpretações (OPROMOLLA, 1981, p.1).

Grande parte da dificuldade de se estabelecer a época dos primeiros casos de hanseníase, se deve ao fato de que a palavra lepra era utilizada para designar diferentes patologias dermatológicas, uma vez que os médicos antigos não tinham uma ideia exata das doenças de manifestações cutâneas. A palavra lepra incluía além da hanseníase, doenças como o líquen, a psoríase, a escabiose e o impetigo. (EIDT, 2004, p.77).

Acredita-se que a hanseníase seja uma das moléstias mais antigas que acometem a humanidade, ela tem uma história muito conhecida pela sociedade, como sendo incurável, contagiosa e acompanhada por um grande estigma, marcada por medo, preconceito e discriminação. Existem referências remotas que datam de 600 a.C., de que a Ásia, juntamente, com a África, podem ser consideradas o berço da doença (BRASIL, 2001; FOCACCIA, 2009; HINRICHSEN, 2005; MENDES, 2004).

O bacilo foi descoberto em 1873, pelo médico norueguês Gerhard Amaneur Hansen. Em homenagem ao seu descobridor, o bacilo é também chamado de bacilo de Hansen. A doença era popularmente conhecida como lepra. Diante deste termo “lepra”, a população que desconhecia o modo de transmissão da doença, discriminava as pessoas que eram atingidas, pois, era considerada uma doença contagiosa, mutilante e incurável, provocando uma atitude preconceituosa de rejeição e discriminação de seu portador, sendo este, normalmente, excluído da sociedade. Tal fato motivou a substituição do termo lepra por hanseníase em 1995 (BRASIL, 2008a).

Durante anos, as pessoas portadoras da hanseníase eram excluídas pela sociedade, viviam em verdadeiros depósitos denominados leprosários/asilos-

colônia/Lazaretos e lá eram esquecidas pelas famílias e pelo meio social a qual pertenciam. A repercussão desta doença deve-se ao fato de ser uma doença de pele contagiosa (quando não tratada precocemente, o portador da forma multibacilar da doença pode transmiti-la a outros indivíduos), seu agente etiológico tem afinidade pelos nervos periféricos, causando incapacidades que se não tratadas culminarão em deformidades no indivíduo infectado (MENDES, 2004).

Admite-se que o ser humano seja o reservatório natural do bacilo e a fonte de infecção, sendo que esta ocorre pelo contato direto íntimo e prolongado com o doente de hanseníase multibacilar não tratado (considera-se este, um portador de bacilos viáveis) ou com bacilos resistentes às drogas administradas (FOCACCIA, 2009).

A moléstia se manifesta, inicialmente, no sistema nervoso periférico e tende a progredir, acometendo outros órgãos. A primeira evidência clínica da moléstia é a perturbação do tato, denominada disestesia cutânea, que é caracterizada por distúrbios na sensibilidade tátil. Sucessivamente aos primeiros sinais, ocorrem alterações da sensibilidade térmica, iniciando-se com uma sensibilidade excessiva a qualquer estímulo (hiperestesia), seguida da diminuição excessiva desta sensibilidade (hipoestesia) e após vários meses identifica-se um estado de anestesia (FOCACCIA, 2009).

A profilaxia da hanseníase visa o controle da doença, obtido principalmente por meio de diagnóstico precoce e do tratamento adequado, além de medidas de educação sanitária que visem interromper o ciclo de transmissão deste agravo (HINRICHSEN, 2004).

As equipes de saúde podem atuar no combate à hanseníase, podendo suas atribuições incluir a mobilização social quanto ao entendimento da história da doença, utilizando-se de campanhas e palestras, para dessa forma diminuir o estigma relacionado a moléstia; atuar na busca ativa de casos, priorizando a detecção e o tratamento precoce como uma forma de profilaxia; orientar os pacientes quanto a necessidade de atenção com os pés e mãos, quando estes apresentarem hipoestesias; incentivar a vacinação com BCG nos casos previstos pelo Ministério da Saúde, uma vez que esta reduz o potencial de infecção, podendo oferecer proteção variável entre 34 a 80% (COLOMBRINI; MUCKE; FIGUEIREDO, 2006; FOCACCIA, 2009).

Outra ação a ser realizada pela equipe de saúde se refere à vigilância epidemiológica da hanseníase, sendo que esta se baseia principalmente na análise dos dados coletados nos serviços de saúde e na população adscrita, através de indicadores epidemiológicos e operacionais, visando um novo planejamento de ações a serem executadas. Quanto a esta coleta de dados, citada anteriormente, a fonte mais comum trata-se das notificações, uma vez que a hanseníase é um agravo de notificação compulsória (CUNHA, 2007).

A vigilância epidemiológica da hanseníase é feita por meio de um conjunto de medidas que fornecem informações sobre a doença e sua evolução. Tais informações são analisadas e utilizadas para sugerir, exercer e analisar o controle das atividades. Essa vigilância deve ser concreta e ligeira, proporcionando informações, detecção e prevenção, com o objetivo de informar e apresentar atividades que serão benéficas no controle dos agravos, buscando prover um norteamento técnico (BRASIL, 2001; ROUQUAYROL; GURGEL, 2013).

O Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) têm como uma de suas finalidades disponibilizar dados coletados através das fichas de notificações de agravos compulsórios. Tais dados são apresentados utilizando dois indicadores, sendo eles, taxa de prevalência e taxa de detecção da doença.

A taxa de prevalência tem como finalidade medir a carga e a magnitude da doença em determinado período, sendo que esta é calculada através da razão entre os casos residentes em curso, pela população residente do ano de avaliação multiplicada por 10.000. Já a taxa de detecção, tem como finalidade determinar a tendência de progressão da endemia e medir a intensidade das ações para a detecção de casos novos, é calculada através da razão entre os casos novos residentes diagnosticados no ano da avaliação, pela população residente do ano de avaliação multiplicado por 10.000 (BRASIL, 2001).

### **2.1.1 Classificações e manifestações clínicas**

A doença já teve várias propostas de classificação, o Quadro 1 apresenta a trajetória histórica da classificação da hanseníase.



**QUADRO 1** – Trajetória histórica da classificação da hanseníase considerando-se autor, data e proposta de classificação

<b>Autor</b>	<b>Data</b>	<b>Classificação proposta</b>
Compêndio médico indiano	500 a.C.	Forma com nódulos e ulcerações Forma com anestesia e deformidades
Danielson e Böeck (publicaram um livro sobre hanseníase)	1848	Forma nodular Forma anestésica
Hansen e Loft	1895	Forma tuberosa Forma maculoanestésica
Neisser	1903	Forma tuberosa Forma <i>cutanae</i> Forma <i>nervorum</i>
Conferência de Manila	1931	Tipo cutâneo Tipo neural Tipo misto
Congresso Internacional de Lepra do Cairo	1938	Lepromatosa Neuromacular simples Neuromacular tuberculóide Neuroanestésico
Congresso Internacional em Havana (Classificação Sul-americana)	1948	Grupo indeterminado Grupo polar tuberculóide Grupo polar lepromatoso
Congresso de Madri (classificação oficial)	1953	Tipo polar tuberculóide Tipo polar lepromatoso Indeterminado Dimorfo ( <i>borderline</i> )
Ridley e Jopling (classificação para pesquisas)	1962 e 1966	Tuberculóide polar (TTP) Virchowiano polar (VVp) Indeterminado Tuberculóide secundário (TTs) Dimorfo tuberculóide (HDT) Dimorfo-dimorfo (HDD) Dimorfo virchowiano (HDV)

		Virchowiano subpolar (VVs)
Organização Mundial da Saúde (classificação operacional)	1982	Paucibacilar Multibacilar

Fonte: Baseado no texto de Margarido e Rivitti (2009).

A classificação operacional proposta pela OMS e adotada pelo Ministério da Saúde no Brasil, visa facilitar ações do programa de controle da hanseníase, em especial a adoção da PQT. Esta classificação divide as formas clínicas em paucibacilares (PB) (indeterminada e tuberculóide) e multibacilares (MB) (dimorfa e virchowiana). As formas MB representam os casos bacilíferos da doença, ou seja, apresentam potencial de transmissão a indivíduos susceptíveis. Nesta classificação admite-se que a manifestação da hanseníase pode ocorrer de quatro formas clínicas distintas, sendo elas: indeterminada, tuberculóide, dimorfa e virchowiana. (FIGUEIREDO, 2012).

A hanseníase pode acometer diversas estruturas, dentre elas destacam-se a pele, nervos periféricos, olhos, além da mucosa do trato respiratório. A susceptibilidade é universal e seu período de incubação é longo, abrangendo geralmente de dois a sete anos, embora existam relatos de incubações de sete meses e outras com mais de 10 anos de duração. Ressalta-se que a incubação da forma tuberculóide tende a ser um período mais curto quando comparada às formas multibacilares (FIGUEIREDO, 2012; ROUQUAYROL; GURGEL, 2013).

A transmissão ocorre de pessoa a pessoa, através de contato prolongado com pacientes multibacilares não tratados, a principal via de eliminação do bacilo é pelas vias aéreas superiores, que também representam a principal porta de entrada do agente etiológico. Acredita-se que o bacilo também possa infectar indivíduos susceptíveis que apresentem soluções de continuidade na pele (FIGUEIREDO, 2012; ROUQUAYROL; GURGEL, 2013).

Nos casos diagnosticados é comum ser observado um contato domiciliar com indivíduo doente, entretanto, 70 a 80% dos casos identificados em zonas endêmicas não apresentam histórico de contato domiciliar ou outro contato com indivíduos doentes, este achado sugere outras formas possíveis de transmissão (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2006).

Dentre as manifestações clínicas apresentadas pelos pacientes com hanseníase, destacam-se as manchas hipocrômicas ou eritematosas, lesões pré-

foveolares ou foveolares com perda de sensibilidade bem definida, além de comprometimento de troncos nervosos causando diminuição da força de músculos (face, mão e pé) e hiperestesia seguida por hipoestesia e após vários meses anestesia (FOCACCIA, 2009; ROUQUAYROL; GURGEL, 2013).

A forma indeterminada representa o quadro inicial da doença, e se não tratada precocemente pode evoluir para as outras formas clínicas. Luna e Sabra (2006) discorrem sobre a correlação nítida entre imunidade-paciente-forma clínica da hanseníase, já que ao entrar no organismo o bacilo passará pelos gânglios linfáticos, onde o sistema imunológico poderá eliminar o agente agressor, na maioria das vezes os bacilos se disseminarão pela corrente sanguínea alcançando pele, nervos periféricos e posteriormente vísceras.

Geralmente os casos indeterminados apresentam máculas hipocrômicas com bordas que não apresentam delimitações nítidas, podendo ainda apresentar áreas com hipoestésias, a única sensibilidade alterada é a térmica. Na maioria dos casos da forma indeterminada a sensibilidade tátil e dolorosa apresentam preservadas (LUNA; SABRA, 2006).

Já os casos da forma tuberculóide apresentam perda de sensibilidade térmica, dolorosa e em algumas lesões, em especial as mais antigas, pode ser identificada a perda de sensibilidade tátil. Observa-se ainda a ausência de pelos sobre a lesão, além da diminuição da sudorese. Nesta forma clínica pode haver comprometimento dos troncos nervosos, causando inclusive necrose caseosa do nervo, há casos em que a hanseníase tuberculóide manifesta-se puramente através do acometimento neural, quando isso ocorre é denominada “neural pura” (LUNA; SABRA, 2006).

Os pacientes identificados com a forma clínica virchowiana comumente apresentam infiltrados na face (face leonina), perda de cílios e da sobrancelha (madarose). A doença pode causar infiltração das mucosas nasais, orofaríngea e ocular, ocasionando sintomas semelhantes a gripe (LUNA; SABRA, 2006).

A forma clínica dimorfa é subdividida em: dimorfa-dimorfa (HDD); dimorfa-tuberculóide (HDT); dimorfa-virchowiana (HDV). Os casos HDD caracterizam-se por lesões foveolares, geralmente de coloração ferrugínea. Já a forma HDT caracteriza-se por inúmeras lesões (geralmente de cinco a 25), semelhantes às da forma clínica HT, seguidas de acometimento de vários troncos nervosos. A forma HDV apresenta-se por lesões infiltradas com limite externo pouco delimitado, além de nódulos.

Existe um grave risco de deformidade quando o paciente apresenta a forma HDV ou HDT (LUNA; SABRA, 2006).

### 2.1.2 Diagnóstico

O diagnóstico é realizado mediante histórico epidemiológico do paciente, anamnese e exame físico de qualidade, podendo ser complementados por outros procedimentos, sendo eles, teste de histamina, prova de pilocarpina, baciloscopia de linfa, exame histopatológico e teste de Mitsuda. Durante o exame físico deve-se realizar os testes de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil. Em pacientes não colaborativos estes testes podem ser inviáveis (LUNA; SABRA, 2006).

O teste de histamina é realizado nas áreas suspeitas de lesões e em áreas saudáveis da pele. No tecido comprometido pelo bacilo não é observado presença de halo eritematoso e surgimento de pápula. A prova de pilocarpina em áreas lesionadas pelo *Mycobacterium leprae*, não produz sudorese local, como ocorre em pele saudável. Outra forma de auxílio diagnóstico trata-se da baciloscopia de linfa, neste exame coleta-se o material nos lobos auriculares, cotovelos e duas áreas infiltradas.

Em casos de diagnóstico diferencial pode ser solicitado o exame histopatológico, que se baseará em biopsia de tecidos com suspeita de manifestação da doença, avaliado por patologista experiente, vale ressaltar que este exame é considerado o melhor método para diagnóstico da hanseníase (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2006; CHIN, 2002; LUNA; SABRA, 2006).

