

Camila Aline Lázaro

Limitação Funcional de Atividades Em Pessoas
Em Pós Alta Medicamentosa De Hanseníase

São José do Rio Preto

2016

Camila Aline Lázaro

**LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE ATIVIDADES EM PESSOAS EM PÓS ALTA
MEDICAMENTOSA DE HANSENÍASE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, para Exame de defesa de Mestrado.

Orientadora: Profa. Dra Vânia Del'Arco Paschoal

São José do Rio Preto

2016

Lázaro, Camila Aline

Limitação funcional de atividades em pessoas em pós alta medicamentosa de hanseníase, Camila Aline Lázaro

São José do Rio Preto, 2016. 80 p.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Orientadora: Profa. Dra. Vânia Del’Arco Paschoal

Palavras chave: Atividades Cotidianas; Hanseníase; Autocuidado

Camila Aline Lázaro

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE ATIVIDADES EM
PESSOAS EM PÓS ALTA MEDICAMENTOSA DE
HANSENÍASE

BANCA EXAMINADORA

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

Presidente e Orientadora: **Profa. Dra Vânia Del'Arco Paschoal**

1º Examinador: **Profa. Dra Daniela Comelis Bertolin**

2º Examinador: **Profa. Dra. Claudia Bernardi Cesarino**

Suplentes: **Profa. Dra. Vânia Zaqueu Brandão**

Prof. Dr Alexandre Lins Werneck

São José do Rio Preto, 25/agosto/2016

SUMÁRIO

Dedicatória	VI
Agradecimentos	VII
Lista de Figuras	X
Lista de Tabelas	XI
Lista de Abreviaturas e Símbolos	XII
Resumo	XIII
Abstract	XIV
Resumen	XV
1. INTRODUÇÃO	01
2. OBJETIVO	03
3. CASUÍSTICA E MÉTODO	04
4. RESULTADOS	07
5. DISCUSSÃO	11
6. CONCLUSÃO	18
REFERÊNCIAS	23
APÊNDICES	26
ANEXO	27
DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA	29
1º Artigo Científico submetido	
Perfil Epidemiológico da hanseníase em cidade do interior do estado de São Paulo, Brasil	29
COMPROVANTE DA SUBMISSÃO EM REVISTA CIENTÍFICA	43

Dedicatória

*A Deus
E à minha Família dedico.*

Agradecimentos

Primeiramente inicio esta página mandando todos os meus sinceros “OBRIGADAS” a DEUS, nosso pai, mantenedor, protetor e guia de todos os nossos sonhos, dos mais simples aos mais impossíveis.

Quero então, agradecer a todos aqueles que sempre confiaram em mim, do início, até então:

À minha família, meus pais Creuza e Alcides, que desde sempre estiveram ao meu lado, possibilitando e lutando lado a lado por aquilo que eu buscava, a vocês que, muitas vezes, renunciaram aos seus sonhos para que eu pudesse realizar o meu, partilho e dedico a alegria deste momento, sem vocês tudo isso não se realizaria.

À minha única e exemplar irmã, Cristiane Alexandra Lázaro, aquela pela qual tenho tanto orgulho de poder assim chamar. Se hoje chego ao final de mais essa fase, foi por muito ter aprendido e acreditado com você ao meu lado me mostrando que sonhos eram assim possíveis de alcançar. Você abriu os caminhos e eu apenas os segui, meu eterno OBRIGADA pelos conselhos, pelos puxões de orelha, por tudo isso e por todo sempre.

Aos verdadeiros amigos, sempre tão únicos e indispensáveis.

“É tão bonito quando a gente sente que nunca está sozinho por mais que pense estar...” (Caminhos do coração – Gonzaguinha).

À amizade que resiste a distâncias e temporadas, Carla Faria. Desde os tempos de colégio a gente se entende como poucos e constrói uma vida repleta de novidades, desafios, e buscas, uma auxiliando a outra sempre, apesar das divergências de horários e localização. Agradeço sua amizade e sua paciência às fases de humores dificultados.

Às “melhores óvias” Lara Lima Francisco e Mariana Pazim Sassi. A vocês agradeço por toda essa intensidade e verdade em forma de amizade e companheirismo tão únicas na atualidade, que fez e faz de mim alguém mais forte.

Lara, suas palavras são sempre as mais sábias e sinceras, nada como ser antenada na astrologia para saber as melhores atitudes em cada momento da vida, e praticar o deboísmo como nenhuma outra pessoa. Mariana, esse coração tão nobre só me traz orgulho e agradecimento de te ter por perto sempre, tenho certeza que as coisas realmente acontecem em seus momentos

exatos; como consequência esse resultado sem dúvida tem o talento de vocês em me fazer sorrir e seguir.

À Stephanie Morales, por toda dedicação de uma amizade sincera, pelos incentivos, pelo humor indispensável e incomparável, pelos conselhos mais sábios.

Àquela que Deus presenteou como irmã, mesmo não sendo do mesmo DNA, Ana Flávia Oliveira, por simplesmente ter as melhores e devidas palavras em seus exatos momentos, sua amizade e parceria é um presente de Deus para mim.

Àquela que veio “abduzida” para trazer a alegria que faltava aos nossos corações, Yasmine Abdo, saibas que tens o dom de tranquilizar àqueles ao seu redor com tanta paz interior e que fizeste grande participação para que isso tudo chegasse até aqui.

À Caroline Benvenuti, pela amizade desde os primórdios da sua faculdade, pela preocupação, envolvimento, ajuda, conselhos e companheirismo em qual fase for que eu me coloque a passar.

À Débora Roberta, por essa amizade tão fiel. A ti devo mais que agradecimentos por esse momento. Sua presença e dedicação foi incomparavelmente importante em todas as fases, principalmente nas de superação.

À Ingridy Alves, você sabe que sempre foi um diferencial para todas nós. Sua amizade sem dúvida ilumina nossos dias. Obrigada pelos obstáculos vencidos lado a lado, pelas piadas e risadas sem fim, por chegar até aqui, ao meu lado.

VOCÊS fizeram total diferença nisso tudo. Existem fases que uma pessoa precisa de algumas poucas palavras para acordar, acreditar em si e ver que a vida vale mais que quaisquer poréns. Quando a vida permite que pessoas como vocês façam parte, como fazem da minha, as diferenças são iminentes; pelas orações, pelas melhores formas de me fazer sorrir e seguir em frente; se hoje isso se conclui, foi com gratidão ao que cada uma de vocês significa para mim. Caçulas dessa Família Enfermagem Famerp, vocês são meus orgulhos de sempre!

Ao modelo em que procuro me espelhar sempre: ao meu avô materno Nelson Pereira Dias (in memoriam) amor incondicional eterno, e por me ter ensinado a ser nobre, na essência da palavra. Que falta você me faz! O primeiro a acreditar em mim, exemplo de força, de garra, de um guerreiro sem igual, uma alegria contagiante que só de lembrar ainda dá para sentir, por toda teimosia que hoje me fez ser igual.

À Prof.^a Dr.^a Vânia Del’ Arco Paschoal (FAMERP), minha orientadora e exemplo profissional, por não ter permitido que eu interrompesse o processo e pela confiança. Quando “crescer”, eu quero pelo menos ser metade do que

tens sido por mim e por todos aqueles que tem o privilégio de conhece-la, não apenas como professora, mas também pela pureza da sua pessoa.

Aos professores da FAMERP, em especial ao Prof. Dr. Alexandre Lins Werneck e à Prof.^a Dr.^a Daniele Alcalá, pelo apoio de sempre, com conteúdo e dúvidas.

Às professoras Daniela Comélis Bertolin e Cláudia Bernardi Cesarino que aceitaram compor minha banca de qualificação, pelas sugestões e análises significativas às quais tentarei atender na versão definitiva do texto.

Aos colegas e amigos da turma do Mestrado, principalmente aos da Linha de pesquisa de Hansen, pela paciência e companheirismo. À Priscila Donda, por toda calma em ouvir e discutir ideias e impaciências, pela amizade que disso tudo se firmou; à Luana Fêmina e André Lozano por participarem junto da coleta de dados e construção desse trabalho.