O teste de Mitsuda, não visa diagnosticar a doença, ele é utilizado para avaliar a resistência do indivíduo ao bacilo. No Brasil, entre os doentes, há predomínio de Mitsuda negativo (- - -), este resultado associa-se a casos MB, enquanto os casos Mitsuda positivo (+++) relaciona-se a casos de doentes com forma PB. Esta relação é explicada pela evolução da infecção dentro do organismo humano ser inversamente proporcional à resistência do indivíduo (imunidade celular específica contra o bacilo de Hansen) (FOCACCIA, 2009; LUNA; SABRA, 2006).

### 2.1.3 Tratamento

A poliquimioterapia (PQT) foi instituída pelo Ministério da Saúde no Brasil a partir de 1991, antes deste período o tratamento era realizado com sulfona, o que representava longos períodos de terapêutica e geralmente índices consideráveis de abandono. Ressalta-se que antes de 1950, não havia tratamentos medicamentosos para a hanseníase. (FIGUEIREDO, 2012)

De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde (2002), o tratamento é realizado ambulatorialmente, considerando-se a classificação operacional da hanseníase. Nos casos paucibacilares (indeterminada e tuberculóide) os pacientes devem ser tratados utilizando-se de rifampicina (600mg mensais – dose supervisionada) e dapsona (100mg mensais – dose supervisionada e 100mg diariamente autoadministrados) durante seis meses. Já nos casos multibacilares (dimorfa e virchowiana) os pacientes deverão receber as mesmas medicações dos casos paucibacilares acrescidas de clofazimina (300mg mensais – dose supervisionada e 50mg diariamente autoadministrados), ressalta-se que o tratamento dos pacientes multibacilares estende-se por 12 meses.

Pacientes PB que não completarem o esquema em até nove meses deverão ser avaliados quanto a necessidade de reiniciar o tratamento com a PQT ou a possibilidade de reaproveitar alguma dose. O mesmo poderá ocorrer com os pacientes MB que não completarem o esquema em até 18 meses (BRASIL, 2009).

Em casos de pacientes com forma PB, apresentando lesão única e ausência de comprometimento de troncos nervosos a OMS recomenda o esquema ROM. Neste esquema três medicações são administradas por via oral em dose única, sendo elas, rifampicina 600mg, ofloxacina 400mg e minociclina 100mg (LUNA; SABRA, 2006).

As medidas de controle da doença abrangem diversas ações dos profissionais de saúde, principalmente as que objetivem o diagnóstico precoce, sejam através de busca ativa, avaliações de contatos domiciliares, administração de BCG-ID, atendimento à população privada de liberdade, atentando-se sempre ao índice de adesão ao tratamento, evitando abandonos. Estudos apontam que a vacinação com BCG reduz consideravelmente a incidência da HT (CHIN, 2002; ROUQUAYROL; GURGEL, 2013).

Os contatos intradomiciliares do paciente com hanseníase devem ser avaliados inicialmente e depois anualmente por cinco anos. No Brasil é preconizada a vacinação dos contatos com até duas doses de BCG, já nos Estados Unidos não se recomenda a profilaxia desses casos. Ressalta-se que estudos realizados acerca da proteção oferecida pela vacina, constataram que é de aproximadamente 50% após a primeira imunização, podendo aumentar com doses adicionais da vacina (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2006; BRASIL, 2002).

Deve-se discutir ainda abordagens eficazes no que tange a prevenção de incapacidades físicas e psicossociais, visto que estas representam problema de saúde pública, que influenciam diretamente nas atividades laborais desenvolvidas pelos pacientes além do convívio social.

#### **2.1.4 Estados reacionais**

Denomina-se estados reacionais os fenômenos inflamatórios agudos ou subagudos que acometem os pacientes com a moléstia de Hansen (MH), seja no período que antecede o diagnóstico, durante o tratamento ou no período pós-alta medicamentosa (MARGARIDO; RIVITTI, 2009).

Os estados reacionais são classificados em tipo I (reação reversa - RR) e tipo II (eritema nodoso hansênico – ENH). A do tipo I é caracterizada pelo eritema e edema das lesões existentes, além do possível surgimento de novas lesões. Pode ocorrer neurite pelo comprometimento dos troncos nervosos, embora a neurite se manifeste por dor intensa e espessamento dos nervos, há casos de neurites indolores (neurite silenciosa) (LUNA; SABRA, 2006).

Reações do tipo I podem ser de piora ou de melhora. Quando o paciente apresenta reações de piora do tipo I, denomina-se reação de degradação (down grading reaction), enquanto que nos casos que apresentam reações de melhora do tipo I denomina-se reação inversa, ou reação reversa (reversal reaction) (MARGARIDO; RIVITTI, 2009).

O tratamento das RR incluem o uso de prednisona na dose de um a dois mg/kg/dia, além de orientações quanto a prevenção de incapacidades (BRASIL, 2009).

As reações do tipo II, acontecem nos casos HD e HV, comumente afetam a face do paciente, podendo cursar com ulcerações e necrose. As complicações do ENH incluem: febre, orquite, artralgia, artrite e hepatoesplenomegalia (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2006; LUNA; SABRA, 2006).

Quando considerada a classificação de Madri na hanseníase, relaciona-se a RR às reações da lepra *borderline* e o ENH às reações da lepra lepromatosa, visto que pacientes com RR comumente apresentam algum grau de imunidade celular, e o ENH ocorre mediado por imunocomplexos que ocorrem nos pacientes com a forma clínica HV e HDV (CHIN, 2002; MARGARIDO; RIVITTI, 2009).

O tratamento do ENH inclui o uso de talidomida na dose de 100 a 400mg/dia, mas deve-se levar em consideração o grau de teratogenia de tal droga. Nos casos onde a talidomida seja contraindicada poderá ser prescrito a prednisona na dose de um a dois mg/kg/dia, não se esquecendo da importância da prevenção de incapacidades (BRASIL, 2009).

É de suma importância diferenciar estados reacionais de possíveis recidivas da doença. As consequências da neurite hansênica podem ser observadas de acordo com o tronco nervoso acometido, os distúrbios sensitivos podem ser identificados através da presença de mão em garra, pé caído, lagoftalmo, além da diminuição da sensibilidade da córnea. São avaliados ainda os distúrbios tróficos como o mal perfurante plantar e a reabsorção óssea dos dígitos (BRASIL, 2009; LUNA; SABRA, 2006)..

## 2.2 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADES EM HANSENÍASE

O grande potencial incapacitante da MH relaciona-se ao comprometimento neural provocado pelo bacilo, portanto a PQT isoladamente não garantirá a prevenção de incapacidades e posteriores deformidades no doente (MARGARIDO; RIVITTI, 2009).

Pacientes com hanseníase podem apresentar complicações devido a reações imunes e envolvimento de nervos e possíveis áreas com anestesia, o que geralmente proporciona traumas não reconhecidos, ulcerações, fraturas e reabsorção óssea (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2006).

### 2.2.1 Grau de incapacidade proposto pela Organização Mundial da Saúde (GI-OMS)

Para identificar o grau de incapacidade é necessário avaliar a sensibilidade dos olhos, mãos e pés. Nãoos mãos e pés recomenda-se o uso dos monofilamentos de Semmes-Weinstein, já na avaliação da sensibilidade dos olhos deve ser utilizado fio dental sem sabor, medindo 5cm livre. Na ausência dos monofilamentos pode ser utilizada uma caneta esferográfica (BRASIL, 2009).

O conjunto de monofilamentos de Semmes-Weinstein é composto por seis monofilamentos (0,05g; 0,2g; 2g; 4g; 10g; 300g), é considerada diminuição de sensibilidade quando o paciente não responde quando tocado com o monofilamento igual ou mais pesado que o de 2g (BRASIL, 2009).

A avaliação do grau de incapacidade deve ser realizada no momento do diagnóstico (início do tratamento) e no momento da alta. O GI-OMS é considerado um indicador que auxilia na avaliação de programas de controle da hanseníase, já que comparações entre o GI-OMS da alta e do diagnóstico evidenciarão melhora ou piora do quadro, em casos de piora, sugere que o paciente não tenha sido acompanhado adequadamente pelos serviços. Pode ser utilizado ainda, para inferir sobre diagnósticos precoce e tardio, já que deformidades no momento do diagnóstico sugerem diagnóstico tardio (BRASIL, 2008a).

Os critérios utilizados para avaliar o grau de incapacidade proposto pela Organização Mundial da Saúde (GI-OMS) estão apresentados no Quadro 2.

**QUADRO 2 – Critérios de avaliação do grau de incapacidade**

<b>Grau</b>	<b>Características</b>
0	Nenhum problema com olhos, mãos e pé, devido a hanseníase.
I	Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos, mãos e/ou pés.
II	Presença de incapacidades e deformidades. Olhos: lagoftalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m de distância. Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída. Pés: lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contratura do tornozelo.

Fonte: BRASIL, 2009.



Para realizar a avaliação do GI-OMS é necessário uma inspeção do indivíduo, muita atenção com olhos, mãos e pés, executar teste de sensibilidade utilizando-se do conjunto de monofilamentos, avaliar acuidade visual e mobilidade articular (BRASIL, 2008a).

Em casos de lagofalmo o paciente é orientado a utilizar lubrificantes oculares, proteger os olhos durante o dia e noite, além de piscar com frequência. Enquanto os pacientes com triquíase devem retirar o cílios em atrito com a região corneana sempre que necessário (BRASIL, 2008a).

### **2.2.2 Escala SALSA**

A escala SALSA (Screening of Activity Limitation and Safety Awareness – Triagem de limitação de atividade e consciência de risco) (ANEXO B) é composta por 20 perguntas, e tem como objetivo mensurar a limitação de atividade e avaliar consciência de risco ao executar exercícios que podem aumentar o grau de incapacidade ou deficiência do indivíduo, além de comprometer sua segurança (BATISTA, 2010; BRASIL, 2008a).

Tal escala foi desenvolvida com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para ser aplicada a pacientes que apresentam neuropatias periféricas como a hanseníase e o diabetes mellitus. Durante a aplicação da escala o entrevistador não deverá interferir ou induzir respostas para o paciente, visto que o objetivo é compreender o grau de comprometimento entre as limitações e as atividades que o paciente desenvolve em seu cotidiano (IKEHARA, 2010).

A escala SALSA abrange cinco domínios envolvendo olhos, mobilidade (pés), autocuidado (pés), destreza e trabalho manual (mãos), e gera um escore final, que varia de 1 a 80 (1-24: sem limitação; 25-39: limitação leve; 40-49: limitação moderada; 50-59: limitação severa; 60-80: limitação muito severa). De uma forma geral, um escore baixo indica pouca dificuldade com atividades de vida diária, enquanto que escores mais altos indicam níveis crescentes de limitação de atividade funcional (IKEHARA, 2010).

Já o escore da consciência de risco é calculado separadamente do escore SALSA por meio do somatório das opções demarcadas com círculo nas colunas “não consigo fisicamente” com “evito por causa do risco”. O escore de consciência de risco será um valor que varia de 0 a 11. Valores mais altos indicam uma consciência crescente dos riscos envolvidos em certas atividades, mas também indicam que há uma limitação de atividade devido a esse fato (BATISTA, 2010; BRASIL, 2008a).

A escala SALSA está validada no Brasil, e apresenta a vantagem de mensurar a consciência de risco, que por sua vez pode auxiliar na avaliação das ações voltadas ao incentivo do autocuidado (BATISTA, 2010; BRASIL, 2008a).

### **2.2.3 Escala de participação (EP)**

A escala de participação utiliza o conceito de par, ou seja, pede-se que o indivíduo pense em alguém, real ou imaginário, com características semelhantes às dele (idade, sexo, renda.), porém sem a doença ou suas deficiências, e partir daí responderá os questionamentos feitos pela escala comparando-se ao par escolhido (BRASIL, 2008a).

Muita atenção deve ser dispensada quando o paciente responder “não” ao questionamento feito, visto que ele pode não desenvolver determinada atividade por não gostar e não necessariamente porque não consegue, ou se sente estigmatizado devido à hanseníase.

O escore da escala de participação, pode variar de 0-90 e são classificados da seguinte forma: (0-12: sem restrição significativa; 13-22: restrição leve; 23-32: restrição moderada; 33-52: restrição severa; 53-90: restrição extrema) (IKEHARA *et al*, 2010).

De acordo com Brasil (2008a) para que sejam alcançados os seus objetivos, a escala de participação deve ser aplicada tomando-se alguns cuidados, como:

- Estabelecer uma comunicação com o paciente antes de iniciar as perguntas, utilizando-se ainda do saber ouvir;
- Manter comportamento ético frente as respostas e posicionamento do paciente perante as questões da escala;

- Ambiente que assegure privacidade para o paciente e, sobretudo, conforto;
- Todas as perguntas deverão ser apresentadas aos pacientes assim como estão escritas, não podendo presumir respostas, não realizar determinada pergunta, interpretar as perguntas para o paciente, nem alterar a ordem das mesmas.

### 2.3 PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES EM HANSENÍASE

Por acometer nervos periféricos, a hanseníase é considerada uma doença com alto poder incapacitante, podendo causar neurites periféricas, diminuição da força muscular, atrofia e até paralisias de membros. Isto ocorre devido à predileção do bacilo pelas células de Schwann que envolve os axônios dos nervos periféricos (BRASIL, 2002; FOCACCIA, 2009).

Neste contexto é de vital importância que os profissionais de saúde identifiquem o grau de conhecimento do paciente acerca da hanseníase e o orientem quanto a ação do bacilo no organismo humano e as formas de prevenção de incapacidades causadas por tal agente agressor. Vale ressaltar que neste momento de comunicação entre profissional e paciente devem ser identificados possíveis preconceitos ou informações errôneas relacionadas à doença.

As incapacidades provocadas pela hanseníase devem ser avaliadas de forma especial nas mãos, pés e face. Quando instaladas, as incapacidades poderão evoluir para deformidades, tais alterações físicas interferem diretamente no desenvolvimento das atividades de vida diária, atividades laborais e convívio social. Portanto, prevenir incapacidades em hanseníase trata-se de uma ação extremamente importante, visto que reduzirá danos ocasionados pela doença (MARGARIDO; RIVITTI, 2009).

Estas ações de prevenção são norteadas pela redução do tempo da ação do bacilo sobre o organismo humano e da ação imunológica inflamatória, portanto, incluem diagnóstico precoce, PQT iniciada adequadamente sem interrupções ou abandono, tratamento precoce dos estados reacionais e reabilitação física. Acrescenta-se ainda a reabilitação psicossocial (MARGARIDO; RIVITTI, 2009).

Neste contexto de prevenção de incapacidades insere-se ainda a importância de adaptações de calçados, órteses e próteses, visando evitar que incapacidades existentes se acentuem (MARGARIDO; RIVITTI, 2009).

O diagnóstico precoce pode ser estabelecido com a avaliação dos contatos intradomiciliares, ou seja, os indivíduos que residem ou residiram com o sujeito doente nos últimos cinco anos. A esses contatos é indicado duas doses da vacina BCG-ID com intervalo de seis meses entre as doses caso não apresentem cicatriz vacinal. Aos que tenham a cicatriz vacinal com histórico de uma dose administra-se mais uma, e caso o contato já tenha recebido duas doses da vacina BCG-ID não se administra doses adicionais (MARGARIDO; RIVITTI, 2009).

As ações devem ser realizadas pelos três níveis de atenção à saúde e não devem ser dissociadas da PQT. À atenção primária é atribuída as ações preventivas, à média complexidade cabe a reabilitação dos pacientes que já possuam incapacidades instaladas, além da avaliação de casos especiais, incluindo os que apresentam resistência a PQT padronizada pelo MS, e à alta complexidade cabe as possíveis cirurgias que objetivam corrigir, ou minimizar incapacidades e deformidades ocasionadas pela MH (neurolise, cirurgia plástica, dentre outras intervenções) (BRASIL, 2009; MARGARIDO; RIVITTI, 2009).

É de suma importância a realização da avaliação neurológica no momento do diagnóstico, a cada três meses se o paciente não possuir queixas, no momento da alta, sempre que o paciente se queixar de sintomas sugestivos de comprometimento neural (dor, fraqueza muscular, parestesias) e demais situações em que os profissionais julguem necessário (BRASIL, 2009).

As ações preventivas podem ser trabalhadas utilizando-se da educação em saúde, através de um contato profissional-população com orientações que possibilitem o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas da doença e de estados reacionais, importância da lubrificação ocular, hidratação da pele, modificação de calçados e prevenção de ulcera plantar (MARGARIDO; RIVITTI, 2009).

Prevenir incapacidades além de proporcionar melhor qualidade de vida ao paciente vítima da hanseníase (manutenção de sua capacidade para o desempenho de atividades de vida diária e atividades laborais) contribui com a redução do estigma que ainda persiste em alguns grupos acerca da doença. Não se deve

compreender a hanseníase apenas como um problema de saúde pública, deve-se visualizá-la ainda como um problema social.

## 2.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM HANSENÍASE: A IMPORTÂNCIA DO AUTOCUIDADO

O autocuidado é uma ferramenta fundamental para a prevenção e a cura da enfermidade, os profissionais de saúde devem propiciar medidas educativas e orientações que estimulem um processo contínuo de cuidados com a pessoa doente, oferecendo uma assistência humanizada, sendo flexíveis, bons ouvintes e habilidosos na solução de problemas. Panfletos adaptados à realidade local podem ser utilizados para ajudar o aprendizado dos pacientes e da comunidade.

O autocuidado é o cuidado que você tem com você mesmo. É um dever que você tem para com a sua saúde. São procedimentos, técnicas e exercícios que as próprias pessoas podem fazer para prevenir incapacidades ou impedir que elas piorem (BRASIL, 2008a; p.37).

“Autocuidado são procedimentos e exercícios que a própria pessoa, devidamente orientada e supervisionada, pode e deve realizar, para prevenir incapacidades e deformidades” (BRASIL, 2001, p.53).

“O processo de educação em saúde deve ser iniciado desde o momento da chegada do usuário à unidade” (BRASIL, 2008; p.73 e 106). A orientação quanto ao autocuidado deve ser iniciada logo após o diagnóstico, e inclui o momento em que o profissional explica como tomar o remédio, a importância da tomada contínua, da dose supervisionada, que não é aconselhável beber álcool pela sobrecarga para o fígado (se o paciente é alcoólatra, sugere-se que procure apoio em serviços especializados, como por exemplo, o CAPS – Alcool e Drogas). Outro cuidado trata-se do momento em que o paciente recebe a notícia de que tem a doença, pois, embora a hanseníase seja uma moléstia que acomete a humanidade há muitos séculos, ainda existe pessoas com conceitos errôneos e preconceituosos acerca deste agravo.

As ações de cunho educativo realizadas no controle da hanseníase devem contar com a participação do paciente, de sua família, possíveis cuidadores e comunidade, esses agentes sociais devem compreender a importância de diversas

ações realizadas pelos profissionais, como a busca ativa de casos novos focando o diagnóstico precoce, prevenção e tratamento de incapacidades físicas, além do combate ao estigma evitando dessa forma que o indivíduo enfrente uma exclusão social.

No momento da cura, deve-se orientar o paciente sobre a possibilidade do surgimento de episódios reacionais, mesmo após essa alta, quando deve procurar imediatamente a atenção do serviço de saúde para evitar sequelas. Orientar, sempre, o paciente na prática do auto-cuidado (BRASIL, 2009; p.394).

É importante que o paciente compreenda que no período pós-alta da hanseníase podem surgir dores (possíveis neurites), diminuição de sensibilidade, diminuição de força muscular e até mesmo incapacidade para realização de atividades laborais. Na vigência desses quadros é de suma importância que ele retorne ao serviço de saúde para avaliação com uma equipe especializada que identificará a presença de incapacidades e/ou deformidades e será iniciado o tratamento mais adequado ao quadro do mesmo. Neste contexto é de suma importância que o paciente esteja cuidando de si, pois desta forma ele será capaz de identificar tais lesões de forma precoce, o que significa um bom prognóstico.

Não basta você ensinar ao paciente como ele deve cuidar do pé, como passar a lixa, o óleo para evitar a rachadura. Você tem que mostrar como se faz, para ele ver. Eu sempre tenho no consultório uma bacia, lixa, toalha, óleo, e digo, venha cá, vamos fazer juntos. Faço em um pé mostrando a ele como se faz. Depois peço para ele fazer. E assim ele realmente aprende como é e vai poder fazer sozinho, em casa (BRASIL, 2008, p.12).

Mostrar ao portador de Hanseníase a importância do autocuidado com seu corpo, exige um planejamento acerca da assistência a ser prestada, ações que devem ser pensadas previamente e discutidas com a equipe de saúde, não se limitando apenas à equipe do programa de controle da hanseníase. Cada paciente exige uma abordagem distinta, e cabe aos profissionais de saúde estar aptos para acolherem estes pacientes bem como suas dúvidas, medos e anseios.

Nesse contexto, vale ressaltar que o profissional deve estabelecer uma comunicação bidirecional, ou seja, não se deve apenas falar as informações, deve-se certificar que o paciente está compreendendo o que ora está sendo exposto.

## 2.5 O ISOLAMENTO DO PACIENTE COM HANSENÍASE NOS DIAS ATUAIS

A história da hanseníase é uma trajetória envolvida por sofrimento, abandono, deformidades e problemas psicossociais. Os indivíduos vítimas deste agravo foram por muito tempo segregados em asilos/colônias, onde viam seus corpos serem mutilados pela doença. O tempo passou, descobriu-se a verdadeira forma de transmissão da doença além dos medicamentos que proporcionam a cura, mas a visão preconceituosa, que relaciona a hanseníase a símbolos negativos, observada desde tempos remotos persistiu a toda essa história e ainda hoje é possível identificar indivíduos que sofrem com este isolamento social, interferindo em seus cotidianos (BOTI; AQUINO, 2008; FIGUEREDO, 2012).

Nos dias atuais evita-se o termo lepra, por ser considerado um termo pejorativo, estigmatizante e marginalizante, sobretudo sob a ótica do doente e da família, isso ocorre devido a nomenclatura imprimir um conceito de imoralidade, pecado, reforçado pelo antigo testamento da bíblia, onde a doença é referida como punição divina (FOCACCIA, 2009).

Receber o diagnóstico de hanseníase muitas vezes desencadeia um complexo processo de compreensão da doença. Muitas vezes esse processo é permeado por auto preconceito e/ou questionamentos quanto à patologia, como é o seu modo de transmissão, como será sua vida com a doença, se ele(a) vai transmitir a doença à família ou aos seus entes queridos. Neste cenário muitas vezes é identificado um desconhecimento acerca da doença e ideias antigas e preconceituosas que poderão culminar com o seu afastamento das pessoas de seu convívio social (FIGUEREDO, 2012; SANGI *et al*, 2009).

Estar com hanseníase modifica a dinâmica de vida do indivíduo em relações mais íntimas estabelecidas dentro de sua família, do seu ambiente profissional e até mesmo relações mais distantes dentro da sociedade. O estigma e o processo de exclusão social, na maioria das vezes é o resultado de manifestações externas da hanseníase, às quais se tornam visíveis devido ao grande período de incubação e principalmente ao diagnóstico tardio (BITTENCOURT *et al*, 2010; LANA; CARVALHO; DAVI, 2011).

Embora a hanseníase tenha cura nos dias atuais, não se pode negar o potencial incapacitante desta doença, principalmente em pacientes que vivenciam

estados reacionais. Estes estados tratam-se de uma resposta do sistema imunológico ao agente etiológico da doença (*Mycobacterium leprae*) seja em seu estado íntegro ou fragmentado. Essa resposta se exterioriza como manifestações inflamatórias agudas e subagudas, que podem ocorrer mais frequentemente nos casos multibacilar. Elas podem ocorrer antes (colaborando com a suspeita diagnóstica de hanseníase), durante ou depois do tratamento com Poliquimioterapia (BRASIL, 2011; SANGI *et al*, 2009).

As incapacidades da hanseníase podem acarretar diversos problemas, dentre eles a diminuição da força para o trabalho, limitação da participação social além de problemas psicológicos. Pesquisa de Sangi *et al* (2009) identificou através do método história de vida, que na maioria das falas de pacientes que tiveram hanseníase existia preocupações relacionadas à inserção no mercado de trabalho, relatam a questão do desemprego ocasionado ora por incapacidade para o trabalho e ora por preconceitos dos empregadores.

Neste contexto é de suma importância que o indivíduo conheça os seus direitos em relação ao acesso ao trabalho bem como sobre os benefícios oferecidos pelo Ministério da Previdência Social, que podem incluir desde benefícios temporários até aposentadorias nos casos onde as deformidades forem incompatíveis com o trabalho (BRASIL, 2008b).

Este trabalhador deve ser orientado e incentivado à sua readaptação para reinserção no mercado de trabalho, para tal é necessário ações interdisciplinares que objetivem a reabilitação deste indivíduo e sua compreensão quanto à hanseníase. Há indivíduos que ocultam o corpo na tentativa de esconder a doença e há relatos ainda de profissionais da saúde que orientam esta ocultação para evitar o isolamento social do indivíduo, baseando-se também na afirmativa de que o paciente, vítima de hanseníase, sofre discriminação ocupacional (BITTENCOURT *et al*, 2010).

Em algumas situações a atividade laboral desenvolvida pelo paciente trata-se de um fator agravante na progressão da incapacidade. Em um estudo realizado por Ramos e Souto (2010), observou-se piora da sensibilidade após a alta da poliquimioterapia de forma mais frequentes em trabalhadores que em suas atividades laborais desenvolviam um trabalho braçal. Este mesmo estudo relaciona a presença de incapacidades com a forma multibacilar da doença.



Ainda em consonância com a pesquisa de Sangi *et al* (2009) há relato de trabalhadores que não tiveram orientações sobre seus direitos, e devido a esta falha nos serviços de saúde permaneceram por até dois anos desempregados sem receber qualquer benefício alterando assim a dinâmica de suas vidas, inclusive o sustento de suas famílias.

Os serviços devem contar com uma equipe multiprofissional visto que o paciente poderá apresentar diferentes demandas como: incapacidades, lesões na planta dos pés, estado reacional, incapacidade para o trabalho, reações adversas a determinado medicamento, dentre outras ocorrências. Neste sentido a equipe deverá desenvolver ações de prevenção de deformidades, promoção do autocuidado, tratamento do estado reacional e das feridas, além de atividades para reabilitação deste paciente.

### III - METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo observacional descritivo de abordagem quantitativa, realizado na Referência Estadual em Hanseníase do Estado de Rondônia, na época do estudo a Policlínica localizava-se em Porto Velho (capital do estado) à rua da Beira da BR364 sentido Cuiabá (área física provisória utilizada de março de 2010 a março de 2014). A área física definitiva da policlínica, no momento do estudo (2013), encontrava-se em fase final de sua construção na avenida Governador Jorge Teixeira 3862 bairro Industrial, Porto Velho, RO, e foi inaugurada no dia 17 de março de 2014.

A Policlínica Oswaldo Cruz é uma referência em ambulatórios especializados no estado de Rondônia. Além dessa missão, a instituição de saúde oferece serviços de referência estadual em hanseníase, o programa conta com uma equipe multidisciplinar composta por dois enfermeiros, quatro médicos, uma assistente social, uma psicóloga, duas terapeutas ocupacionais, um fisioterapeuta, seis técnicos em enfermagem e dois auxiliares administrativos.

O programa atende demandas provenientes dos 52 municípios do estado de Rondônia, municípios do estado do Acre, além de alguns pacientes provenientes do estado do Amazonas. O horário de funcionamento trata-se do período de 07:00h às 19:00h, de segunda a sexta, tendo alguns atendimentos previstos para os sábados.