Lista de figuras

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Distribuição de escores SALSA segundo a idade de pessoas atingidas por hanseníase em pós-alta medicamentosa 08

Lista de Tabelas e Quadro

LISTA DE TABELAS E QUADRO

Tabela 1	Distribuição das frequências da limitação das atividades encontradas em pessoas atingidas por hanseníase em pós-alta medicamentosa após aplicação do SALSA	07
Tabela 2	Frequência de respostas de pessoas atingidas pela hanseníase em pós-alta medicamentosa na avaliação SALSA segundo os domínios enxergar, mobilidades de membros superiores e inferiores, autocuidado e destreza.	10
Quadro 1	Intervenções indicadas em cada domínio de acordo com seu comprometimento.	11

Lista de Abreviaturas e Símbolos

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

CIF- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DP – Desvio padrão

FAMERP - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

GI/OMS - Grau de Incapacidade em hanseníase utilizado pela Organização Mundial da Saúde

MG- Estado de Minas Gerais

MMII – Membros inferiores

MMSS- Membros superiores

OMS – Organização Mundial da Saúde

RO – Estado de Rondônia

Salsa - Screening of Activity Limitation & Safety Awareness

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Resumo

RESUMO

INTRODUÇÃO: A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, que apresenta uma evolução lenta e se manifesta por sinais na pele e nervos periféricos. Representa um problema de saúde pública que pode levar a deficiências que gera a limitação de atividades dos acometidos, podendo trazer mudanças drásticas e acarretar diversas dificuldades. **OBJETIVO:** O objetivo deste estudo é verificar a presença e o grau da limitação de atividades avaliada pela escala Screening of Activity Limitation and Safety Awareness (SALSA) pós-alta medicamentosa de pacientes que tiveram hanseníase. **CASUÍSTICA E MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo transversal, no qual foi realizado um levantamento de dados de limitação de atividades, por meio de entrevistas semiestruturadas e uso da escala Screening of Activity Limitation & Safety Awareness (SALSA), aplicadas em 59 portadores que se encontravam em alta medicamentosa tratados no período de 2001 a 2013 nos municípios de Jaci e Mirassol no interior do Estado de São Paulo. **RESULTADOS:** De 98 pessoas tratadas no período, 59(60,2%) foram entrevistadas, sendo 30(50,8%) homens, 29 (49,20) mulheres e a idade variou de 21 a 88 anos, apresentando dp (12,5), média (58,8), mediana (61,0). Verificou que dos 59 pacientes a maior dificuldade é a movimentação de membros Superiores e que os riscos apesar de pouco relatados apareceram no autocuidado e movimentação de membros superiores. **CONCLUSÃO.** Concluiu-se que foi possível perceber que os indivíduos ainda se deparam com dificuldades na sua vida cotidiana para desempenhar algumas funções, necessitando de algum meio de intervenção e/ou orientação para poderem se embasar e possibilitar a melhoria da sua qualidade de vida.

Palavras chave: Atividades Cotidianas; Hanseníase; Autocuidado

Abstract

ABSTRACT

INTRODUCTION: Leprosy is an infectious disease, which presents a slow evolution and signs on the skin and peripheral nerves are manifested. It represents a public health problem that can lead to deficiencies, which generate the limiting activities of the affected people and can bring drastic changes and result in several difficulties. **OBJECTIVE:** The aim of this study is to verify the presence and degree of activity limitations assessed by the scale Screening of Activity Limitation and Safety Awareness (SALSA) drug after discharge of patients who had leprosy. **METHODOLOGY:** This is a cross-sectional descriptive study, which was conducted a survey of activity limitation data, through semi-structured interviews and the use of screening scale of Activity Limitation & Safety Awareness (SALSA), applied in 59 patients who were in High drug treated from 2001 to 2013 in the counties of Jaci and Mirassol in the state of São Paulo. **RESULTS:** 98 people treated in the period, 59 (60.20%) were interviewed, 30 (50.80%) males, 29 (49.20) women and the age ranged from 21 to 88 years, with dp (12.56), average (58.83), medium (61). Thus, it was verified that of the 59 patients the greatest difficulty is the movement of upper limbs and the risks although underreported appeared in self-care and movement of the upper limbs. **CONCLUSION.** It was concluded that was possible to realize that the individuals still face difficulties in their daily lives to perform some functions, requiring some means of intervention and / or orientation to base and enable the improvement of their quality of life.