De acordo com o terceiro relatório quadrimestral do ano de 2013 do referido programa, os pontos positivos vivenciados no momento tratavam-se de:

- Compromisso e dedicação da equipe multiprofissional em executar as ações propostas no âmbito de promoção da saúde, prevenção de incapacidades, diagnóstico e tratamento precoce, além de reabilitação adequada.
- Parceria com a Organização não governamental - Netherlands Leprosy Relief (ONG-NLR).
- Projeto inclusão sócio-profissional para pacientes em alta por cura (parceria com o SENAC).
- Grupos de autocuidado, com um encontro mensal, geralmente agendado para sábado.

Neste mesmo relatório é informado os pontos negativos vivenciados pelo programa, sendo eles:

- Prejuízos causados pela área física provisória (falta de espaço para instalação da oficina de adaptação de calçados, espaço físico insuficiente para algumas ações a serem desempenhadas pelo programa, a exemplo pode citar a realização de encontro do grupo de autocuidado).
- Lentidão no processo de descentralização das ações de controle da hanseníase nos municípios.
- Dificuldade de liberação de transporte para realização de visitas domiciliares.
- Arquivos de prontuários em situações precárias.

Apesar das dificuldades vivenciadas pelo programa, os usuários encontram diversos serviços sendo ofertados, como consultas com os profissionais integrantes da equipe multiprofissional (enfermeiro, médico, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta), avaliação dermatoneurológica simplificada (sensitivo-motora) realizada por profissionais capacitados, coleta de material para o exame de baciloscopia e avaliação de contatos.

O programa também realiza atendimento de casos de difícil diagnóstico, entrega da medicação, acompanhamento de doses supervisionadas, acompanhamento do tratamento, esquemas alternativos da PQT, encerramento do caso (alta por cura), tratamento de estados reacionais, além de avaliação de possíveis indicações para intervenções cirúrgicas.

A avaliação de incapacidades dos usuários é realizada através do GI-OMS, não sendo rotina do serviço a aplicação da escala SALSA, embora já houvesse tentativas de implantar essa nova forma de avaliação de incapacidades concomitante ao método já utilizado, porém sem êxito. O mesmo ocorre com a escala de participação, cuja aplicação também não está inserida na rotina dos serviços. O maior desafio trata-se da área física insuficiente para o desenvolvimento das ações.

A avaliação do usuário no período pós-alta da hanseníase utilizando as escalas SALSA e de participação, é algo novo para esta referência em hanseníase,

os resultados são ainda desconhecidos. Fato que contribuiu para a motivação da realização deste estudo.

A população de indivíduos no período pós-alta, em acompanhamento pelo programa de controle de hanseníase da POC, engloba aproximadamente 200 pacientes. Inicialmente houve o interesse de selecionar uma amostra probabilística englobando 132 pacientes (nível de confiança: 95%; erro amostral: 5%) por amostragem aleatória simples. Mas, devido ao grande número de prontuários sem informações quanto ao telefone para contato ou informando telefone apenas para recado, número de faltosos e os que relataram dificuldade (principalmente financeira) para comparecerem à Policlínica Oswaldo Cruz, dificultou o alcance da meta estabelecida inicialmente.

Em virtude dessas limitações, este estudo analisou uma amostra não probabilística selecionada por técnica de amostragem de conveniência, composta por 70 sujeitos no período pós-alta da hanseníase, que compareceram à Policlínica Oswaldo Cruz e se enquadraram nos critérios de inclusão estabelecidos por este estudo.

Os critérios de inclusão utilizados neste estudo foram:

- Ter idade igual ou maior que 18 (dezoito) anos.
- Ter recebido alta do tratamento de hanseníase por cura (estar em período pós-alta).
- Ser paciente em acompanhamento pelo Programa de Controle de hanseníase da Referência Estadual de Rondônia (Policlínica Oswaldo Cruz).
- Estar mentalmente capacitado para responder as perguntas.
- Aceitar participar da pesquisa após ser realizada a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A).

A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre do ano de 2013, no consultório de enfermagem do programa, tratou-se de um ambiente tranquilo, que fornecia privacidade e conforto ao paciente. Os critérios de exclusão abrangeram todos aqueles que não apresentaram os critérios de inclusão, ou que em qualquer momento da pesquisa optaram por não participar da mesma.

A avaliação dos pacientes compreendeu aplicação das escalas de participação e SALSA, que serviram como instrumentos para avaliar limitação de atividades, consciência de risco e participação social. Os prontuários dos

participantes da pesquisa foram consultados para levantar dados acerca da classificação operacional da hanseníase no momento em que o caso foi diagnosticado, grau de incapacidade (GI-OMS) atualizado. As informações que caracterizaram a população em estudo (idade, gênero, escolaridade, ocupação e município de residência), foram fornecidas pelos pacientes antes da aplicação das escalas.

Ressalta-se que a avaliação do grau de incapacidade foi realizada pela equipe de profissionais de enfermagem, capacitados e lotados no programa de controle da hanseníase da POC.

Para a realização deste estudo foram consideradas quatro etapas:

- Primeira etapa: realizado uma caracterização do perfil dos participantes do estudo, bem como uma breve descrição das ações desenvolvidas pelo Programa de Controle de Hanseníase voltadas aos pacientes em período pós-alta.
- Segunda etapa: Classificação da limitação de atividade e consciência de risco (escala SALSA) dos participantes do estudo.
- Terceira etapa: Caracterização da participação social (escala de participação) dos participantes do estudo.
- Quarta etapa: Análise do GI-OMS apresentado pelos sujeitos da pesquisa.

Após a aplicação das escalas, os dados foram organizados em formulários do software Epi Info™ 7 e, posteriormente, foram transformados em tabelas e gráficos, a fim de apresentar os dados obtidos, bem como a análise estatística. Foram considerados na análise a classificação dos escores da escala SALSA e de participação.

Os dados foram analisados empregando estatística descritiva e inferencial. Para a análise estatística utilizou-se o software Epi Info™ 7. As variáveis qualitativas foram descritas através de frequência absoluta e relativa. Para verificar a associação entre as variáveis qualitativas em um estudo foi utilizado o teste qui-quadrado. Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos construídos no Microsoft Excel. O nível de significância adotado foi de 5%.

Este estudo respeitou a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos e passou por apreciação do Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal de Rondônia (UNIR) e foi

aprovado por meio do parecer 171.743, no dia 11 de dezembro de 2012. Entre as documentações exigidas foi apresentada a carta de anuência do gestor (APÊNDICE B).

Esta pesquisa não ofereceu riscos mínimos aos seus participantes. Nesse estudo, não houve procedimentos para a coleta de amostras biológicas ou outros que geram riscos diretos aos participantes. Garantiu-se o sigilo, a privacidade e o anonimato dos participantes. Foi-lhes informado sobre a liberdade de recusar a participação na pesquisa ou desistir dela em qualquer momento, sem lhes acarretar nenhum prejuízo. Os participantes não receberam nenhum pagamento por participarem da pesquisa.

O participante não teve nenhum benefício direto. Porém, espera-se que o resultado obtido possa colaborar com o processo de melhoria da assistência a esses pacientes, baseando-se nas reais necessidades apresentadas por eles.

## IV - RESULTADOS

Na amostra estudada predominou a forma dimorfa (62,86%), seguida das formas virchowiana (21,43%) e tuberculóide (15,71%). Não foi identificado casos da forma indeterminada.

A faixa etária abrangeu indivíduos de 25 a 77 anos, com média de 49,20 anos e quanto ao sexo dos indivíduos, houve uma predominância do sexo feminino (52,86%). No que tange à escolaridade, a maioria dos participantes do estudo possuía no máximo quatro anos de educação formal (67,14%), antigo primário.

Quanto à ocupação dos entrevistados a maioria não desenvolve nenhuma atividade laboral remunerada, somando um total de 46 (65,71%) indivíduos que se dividem entre os grupos dos aposentados e desempregados.

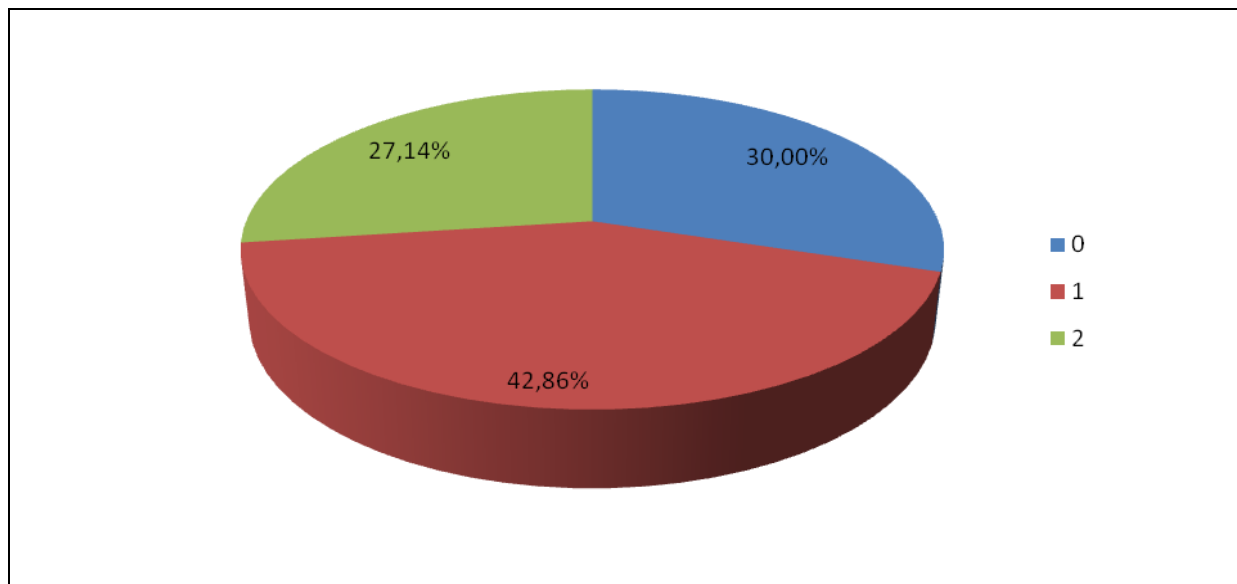
Em relação ao município de residência, foi identificado um predomínio de pacientes que residem na zona urbana de Porto Velho, 54 (77,14%), embora a Policlínica Oswaldo Cruz seja considerada referência para todo estado de Rondônia.

A caracterização geral dos participantes é demonstrada na Tabela 2.

**TABELA 2** - Distribuição dos participantes do estudo, considerando-se sexo, idade, escolaridade, ocupação e local de residência dos mesmos

	<b>Características</b>	<b>n (%)</b>
Sexo	Feminino	37 (52,90)
	Masculino	33 (47,10)
Idade (anos)	Amplitude	25-77
	Média	49,20
	Mediana	51,50
	Moda	52 (7,14)
Escolaridade	Nenhuma	20 (28,57)
	4 anos de educação formal	27 (38,57)
	Ensino fundamental	6 (08,57)
	Ensino médio	13 (18,57)
	Ensino superior	4 (05,71)
Ocupação	Aposentado(a)	11 (15,71)
	Construção civil	6 (08,57)
	Desempregado(a) e não recebe benefício	16 (22,86)
	Desempregado(a), mas recebe benefício	19 (27,14)
	Serviços gerais	9 (12,86)
	Setor de educação	3 (04,29)
	Trabalho informal	6 (08,57)
Local de residência	Porto Velho (zona urbana)	54 (77,14)
	Interior de Rondônia	12 (17,14)
	Interior de outros estados	2 (02,86)
	Porto Velho (zona rural)	2 (02,86)

Sobre o grau de incapacidade (GI-OMS) no momento da pesquisa, 49 (70,00%) apresentaram algum grau de incapacidade, sendo 30 (42,86%) de grau I e 19 (27,14%) de grau II. A distribuição desta variável é demonstrada pelo Gráfico 1.



**GRÁFICO 1** – Distribuição dos participantes do estudo considerando-se o GI-OMS apresentado no momento da pesquisa

Não foi identificada significância estatística entre o GI-OMS e as variáveis: sexo, escolaridade e forma clínica. Porém, quando comparado ao escore da escala de participação, identificou-se uma associação estatisticamente significativa ( $p=0,036$ ).

**TABELA 3** – Análise estatística entre o GI-OMS apresentado pelos participantes no momento da pesquisa e as variáveis: sexo, escolaridade, forma clínica e escore da escala de participação

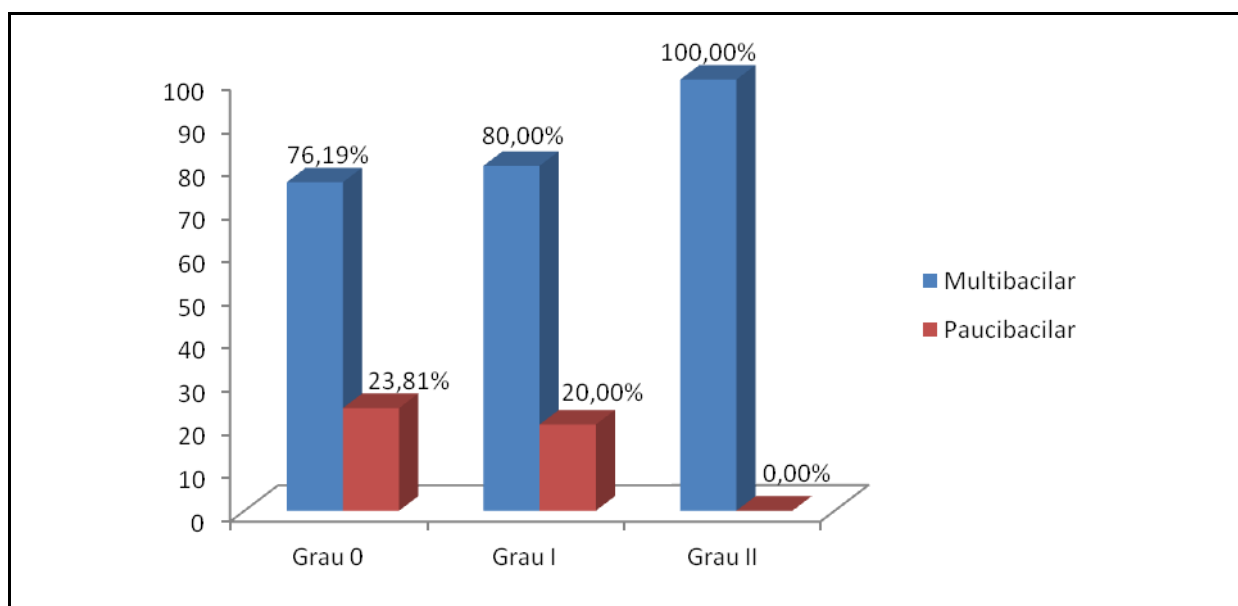
Variáveis	GI-OMS						Total	Valor p
	Grau 0		Grau I		Grau II			
	n	%	n	%	n	%		
<b>Sexo</b>								
Feminino	11	29,73	18	48,65	8	21,62	37	0,473
Masculino	10	30,30	12	36,36	11	33,33	33	
<b>Escolaridade</b>								
Nenhuma	3	15,00	10	50,00	7	35,00	20	0,092
Antigo primário	8	29,63	12	44,44	7	25,93	27	
Ensino fundamental	5	83,33	1	16,67	-	-	6	
Ensino médio	4	30,77	4	30,77	5	38,46	13	
Ensino superior	1	25,00	3	75,00	-	-	4	
<b>Forma clínica</b>								
Dimorfa	10	22,73	20	45,45	14	31,82	44	0,134
Tuberculóide	5	45,45	6	54,55	-	-	11	
Virchowiana	6	40,00	4	26,67	5	33,33	15	
<b>Escala de participação</b>								
Sem restrição	16	39,02	10	24,39	15	36,59	41	0,036
Leve restrição	4	28,57	8	57,14	2	14,29	14	
Restrição moderada	1	08,33	9	75,00	2	16,67	12	
Restrição grave	-	-	2	100,00	-	-	2	
Restrição extrema	-	-	1	100,00	-	-	1	



Os indivíduos que apresentaram algum grau de restrição social (leve, moderada, grave ou extrema), em sua maioria possuíam GI-OMS classificados em grau I. A análise estatística destas variáveis está esboçada na Tabela 3.

Embora não tenha sido identificada uma significância estatística entre o GI-OMS e a escolaridade dos participantes do estudo, percebeu-se que a maioria dos indivíduos com grau I de incapacidade, 22 (73,33%), possuía no máximo quatro anos de educação formal (antigo primário). O mesmo pode ser verificado nos indivíduos com grau II de incapacidade, que somavam um total de 14 (73,68%).

No que tange à classificação operacional da hanseníase, percebeu-se que houve um predomínio das formas multibacilares (dimorfa e virchowiana) entre os participantes que apresentavam grau II de incapacidade no momento do estudo. Ressalta-se que não houve significância estatística entre essas duas variáveis ( $p=0,082$ ). O esboço dessa predominância pode ser visualizado no Gráfico 2.



**GRÁFICO 2** – Distribuição dos participantes do estudo considerando-se a classificação operacional da hanseníase e GI-OMS

Em relação ao escore SALSA, observou-se que nas limitações mais graves (moderada, severa e muito severa) houve um predomínio de mulheres. O teste estatístico revelou uma associação significativa entre essas duas variáveis ( $p=0,013$ ). Outro achado foi o fato dos participantes desempregados e os que possuíam no máximo quatro anos de educação formal predominarem entre os

indivíduos que apresentaram algum grau de limitação ( $p=0,030$  e  $0,022$ , respectivamente).

A análise estatística entre o escore SALSA e o GI-OMS não revelou associação significativa ( $p=0,080$ ).

A análise estatística entre o escore SALSA e as variáveis: sexo, ocupação, escolaridade, escore da escala de participação e GI-OMS, pode ser visualizada através da Tabela 4.

TABELA 4 – Análise estatística entre o escore SALSA e as variáveis: sexo, ocupação, escolaridade, escore da escala de participação e GI-OMS

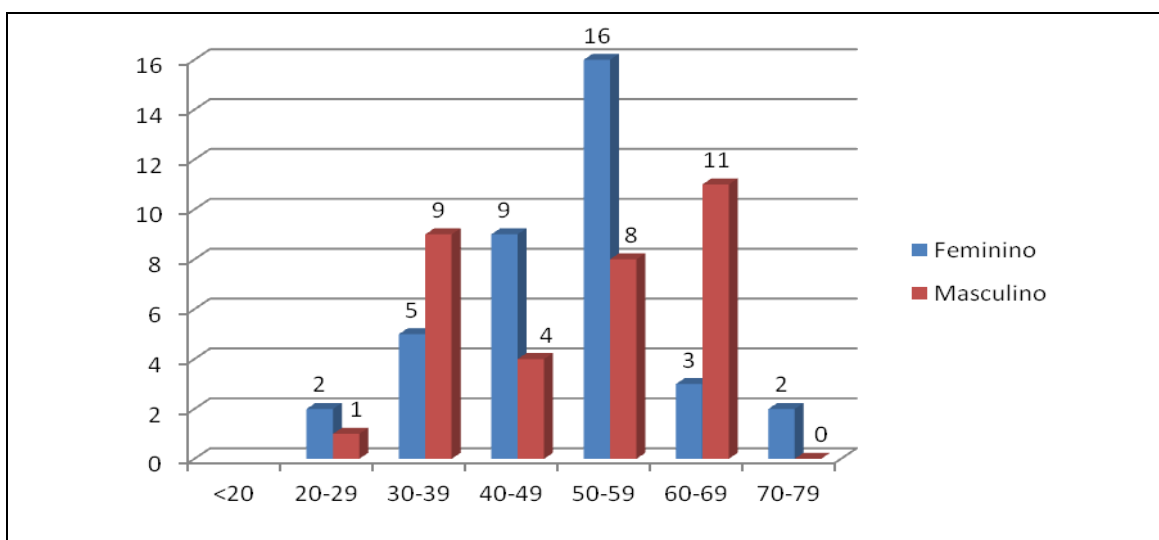
Variáveis	ESCORE SALSA										Total	Valor p
	Sem limitação		Limitação leve		Limitação moderada		Limitação severa		Limitação muito severa			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>Sexo</b>												
Feminino	5	13,51	11	29,73	8	21,62	9	24,32	4	10,81	37	0,013
Masculino	13	39,39	13	39,39	5	15,15	2	6,06	-	-	33	
<b>Ocupação</b>												
Aposentado	3	27,27	5	45,45	2	18,18	1	9,09	-	-	11	
Construção civil	4	66,67	-	-	1	16,67	1	16,67	-	-	6	
Desempregado*	3	18,75	6	37,50	2	12,50	1	6,25	4	25,00	16	
Desempregado**	2	10,53	7	36,84	4	21,05	6	31,58	-	-	19	0,030
Serviços gerais	5	55,56	-	-	2	22,22	2	22,22	-	-	9	
Setor de educação	-	-	2	66,67	1	33,33	-	-	-	-	3	
Trabalho informal	1	16,67	4	66,67	1	16,67	-	-	-	-	6	
<b>Escolaridade</b>												
Nenhuma	3	15,00	8	40,00	2	10,00	6	30,00	1	5,00	20	
Antigo primário	3	11,11	10	37,04	6	22,22	5	18,52	3	11,11	27	
Ensino fundamental	3	50,00	2	33,33	1	16,67	-	-	-	-	6	0,022
Ensino médio	9	69,23	2	15,38	2	15,38	-	-	-	-	13	
Ensino superior	-	-	2	50,00	2	50,00	-	-	-	-	4	
<b>Escala de participação</b>												
Sem restrição	17	41,46	15	36,59	6	14,63	2	4,88	1	2,44	41	
Leve restrição	-	-	7	50,00	4	28,57	3	21,43	-	-	14	
Restrição moderada	1	8,33	2	16,67	2	16,67	5	41,67	2	16,67	12	0,000
Restrição grave	-	-	-	-	1	50,00	1	50,00	-	-	2	
Restrição extrema	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,00	1	
<b>GI-OMS</b>												
Grau 0	9	42,86	8	38,10	2	9,52	1	4,76	1	4,76	21	
Grau I	2	6,67	10	33,33	8	26,67	8	26,67	2	6,67	30	0,080
Grau II	7	36,84	6	31,58	3	15,79	2	10,53	1	5,26	19	

NOTA: \*Desempregado e não recebe benefício. \*\*Desempregado, mas recebe benefício.

Ainda em consonância com os dados apresentados na Tabela 4, percebe-se que os participantes com escore indicando restrição na participação, em sua maioria, também apresentaram limitações mensuradas pela escala SALSA ( $p=0,000$ ).

Não foi identificada significância estatística entre o escore SALSA e as variáveis: GI-OMS ( $p=0,080$ ), classificação operacional ( $p=0,479$ ) e forma clínica da hanseníase ( $p=0,329$ ).

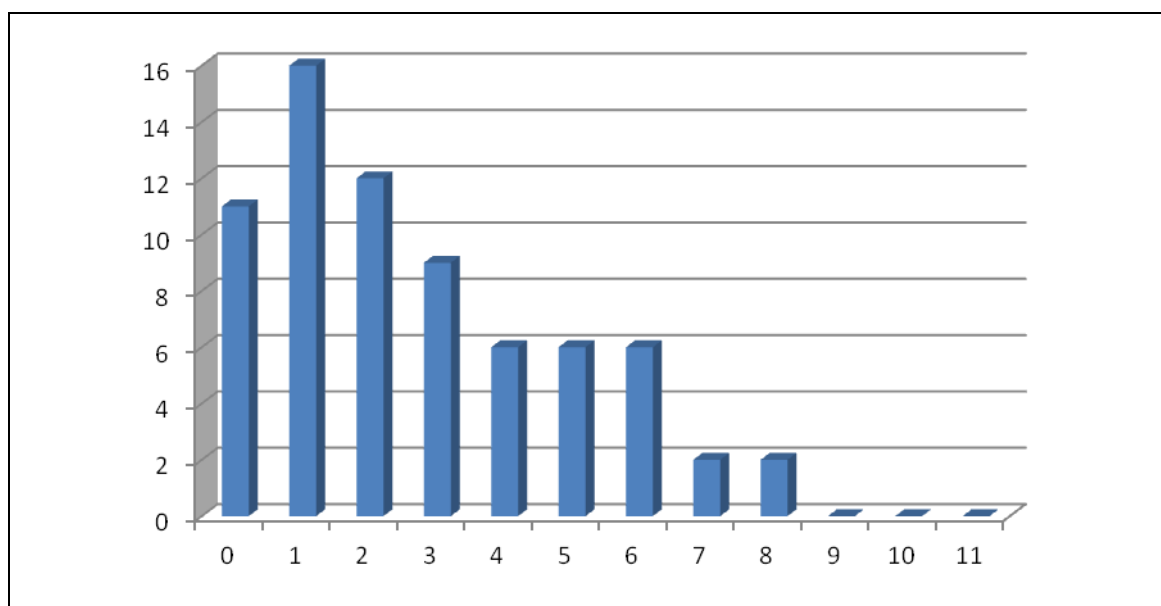
Em relação à análise estatística entre a variável faixa etária e a variável sexo dos participantes, foi encontrada uma associação significativa ( $p=0,029$ ). A maioria dos participantes estava na fase produtiva de vida 54 (77,14%) e predominou o sexo feminino. Não houve significância estatística entre a faixa etária e o escore da escala de participação ( $p=0,673$ ). O esboço desta distribuição pode ser visualizado no Gráfico 3.



**GRÁFICO 3** – Distribuição dos participantes do estudo considerando-se sexo e faixa etária

No que tange ao escore de consciência de risco (escala de 0 a 11), a maioria dos participantes pontuaram 1 (22,86%), seguidos pelos que pontuaram 2 (17,14%), 0 (15,71%), 3 (12,86%), 4 (8,57%), 5 (8,57%), 6 (8,57%), 7 (2,86%), 8 (2,86%). Nenhum participante pontuou os escores 9, 10 e 11. A distribuição do escore de consciência de risco pode ser visualizada no Gráfico 3.

Não foi identificada significância estatística entre os escores de consciência de risco e a classificação operacional da hanseníase ( $p=0,092$ ), GI-OMS (0,201), nem com a faixa etária dos participantes ( $p=0,756$ ).



**GRÁFICO 4** - Distribuição do escore de consciência de risco

A maioria dos participantes apresentou baixa pontuação no escore de consciência de risco, a maioria (55,71%) pontuou no máximo dois. Para melhor compreensão da análise a Tabela 5 esboça os percentuais acumulados.

**TABELA 5** – Distribuição do escore de consciência de risco, considerando-se a frequência, percentual e percentual acumulado

<b>Escore consciência de risco</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>	<b>% acumulado</b>
0	11	15,71	15,71
1	16	22,86	38,57
2	12	17,14	55,71
3	9	12,86	68,57
4	6	8,57	77,14
5	6	8,57	85,71
6	6	8,57	94,29
7	2	2,86	97,14
8	2	2,86	100,00
9	-	-	100,00
10	-	-	100,00
11	-	-	100,00
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

## V - DISCUSSÃO

O alto percentual de indivíduos (77,14%) residentes em Porto Velho sendo atendidos na Referência Estadual em Hanseníase, gera dúvidas acerca da qualidade dos serviços oferecidos pelos programas de controle da hanseníase existente na atenção primária à saúde do referido município. No último relatório quadrimestral de 2013 da Policlínica Oswaldo Cruz, a lentidão da descentralização das ações de controle da hanseníase no município de Porto Velho é apontado como um ponto negativo vivenciado no momento da elaboração do relatório.

A predominância de pacientes que tiveram hanseníase multibacilar (84,29%) encontrada neste estudo já foi relatada em outras pesquisas desenvolvidas com pacientes no período pós-alta. O resultado deste estudo não revelou significância estatística entre tal variável e o GI-OMS, embora algumas pesquisas revelem que as incapacidades associam-se, na maioria das vezes, aos pacientes vítimas das formas multibacilares (RAMOS; SOUTO, 2010).

Assim como outros estudos envolvendo o perfil epidemiológico da hanseníase, a atual análise identificou que a maioria dos participantes tratava-se de mulheres (52,90%). Melão *et al* (2011) afirma uma possível associação entre este achado e o fato do homem se preocupar menos com seu corpo e sua estética. Em estudos de Figueiredo (2005) é discutida a pouca presença de homens em unidades de atenção primária à saúde, seja por influência de aspectos socioculturais ou pela não identificação com os serviços oferecidos, já que há um predomínio de mulheres tanto entre os usuários quanto entre os profissionais que ali prestam seus serviços.

No contexto de limitações funcionais, grau de incapacidade e participação social, a ausência ou invisibilidade de homens dentro das unidades de atenção primária é um fator preocupante, visto que o diagnóstico precoce está entre as ações mais importantes que visam prevenir incapacidades e deformidades em hanseníase.

A atenção primária à saúde, em especial a Estratégia Saúde da Família, tem um importante papel frente às ações de controle da hanseníase,

seja no âmbito de educação em saúde junto à comunidade, diagnóstico precoce, tratamento adequado, busca ativa, avaliação de contatos, ou prevenção de incapacidades. À referência estadual cabe o papel de identificar os casos de difícil diagnóstico, atendimento de estados reacionais, reabilitação, além de capacitar os profissionais envolvidos no cenário da atenção primária à saúde (LANZA; LANA, 2011; SOBRINHO *et al*, 2007).

Quanto a faixa etária observou-se que grande maioria dos participantes do estudo fazem parte da população economicamente ativa, este achado se repete em muitos estudos realizados no Brasil. Porém, quando se analisa a variável ocupação percebe-se que há um predomínio de indivíduos (65,71%) que não realizam atividades laborais, seja devido a aposentadoria ou ao desemprego (MELÃO *et al*, 2011; SOBRINHO *et al*, 2007).

Uma pesquisa realizada por Bittencourt *et al* (2010), com o objetivo de identificar percepções sociais reveladas por pessoas acometidas pela hanseníase, revelou a existência de discriminação ocupacional, pacientes deram entrevistas contando suas histórias de vida, houve os que receberam auxílios pelo INSS e permaneceram afastados de suas atividades laborais e houve ainda relatos de demissões, em ambos os casos a decisão partiu do empregador.

Embora muitos estudos relatem a ocorrência de alto percentual de desemprego e aposentadoria por invalidez entre os pacientes que foram acometidos pela hanseníase e apresentam incapacidades ou deformidades, não se pode afirmar que os casos de desemprego identificados neste estudo estão diretamente relacionados ao adoecimento pela hanseníase, visto as exigências do mercado de trabalho atual somado ao fato de que 67,14% dos participantes do estudo possuíam no máximo quatro anos de educação formal (SANGI *et al*, 2009).

A alta incidência de hanseníase em indivíduos com baixa escolaridade e baixa renda é discutida em estudo de Ikehara *et al* (2010), onde os autores inferem sobre o alto índice de analfabetos com incapacidades quando acometidos pela hanseníase, segundo os autores essa classe de indivíduos se preocupam menos com suas necessidades, são diagnosticados geralmente em fase tardia e possuem dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Muitos estudos revelam que embora a susceptibilidade à hanseníase seja universal, as classes sociais menos favorecidas são as que apresentam maior incidência da doença.

Em relação aos que desenvolviam atividades laborais remuneradas a maioria dos participantes trabalhava com serviços gerais (12,86%), seguidos pelos que trabalhavam no setor de construção civil (8,57%) ou trabalho informal (8,57%) e foi identificada ainda uma minoria (4,29%) que desenvolvia suas atividades laborais no setor de educação.

Considerou-se serviços gerais as seguintes ocupações: zeladora de igreja, vigilante de órgão público, faxineira, serviços de limpeza, motorista, açougueiro e padeiro. Quanto aos trabalhos desenvolvidos no setor de construção civil pode-se citar: pedreiro, ajudante de pedreiro, serralheiro, mestre de obra, oficial de construção civil e operador de máquinas.

No que tange aos trabalhos informais, considerou-se aqueles realizados sem carteira assinada, sem contrato de trabalho ou estatuto, e que não geravam contribuições a órgãos previdenciários. Os que se enquadraram neste grupo supracitado foram: lavadeiras, agricultora e manicure. Em relação ao setor de educação havia orientadora educacional, bibliotecária (professora em desvio de função) em sua totalidade eram professoras da educação básica.

Analisando as ocupações informadas pelos participantes deste estudo, percebe-se o predomínio de atividades laborais braçais, fato que pode interferir no grau de incapacidade apresentado pelo paciente.

A relação estatística identificada entre o GI-OMS e o escore da escala de participação ( $p=0,036$ ), reafirma o estigma existente no contexto de hanseníase. Preconceito que ultrapassou séculos e se mantém presente na sociedade ainda nos dias atuais. O potencial incapacitante da doença acarreta problemas no ambiente de trabalho, nas atividades de vida diária e pode provocar ainda interferências no bem estar psicológico do paciente acometido.

Ainda neste sentido, pode-se analisar resultados de diversas pesquisas que abordam esta temática, como o estudo de Sangi *et al* (2009) com pacientes em fase de estado reacional, identificou-se em falas emotivas dos participantes histórias abordando o estigma da doença e a influência na autoestima, além de relatos sobre a inserção no mercado de trabalho e o papel da previdência.



A análise do escore da escala de participação neste estudo revela que 41 (58,57%) dos participantes não apresentaram nenhum grau de restrição, embora esse valor represente a maioria, o número de indivíduos que apresentaram algum grau de restrição 29 (41,43%) é considerável e merece atenção e assistência de qualidade.

Ressalta-se que o escore da escala SALSA também apresentou significância estatística quando comparado ao escore da escala de participação ( $p=0,000$ ). Participantes que apresentavam limitação de atividade possuíam maior restrição no que tange à participação social.

Avaliar limitação de atividades pelo escore da escala SALSA, vai além de mensurar incapacidades, a escala visa identificar a funcionalidade do indivíduo no que se refere às atividades rotineiras de vida diária, trabalho, lazer e participação social, que por muitas vezes exigem funções neurais preservadas (IKEHARA, 2010).

A aplicação da escala SALSA tem ocorrido atualmente, sobretudo, no âmbito de pesquisas, mas é de vital importância que este instrumento seja incorporado à rotina dos programas de controle de hanseníase, no intuito de oferecer serviços de saúde compatíveis com as necessidades dos usuários.

A análise do escore SALSA neste estudo revelou um predomínio de limitações leves 24 (34,29%), seguindo pelos indivíduos que não apresentaram limitação 18 (25,71%) e posteriormente por limitação moderada 13 (18,57%), limitação severa 11 (15,71%) e limitação muito severa 4 (5,71%).

Na busca pela prevenção de incapacidades os profissionais de saúde devem estimular o autocuidado. Um processo baseado, sobretudo, no estabelecimento de uma comunicação bidirecional, onde o paciente tire suas dúvidas e comprove que compreendeu as informações fornecidas pelo profissional de saúde. Tal comprovação pode ser obtida pedindo ao paciente para explicar o que ele entendeu acerca do que foi dito.

O escore de consciência de risco (0 a 11) auxilia na avaliação deste processo, visto que a análise deste escore permite ao profissional de saúde inferir o que foi compreendido pelo paciente sobre as orientações envolvendo autocuidado em seu dia a dia.

No presente estudo foi observada uma baixa compreensão sobre o autocuidado (seja pela falta de informação dentro do programa de controle da

hanseníase, ou pela representação do autocuidado para o paciente), visto que a maioria dos participantes 39 (55,71%), pontuaram de zero a dois no escore de consciência de risco.

A equipe multiprofissional do programa em questão, executa ações no âmbito individual e coletivo com o objetivo de promover as práticas de autocuidado, ressalta-se que a ação coletiva mais presente no programa, trata-se das oficinas de autocuidado promovida mensalmente pelos profissionais, embora não seja observada uma aderência considerável dos usuários a esta proposta, já que muitos não comparecem aos encontros.

Este estudo não avaliou as relações profissional-usuário estabelecidas dentro do programa de controle da hanseníase, mas muitos estudos atribuem a eficácia da educação em saúde ao modelo de relação profissional-usuário adotado dentro dos serviços de saúde. Lima e Oliveira (2012) criticam o modelo biomédico, visto que este modelo visualiza o paciente como uma máquina que apresenta algum defeito a ser reparado, desprezando aspectos comportamentais, sociais e psicológicos. Em contrapartida, defende o modelo comunicacional, neste, as relações profissional-usuário consideram aspectos das dimensões biopsicossociais, e, portanto, oferecem condições necessárias para uma atenção profissional mais humanizada.

Embora as causas da baixa consciência de risco apresentada pelos sujeitos do estudo não tenham sido investigadas durante esta pesquisa, percebe-se a fragilidade das ações de promoção da prática do autocuidado dentro do programa de controle da hanseníase. Tais ações precisam ser repensadas pelos profissionais que as executam, visando prevenção de incapacidades por meio da prática do autocuidado.

## CONCLUSÃO

Este estudo se propôs a avaliar os usuários no período pós-alta da hanseníase, ao considerarmos os dados encontrados e discutidos nesta pesquisa, em função da própria característica do estudo e dos objetivos propostos, conclui-se que:

1. Há um predomínio de limitação leve de atividade (34,29%), o que reforça a afirmativa das literaturas atuais acerca do tema, no que tange a efetivação das ações de prevenção de incapacidades dado o poder incapacitante da doença. Ressalta-se que apenas 25,71% dos sujeitos não apresentavam nenhuma limitação de atividade quando avaliado através da escala SALSA.
2. Quanto a consciência de risco, também avaliada pela escala SALSA, identificou-se na maioria dos indivíduos (55,71%), uma baixa consciência de risco, o que reflete uma baixa compreensão acerca do autocuidado, e a não compreensão dos riscos aos quais estão expostos seja pela disestesia proporcionada pela doença ou por outra lesão. Este fato pode estar relacionado a uma possível falta de informação dentro do programa de controle da hanseníase, ou à representação do autocuidado para o paciente.
3. A avaliação da participação social através da EP revelou que 58,57% dos sujeitos da pesquisa não possuem restrição à participação social. Embora representem a maioria, é considerável o número de indivíduos que apresentam algum grau de restrição social (41,43%).
4. Este estudo não identificou associação entre o GI-OMS e o escore da escala SALSA.

A análise realizada pelo estudo remete à atual necessidade de esforços do estado no âmbito de priorizar e intensificar ações de controle da

hanseníase, visto o impacto negativo sobre a qualidade de vida dos pacientes por ela acometidos, em especial no período pós-alta.

Ressalta-se que tal impacto engloba questões psicológicas, restrição social e no ambiente de trabalho, limitação de atividade funcional que muitas vezes aparecem associadas a incapacidades e deformidades. Neste contexto é de suma importância que a equipe de profissionais de saúde que assistem esses pacientes, seja capacitada periodicamente, para que as ações de prevenção de incapacidades sejam efetivas e a atenção ao paciente atenda os parâmetros de um cuidado integralizado.

Nesse sentido, não se deve priorizar apenas o atendimento individual, mas sim uma abordagem coletiva, tanto no âmbito de educação em saúde quanto em vigilância epidemiológica, que venha a reduzir o número de casos de hanseníase, seja pela busca ativa, diagnóstico precoce, tratamento adequado ou outra estratégia.

Quanto à capacitação dos recursos humanos, percebe-se ainda uma necessidade de utilização de metodologias que envolva a práxis, ensino, serviço e comunidade, para que haja mudanças positivas no cenário identificado atualmente em hanseníase.

## **RECOMENDAÇÕES**

Baseando-se nos resultados apresentados por este estudo, recomenda-se que os grupos de autocuidado formados dentro do programa de controle da hanseníase sejam repensados e intensificados, para que mais usuários possam ter acesso a informações neste âmbito, visando assim um aumento no conhecimento de risco aos quais estão expostos.

A avaliação de limitação de atividade e consciência de risco através da escala SALSA é possível e válida para norteamiento das ações desenvolvidas dentro dos programas, o mesmo pode ser dito sobre a escala de participação que avalia possível restrição de participação social. É recomendável que a aplicação dessas escalas torne-se rotina, incorporando-as ao fluxo de serviços oferecidos pelo programa de controle da hanseníase.

Outra necessidade encontrada através do desenvolvimento deste estudo trata-se da atualização dos dados contidos nos prontuários do paciente, em especial do telefone para contato.

### **LIMITES DO ESTUDO**

Uma das limitações do estudo foi o fato de muitos prontuários não oferecerem telefone para contato atualizado, encontrou-se ainda os que ofereciam números de telefone apenas para recado, ou seja, número de telefone de terceiros.

Outra limitação corresponde à localização da Policlínica Oswaldo Cruz no ano do estudo, 2013. Situava-se à rua da Beira da BR364 sentido Cuiabá, uma localização classificada pela maioria dos usuários como “difícil acesso”, principalmente para aqueles que faziam uso de transporte coletivo. Alguns pacientes afirmaram que para chegar à instituição era necessário tomar quatro conduções (ida e volta), queixavam-se de problemas financeiros.

Essas limitações ora mencionadas, ocasionaram outro limite nesta pesquisa, trata-se do tipo de amostragem utilizada, uma vez que não foi possível o uso de uma amostragem probabilística, o que representaria com maior precisão a população em estudo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, C. J. M. *et al.* Avaliação do grau de incapacidade dos pacientes com diagnóstico de hanseníase em Serviço de Dermatologia do Estado de São Paulo. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. 43(4):460-461, jul-ago, 2010. Disponível em: <[HTTP://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n4/a25v43n4.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n4/a25v43n4.pdf)>. Acesso em 04 abr. 2012.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. **Red Book 2003**: relatório do comitê de doenças infecciosas. 26.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

BARBOSA, J. C. *et al.* Pós-alta em Hanseníase no Ceará: limitação da atividade funcional, consciência de risco e participação social. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2008; 61(esp): 727-33. Disponível em: <[HTTP://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a12v61esp.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a12v61esp.pdf)>. Acesso em: 04 abr. 2012.

BATISTA, A. M.; **Avaliação da incapacidade e limitação de atividades em pacientes afetados pela hanseníase**: uma análise do escore SALSA. [monografia]. Bauru: Insituto Lauro de Souza Lima, 2010. Disponível em: <[http://hansen.bvs.ils.br/textoc/teses/BATISTA\\_ANA\\_MARIA\\_NUMATA/TCC%20-%20Ana.pdf](http://hansen.bvs.ils.br/textoc/teses/BATISTA_ANA_MARIA_NUMATA/TCC%20-%20Ana.pdf)>. Acesso em: 02 jan 2014.

BITTENCOURT, L. P.; *et al.* Estigma: Percepções sociais reveladas por pessoas acometidas por hanseníase. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2010 abr/jun; 18(2):185-190. Disponível em: <[HTTP://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a04.pdf](http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a04.pdf)>. Acesso em: 22 mar 2013.

BOTI, N. C. L.; AQUINO, K. A. A via sacra da hanseníase de Veganin. **Rev Bras Enferm**. Brasília, 2008; 61(esp): 676-81. Disponível em: <[HTTP://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a04v61esp.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a04v61esp.pdf)>. Acesso em: 22 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de atenção Básica. Área técnica de dermatologia sanitária. **Hanseníase**: Atividades de controle e manual de procedimentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da Hanseníase**. Brasília: Ministério

da Saúde, 2002. Disponível em:  
<[HTTP://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_de\\_hanseníase.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hanseníase.pdf)>.  
Acesso em 05 abr. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.  
Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de prevenção de incapacidades**. Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase; n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a 140 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.  
Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hanseníase e direitos humanos: direitos e deveres dos usuários do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância epidemiológica**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 6. HT. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 813 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria 3.125 de 07 de outubro de 2010.  
Disponível em <  
[http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/portaria\\_n\\_3125\\_hanseníase\\_2010.pdf](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/portaria_n_3125_hanseníase_2010.pdf)>. Acesso em: 30 mar 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.  
**Relatório de Situação: Rondônia**. 5.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. Disponível em:  
<<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/tabnet?sinannet/hanseníase/bases/Hansbrnet.def>>. Acesso em: 04 abr. 2014.

CASTRO, R. N. C. *et al.* Avaliação do grau de incapacidade física de pacientes com hanseníase submetidos ao Dermatology Quality Life Index em Centro de Referência e Unidades Básicas de Saúde de São Luis, MA. **Rev Bras Clin Med**, 2009;7:390-392. Disponível em: <[HTTP://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n6/a007.pdf](http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n6/a007.pdf)>. Acesso em 04 abr. 2012.

CHIN, J. **Manual de controle das doenças transmissíveis**. Trad. Ane Rose Bolner. Porto Alegre: Artmed, 2002.

COLOMBRINI, M. R. C.; MUCKE, A.G.; FIGUEIREDO, R. M. **Enfermagem em Infectologia: cuidados com o paciente internado**. São Paulo: Atheneu, 2006.

CUNHA, M. D. *et al.* Os indicadores da hanseníase e as estratégias de eliminação da doença, em município endêmico do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2007, vol.23, n.5, HT. 1187-1197. Disponível em: < [HTTP://www.scielo.org/pdf/csp/v23n5/20.pdf](http://www.scielo.org/pdf/csp/v23n5/20.pdf)>. Acesso em: 19 mar. 2013.

EIDT, L. M.; **Breve história da Hanseníase**: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na Saúde Pública Brasileira. *Saúde e Sociedade*. V.3.n.2. 2004.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(1):105-109, 2005.  
FIGUEREDO, A. P. P.; Hanseníase: do isolamento social ao familiar [monografia]. Gurupi: **Fundação UNIRG**, 2012. Disponível em: < [HTTP://www.morhan.org.br/views/upload/MonoAndreia.pdf](http://www.morhan.org.br/views/upload/MonoAndreia.pdf) >. Acesso em: 22 mar. 2013.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. 3.ed. São Caetano do Sul, SP: Yends Editora, 2012.

FOCACCIA, R. Veronesi. **Tratado de Infectologia**. 4.ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

HINRICHSEN, S. L. **DIP**: doenças infecciosas parasitárias. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

IKEHARA, E. *et al.* Escala Salsa e grau de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde: avaliação da limitação de atividades e deficiência na hanseníase. São Paulo: **ACTA FISIATR**. 2010; 17(4): p.169-174. Disponível em:  
<[HTTP://www.actafisiatrica.org.br/v1/controle/secure/Arquivos/AnexosArtigos/1373B284BC381890049E92D324F56DE0/169-174\\_Escala%20Salsa%20e%20grau%20de%20Incapacidades%20da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20de%20Sa%C3%BAde\\_v2.pdf](http://www.actafisiatrica.org.br/v1/controle/secure/Arquivos/AnexosArtigos/1373B284BC381890049E92D324F56DE0/169-174_Escala%20Salsa%20e%20grau%20de%20Incapacidades%20da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20de%20Sa%C3%BAde_v2.pdf)>. Acesso em: 03 mar. 2013.

LANA, F. C. F.; CARVALHO, A. P. M.; DAVI, R. F. L. Perfil epidemiológico da hanseníase na microrregião de Araçuaí e sua relação com ações de controle. **Esc Anna Nery** (imp.) 2011 jan-mar; 15(1): 62-67. Disponível em: < [HTTP://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/09.pdf) >. Acesso em: 22 mar. 2013.



LANZA; LANA. Descentralização das ações de controle da hanseníase na microregião de Almenara, Minas Gerais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 19(1), jan-fev 2011.

LEHMAN, L. F. *et al.* **Avaliação Neurológica Simplificada**. BeloHorizonte: ALM International, 1997. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao\\_neuro\\_hansenise.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_neuro_hansenise.pdf)>. Acesso em 18 mar. 2013.

LIMA, P. M.; OLIVEIRA, A. C. M. Relação profissional-paciente: a busca pela humanização nos serviços de saúde. **Revista Fluminense de Odontologia**. Vol.1, Ano XVII - nº37, 2012. Disponível em: <<http://www.ijosd.uff.br/index.php/n37/article/view/130/93>>. Acesso em: 20 abr. 2014.

LUNA, R. L.; SABRA, A. **Medicina de família**. Saúde do adulto e do idoso. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

MARGARIDO, L. C.; RIVITTI, E. A. Hanseníase. In: FOCACCIA, R. Veronesi. **Tratado de Infectologia**. 4.ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

MELAO, S. *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase no extremo sul de Santa Catarina, no período de 2001 a 2007. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** [online]. 2011, vol.44, n.1, pp. 79-84. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v44n1/18.pdf>>. Acesso em 20 mar. 2013.

MENDES, V. O. **Repercussões da hanseníase no cotidiano de pessoas e de seus familiares**. 2004. 61f. Monografia (Especialização em Saúde da Família) - Universidade Estadual Vale do Acaraú - Ceará, Sobral, 2004.

OPROMOLLA, D. V. A. **Noções de hansenologia**. Bauru: Centro de estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 1981.

RAMOS, J. M. H.; SOUTO, F. J. D. Incapacidade pós-tratamento em pacientes hansenianos em Várzea Grande, Estado de Mato Grosso. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** 43(3): 293-297, mai-jun, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n3/16.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2013.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia e saúde**. 7ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SANGI, K. C. C.; Hanseníase e estado reacional: história de vida de pessoas acometidas. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2009 abr/jan; 17(2): 209-14. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a12.pdf> >. Acesso em: 20 mar. 2013.

SOBRINHO, R. A. S. *et al.* Avaliação do grau de incapacidade em hanseníase: uma estratégia para sensibilização e capacitação da equipe de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2007 novembro-dezembro; 15(6). Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt\\_10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt_10.pdf) >. Acesso em: 19 mar. 2013

World Health Organization. WHO. **Trends in the detection of leprosy in 17 countries reporting  $\geq 1000$  new cases during 2010, and number of new cases detected annually since 2004**. Disponível em: <<http://www.who.int/wer/2011/wer8636.pdf>>. Acesso em 19 mar. 2013.

## APÊNDICE A \_ TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

**TÍTULO DA PESQUISA:** LIMITAÇÃO DE ATIVIDADE FUNCIONAL, CONSCIÊNCIA DE RISCO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM HANSENÍASE

**PESQUISADORA RESPONSÁVEL:** Cleidilene Luiza dos Santos (Mestranda)

**ORIENTADOR:** Professor Ari Miguel Teixeira Ott

1. Você \_\_\_\_\_ está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar desta pesquisa que tem como finalidade avaliar a limitação de atividade funcional, consciência de risco e participação social em pacientes no período pós-alta da hanseníase, atendidos na Referência Estadual de Hanseníase do estado de Rondônia (Policlínica Oswaldo Cruz) através da escala SALSA e escala de participação.
2. Poderão participar desta pesquisa os pacientes deste Programa de Controle da Hanseníase, que tenham idade igual ou maior que 18 anos e que já receberam alta por cura do tratamento para hanseníase. Esta pesquisa justifica-se pela hanseníase ser uma doença que pode causar grande prejuízo na qualidade de vida dos pacientes por ela acometidos, no sentido de limitar as relações interpessoais, causando um agravo no âmbito social e psicológico, originado muitas vezes do prejuízo físico e da limitação de atividades de vida diária, que por sua vez poderiam ter sido anulados ou minimizados por uma assistência com cuidados integralizados e efetivos.
3. Ao participar deste estudo o(a) senhor(a) permite que a pesquisadora lhe faça perguntas contidas na escala SALSA e de participação (essas escalas são validadas pelo Ministério da Saúde). Essas escalas serão anexadas ao seu prontuário;
4. Esta pesquisa não oferece riscos aos seus participantes. Será garantido o sigilo, a privacidade e o anonimato dos mesmos, estes terão liberdade de recusar a participação na pesquisa ou desistir dela em qualquer momento, sem lhes acarretar nenhum prejuízo. Os participantes não receberão nenhum pagamento por participarem da pesquisa, nem terão despesas ao participar desta;
5. Sua participação na pesquisa, não acarretará nenhum preconceito, discriminação ou desigualdade social;
6. O participante não terá nenhum benefício direto. Porém, espera-se que este estudo traga informações importantes sobre a relação das incapacidades ocasionadas pela hanseníase com as atividades de vida diária exercidas pelo paciente no período pós-alta, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa colaborar com o processo de melhoria da assistência a esses pacientes, baseando-

- se nas reais necessidades apresentadas pelos mesmos. Ressalta-se que a pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos;
7. Os resultados deste estudo podem ser publicados, mas seu nome ou identificação não serão revelados;
  8. Esta pesquisa foi aprovada através do parecer 171.743 do dia 11/12/2012 pelo Comitê de Ética em pesquisa em Seres Humanos da Fundação Universidade Federal de Rondônia. Assim, este termo está de acordo com a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de outubro de 1996, para proteger os direitos dos seres humanos em pesquisas. Qualquer dúvida quanto aos seus direitos como sujeito participante em pesquisas, ou se sentir que foi colocado em riscos não previstos, você poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa para esclarecimentos (UNIR - Campus José Ribeiro Filho, Anexo ao Núcleo de Saúde, fone 2182-2111).
  9. Para contato com a pesquisadora poderá ser enviado e-mail para [cleidilenels@yahoo.com.br](mailto:cleidilenels@yahoo.com.br), pelo telefone (69)3216-5443, ou no endereço: Rua da Beira subesquina com Rua Três e Meio, Bairro Lagoa – Porto Velho RO (Gerência de Enfermagem – Policlínica Oswaldo Cruz)

OBS.: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

### **Consentimento Livre e Esclarecido**

Li as informações acima, recebi explicações e esclareci minhas dúvidas sobre a natureza, riscos e benefícios do projeto. Comprometo-me a colaborar voluntariamente e compreendo que posso retirar meu consentimento e interrompê-lo a qualquer momento, sem penalidade. Ao assinar este termo, não estou desistindo de quaisquer direitos meus. Declaro que recebi cópia deste termo de consentimento.

Assinatura do participante \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B \_ CARTA DE ANUÊNCIA DO GESTOR



POLICLÍNICA  
**OSWALDO CRUZ**

GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
Policlínica Oswaldo Cruz

Secretaria de  
Saúde



GOVERNO DE  
**RONDÔNIA**  
ESTADO DA COOPERAÇÃO

Porto Velho, 08 de novembro de 2012

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Ao

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos  
Fundação Universidade Federal de Rondônia - UNIR

Eu, **DR. KENNER GRANADO JUNQUEIRA**, responsável pela Instituição de Saúde **POLICLÍNICA OSWALDO CRUZ**, declaro minha anuência em relação ao projeto de pesquisa intitulado "**LIMITAÇÃO DE ATIVIDADE FUNCIONAL, CONSCIÊNCIA DE RISCO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM HANSENÍASE**" de responsabilidade da mestrandia **CLEIDILENE LUIZA DOS SANTOS**, sob orientação do Professor Doutor **ARI MIGUEL TEIXEIRA OTT**, ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UNIR.

Declaro estar ciente do conteúdo deste projeto de pesquisa, bem como de seus objetivos, benefícios e justificativas.

Declaro estar de acordo com a proposta apresentada, entretanto, afirmo que a execução do projeto, nesta instituição, será autorizada somente após o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Fundação Universidade Federal de Rondônia. Após a aprovação do projeto, disponho-me a colaborar com:

- Infraestrutura necessária (consultório de enfermagem equipado para a realização de possíveis avaliações dos pacientes e aplicações das escalas – SALSA e de Participação).
- Autorização para a pesquisadora consultar os prontuários dos pacientes do Programa de Controle da Hanseníase desta policlínica;
- Sensibilização dos profissionais do Programa de Controle da Hanseníase desta policlínica, quanto a importância da realização desta pesquisa.

Atenciosamente,

**04.287.520/0001-88**

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RONDÔNIA  
POLICLÍNICA OSWALDO CRUZ

Av. Jorge Teixeira, nº 3862

Setor Industrial - Cep: 78.900-000

Porto Velho

RO

Responsável pela Instituição  
(assinatura e carimbo)

Dr. Kenner Granado Junqueira  
Diretor Geral  
POC - BSAU/RO  
CRM 7191

## ANEXO A \_ PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
RONDÔNIA - UNIR

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Limitação de atividade funcional, consciência de risco e participação social em hanseníase

**Pesquisador:** Cleidilene Luiza dos Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 09279612.1.0000.5300

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Rondônia - UNIR

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 171.743

**Data da Relatoria:** 11/12/2012

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de estudo de abordagem quantitativa, a ser realizado com 200 pacientes no período pós-alta da hanseníase, atendidos na Unidade de Referência Estadual de Hanseníase do estado de Rondônia (Policlínica Oswaldo Cruz) com objetivo de avaliar a limitação de atividade funcional, consciência de risco e participação social dos mesmos, através de consulta aos prontuários e aplicação de questionários (OMS). O estudo será conduzido pela pesquisadora principal, sob orientação do Dr. Ary Teixeira Ottili, para elaboração de dissertação de Mestrado Profissional em ensino em Ciências da Saúde - UNIR.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo primário:** Avaliar a limitação de atividade funcional, consciência de risco e participação social em pacientes no período pós-alta da hanseníase, atendidos na Referência Estadual de Hanseníase do estado de Rondônia (Policlínica Oswaldo Cruz) através da escala SALSA e escala de participação.

**Objetivo Secundário:** Caracterizar o perfil da população em estudo. Verificar e interpretar a limitação de atividades e consciência de risco através da escala SALSA. Avaliar a participação social dos pacientes que tem ou já tiveram hanseníase através da escala de participação. Identificar o grau de incapacidade preconizado pela OMS; Relacionar os resultados obtidos quanto ao comprometimento da qualidade de vida dos indivíduos em questão e trabalhar dentro da perspectiva de ampliação do cuidado integralizado e resgate social no programa da hanseníase.

**Endereço:** Avenida Presidente Dutra, 2965 campus José R.

**Bairro:** Centro

**CEP:** 78.000-000

**UF:** RO

**Município:** PORTO VELHO

**Telefone:** (691)182-2111

**E-mail:** reitoria@unir.br;cep.unir@yahoo.com.br



## ANEXO A \_ PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CONTINUAÇÃO)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
RONDÔNIA - UNIR



### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo o protocolo, esta pesquisa não oferece riscos aos seus participantes. Nesse estudo, não haverá procedimentos para a coleta de amostras biológicas ou outros que gerem riscos diretos aos participantes. Como benefício, relata que o participante não terá nenhum benefício direto. Porém, espera-se que este estudo traga informações importantes sobre a relação das incapacidades ocasionadas pela hanseníase com as atividades de vida diária exercidas pelo paciente no período pós-alta, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa colaborar com o processo de melhoria da assistência a esses pacientes, baseando-se nas reais necessidades apresentadas pelos mesmos.

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo observacional descritivo de abordagem quantitativa, a ser realizado na Referência Estadual de Hanseníase do Estado de Rondônia, localizada em Porto Velho (capital do estado). Os prontuários dos participantes da pesquisa serão consultados para que seja estabelecida a classificação operacional da hanseníase no momento em que o caso foi diagnosticado; em seguida será estabelecido o grau de incapacidade (GI-OMS) atual, além de identificar informações que caracterizarão a população em estudo (idade, gênero, escolaridade, profissão, ocupação e município de residência). A avaliação dos pacientes compreenderá aplicação das escalas de participação e SALSA, que servirão como instrumentos para avaliar limitação de atividades, consciência de risco e participação social. A análise das referidas escalas geram escores que indicam o grau da limitação funcional, a consciência de risco que a limitação impõe e o grau de restrição à atividade social. Após a aplicação das escalas, os dados serão organizados através do software Epi Info, e posteriormente transformados em tabelas, gráficos e diagramas explicativos com a finalidade de apresentar os dados obtidos, bem como a análise estatística dos mesmos para elaboração da dissertação de mestrado.

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A folha de rosto está devidamente preenchida e registrada a ciência institucional. O protocolo de pesquisa apresenta referencial teórico adequado à problemática a ser estudada e as referências bibliográficas são pertinentes ao tema. A metodologia é de uma pesquisa quantitativa. Apresenta cronograma e orçamento bem definidos, se comprometendo financeiramente pela execução do projeto, apresenta carta de anuência do diretor da instituição autorizando a realização da pesquisa. Os critérios de inclusão e exclusão estão bem definidos. Apresenta TCLE redigido de forma clara, contemplando as questões éticas de acordo com a resolução 196/96 do CNS.

### **Recomendações:**

Não se aplica.

**Endereço:** Avenida Presidente Dutra, 2965 campus José R.

**Bairro:** Centro

**CEP:** 78.000-000

**UF:** RO

**Município:** PORTO VELHO

**Telefone:** (691)182-2111

**E-mail:** reitoria@unir.br;cep.unir@yahoo.com.br

## ANEXO A \_ PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CONTINUAÇÃO)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
RONDÔNIA - UNIR



### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise detalhada do projeto "Limitação de atividade funcional, consciência de risco e participação social em hanseníase" e considerando as normas estabelecidas na Resolução 196/96/CNS/MS, a relatora se manifesta neste momento a favor da aprovação do projeto de pesquisa.

### Situação do Parecer:

Aprovado

### Necessita Apreciação da CONEP:

Não

### Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer do relator aprovado em reunião do colegiado realizada em 11/12/2012.

PORTO VELHO, 13 de Dezembro de 2012

Assinador por:

**LUCINDA MARIA DUTRA DE SOUZA MOREIRA**  
(Coordenador)

Endereço: Avenida Presidente Dutra, 2965 campus José R.

Bairro: Centro

CEP: 78.000-000

UF: RO

Município: PORTO VELHO

Telefone: (691)182-2111

E-mail: reitoria@unir.br;cep.unir@yahoo.com.br

LEI Nº 13.069/2014 - LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL



## ANEXO B \_ ESCALA SALSA

<b>Escola SALSA</b> Screening of Activity Limitation & Safety Awareness (Triagem de Limitação de Atividade e Consciência de Risco)		Se SIM, o quanto isso é fácil para você?			Se NÃO, por que não?		
		Fácil	Um pouco difícil	Muito difícil	Eu não preciso fazer isso	Eu fisicamente não consigo	Eu evito por causa do risco
Marque uma resposta em cada linha							
1.	<b>Você consegue enxergar</b> (o suficiente para realizar suas atividades diárias)?	1	2	3		4	
2.	<b>Você se senta ou agacha no chão?</b>	1	2	3	0	4	4
3.	<b>Você anda descalço?</b> i.e. a maior parte do tempo	1	2	3	0	④	④
4.	<b>Você anda sobre chão irregular?</b>	1	2	3	0	④	④
5.	<b>Você anda distâncias mais longas?</b> i.e. mais que 30 minutos	1	2	3	0	④	④
6.	<b>Você lava seu corpo todo?</b> (usando sabão, esponja, jarra; de pé ou sentado)	1	2	3	0	4	4
7.	<b>Você corta as unhas das mãos ou dos pés?</b> e.g. usando tesoura ou cortador	1	2	3	0	④	④
8.	<b>Você segura um copo/tigela com conteúdo quente?</b> e.g. bebida, comida	1	2	3	0	4	4
9.	<b>Você trabalha com ferramentas?</b> i.e. ferramentas que você segura com as mãos para ajudar a trabalhar	1	2	3	0	④	④
10.	<b>Você carrega objetos ou sacolas pesadas?</b> e.g. compras, comida, água, lenha	1	2	3	0	④	④
11.	<b>Você levanta objetos acima de sua cabeça?</b> e.g. para colocar em uma prateleira, em cima de sua cabeça, para estender roupa para secar	1	2	3	0	④	④
12.	<b>Você cozinha?</b> i.e. preparar comida quente ou fria	1	2	3	0	④	④
13.	<b>Você despeja/serve líquidos quentes?</b>	1	2	3	0	④	④
14.	<b>Você abre/fecha garrafas com tampa de rosca?</b> e.g. óleo, água	1	2	3	0	4	4
15.	<b>Você abre vidros com tampa de rosca?</b> e.g. maionese	1	2	3	0	④	④
16.	<b>Você mexe/manipula objetos pequenos?</b> e.g. moedas, pregos, parafusos pequenos, grãos, sementes	1	2	3	0	4	4
17.	<b>Você usa botões?</b> e.g. botões em roupas, bolsas	1	2	3	0	4	4
18.	<b>Você coloca linha na agulha?</b> i.e. passa a linha pelo olho da agulha	1	2	3	0	④	④
19.	<b>Você apanha pedaços de papel, mexe com papel/coloca papel em ordem?</b>	1	2	3	0	4	4
20.	<b>Você apanha coisas do chão?</b>	1	2	3	0	4	4
<b>Escores parciais</b>		(S1)	(S2)	(S3)	(S4)	(S5)	(S6)
<b>Escore SALSA (some todos os escores parciais)</b>		(S1+S2+S3+S4+S5+S6)					
<b>Escore de consciência de risco (Conte o número de ④'s marcados em cada coluna)</b>							

( ) 10-24 Sem limitação; ( ) 25-39 Limitação leve; ( ) 40-49 Limitação moderada;  
 ( ) 50-59 Limitação severa; ( ) 60-80 Limitação muito severa



## ANEXO C \_ ESCALA DE PARTICIPAÇÃO

No	Escala de Participação	Não especificado, não respondeu				Irrelevante, eu não quero, eu não preciso	Não é problema	Pequeno	Médio	Grande	PONTUAÇÃO
			Sim	Às vezes	Não						
1	Você tem a mesma oportunidade que seus pares para encontrar trabalho?		0			0					
	<i>[se às vezes ou não]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
2	Você trabalha tanto quanto seus pares? (mesmo número de horas, tipo de trabalho, etc.)?		0			0					
	<i>[se às vezes ou não]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
3	Você contribui economicamente com a sua casa de maneira semelhante à de seus pares?		0			0					
	<i>[se às vezes ou não]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
4	Você viaja para fora de sua cidade com tanta frequência quanto seus pares (exceto para tratamento), p.ex., feiras, encontros, festas?		0			0					
	<i>[se às vezes ou não]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
5	Você participa tão ativamente quanto seus pares das festas e rituais religiosos (p.ex., casamentos, batizados, velórios, etc.)?		0			0					
	<i>[se às vezes ou não]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
6	Você participa de atividades recreativas/sociais com a mesma frequência que os seus pares (p.ex., esportes, conversas, reuniões)?		0			0					
	<i>[se às vezes ou não]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
7	Você é tão ativo socialmente quanto os seus pares (p.ex., em atividades religiosas/comunitárias)?		0			0					
	<i>[se às vezes ou não]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
8	Você recebe o mesmo respeito na comunidade quanto os seus pares?		0			0					
	<i>[se às vezes ou não]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
9	Você tem a mesma oportunidade de se cuidar tão bem quanto seus pares (aparência, nutrição, saúde)?		0			0					
	<i>[se às vezes ou não]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
10	Você visita outras pessoas na comunidade com a mesma frequência que seus pares?		0			0					
	<i>[se às vezes ou não]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
11	Você se locomove dentro e fora de casa e pela vizinhança/cidade do mesmo jeito que os seus pares?		0			0					
	<i>[se às vezes ou não]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	



## ANEXO C \_ ESCALA DE PARTICIPAÇÃO (CONTINUAÇÃO)

No	Escala de Participação	Não especificado, não respondeu	Sim	Às vezes	Não	Irrelevante, eu não quero, eu não preciso	Pontuação				PONTUAÇÃO
							Não é problema	Pequeno	Médio	Grande	
12	Em sua cidade/vizinhança, você frequenta todos os locais públicos (incluindo escolas, lojas, escritórios, mercados, bares e restaurantes)?		0			0					
	<i>[se às vezes ou não] até que ponto isso representa um problema para você?</i>						1	2	3	5	
13	Em sua casa, você faz o serviço de casa?		0			0					
	<i>[se às vezes ou não] até que ponto isso representa um problema para você?</i>						1	2	3	5	
14	Nas discussões familiares, a sua opinião é importante?		0			0					
	<i>[se às vezes ou não] até que ponto isso representa um problema para você?</i>						1	2	3	5	
15	Em sua casa, os utensílios que você usa para comer são guardados juntos com os do resto da família?		0			0					
	<i>[se às vezes ou não] até que ponto isso representa um problema para você?</i>						1	2	3	5	
16	Você ajuda outras pessoas (p.ex., vizinhos, amigos ou parentes)?		0			0					
	<i>[se às vezes ou não] até que ponto isso representa um problema para você?</i>						1	2	3	5	
17	Você se sente à vontade quando encontra pessoas novas?		0			0					
	<i>[se às vezes ou não] até que ponto isso representa um problema para você?</i>						1	2	3	5	
18	Você se sente confiante para tentar aprender coisas novas?		0			0					
	<i>[se às vezes ou não] até que ponto isso representa um problema para você?</i>						1	2	3	5	

Comentário:

TOTAL

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

## Graus de restrição de participação

Sem restrição significativa	Leve restrição	Restrição moderada	Restrição grave	Restrição extrema
0 - 12	13 - 22	23 - 32	33 - 52	53 - 90

Disclaimer: The Participation Scale is the intellectual property of the Participation Scale Development Team. Neither the Team or its sponsors can be held responsible for any consequences of the use of the Participation Scale.