Keywords: Activities of Daily Living; Hansen's disease; Self Care

Resumen

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La lepra es una enfermedad infecciosa que tiene una evolución lenta y se manifiesta por signos en la piel y los nervios periféricos. Es un problema de salud pública que puede dar lugar a trastornos que generan la limitación de las actividades de los que sufren esa enfermedad y pueden provocar cambios drásticos e implicar diversas dificultades. **OBJETIVO:** El objetivo de este estudio es verificar la presencia y grado de limitaciones en las actividades evaluadas por la escala de Actividad Limitación y concientización sobre la seguridad del medicamento (SALSA) tras el alta de los pacientes con lepra. **METODOLOGÍA:** Se trata de un estudio descriptivo transversal, en el que se llevó a cabo un estudio de los datos de limitación de la actividad a través de entrevistas semi estructuradas y uso de la escala de la Actividad Limitación y Principios de seguridad (SALSA), aplicado en 59 pacientes que se encontraban en alta pero con el uso de drogas, tratados entre 2001-2013 en los municipios de Jaci y Mirassol dentro del estado de Sao Paulo. **RESULTADOS:** De las 98 personas tratadas en el período, 59 (60.20%) fueron entrevistadas, 30 (50.80%) hombres y 29 (49.20) mujeres, la edad varió de 21 a 88 años, con dp (12.56), promedio (58.83), media (61). Se encontró que de los 59 pacientes la mayor dificultad es el movimiento de los miembros superiores y los riesgos a pesar de pocos registros, aparecieron en el autocuidado y el movimiento de las extremidades superiores. **CONCLUSION.** Se llegó a la conclusión de que se reveló que los individuos siguen teniendo dificultades en su vida diaria para realizar algunas funciones, que requieren algunos medios de intervención y / o orientación que les permita la mejora de su calidad de vida.

Palabras clave: Actividades cotidianas; Lepra; Autocuidado

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium leprae*, tem sido considerada como uma das mais negligenciadas no mundo¹, representa ainda um problema de saúde pública, sendo o Brasil o segundo país mais endêmico no mundo^{2,3}.

Sua característica principal se refere ao acometimento dermatoneurológico, apresentando-se em quatro formas clínicas: indeterminada, tuberculóide, dimorfo e virchowiano⁴.

A transmissão se faz por meio de contato com a pessoa que porta o *mycobacterium leprae*, e não se encontram em tratamento, por vias aéreas superiores. Com uma porcentagem alta de 90 a 95% da população apresentando resistência imunológica ao bacilo³.

O tratamento da doença é realizado institucionalmente através de esquemas terapêuticos padronizados, seguindo a classificação operacional a seguir:

- ✓ Para os casos PAUCIBACILARES são utilizadas 6 cartelas, conforme padronização³:

Adulto	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada.
Criança	Rifampicina (RFM): dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 50 mg supervisionada e dose diária de 50 mg autoadministrada.

Fonte: Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – CGHDE/DEVIT/SVS/MS.

A duração do tratamento é de 6 cartelas em até 9 meses com o comparecimento mensal para dose supervisionada.

Após este período, o portador da doença deve ser submetido ao exame dermatológico, à avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física para receber alta por cura³.

Para os casos MULTIBACILARES utiliza-se o esquema de 12 cartelas:

Adulto	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada.
	Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300 mg (3 cápsulas de 100 mg) com administração supervisionada e 1 dose diária de 50 mg autoadministrada.
Criança	Rifampicina (RFM): dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 50 mg supervisionada e dose diária de 50 mg autoadministrada.
	Clofazimina (CFZ): dose mensal de 150 mg (3 cápsulas de 50 mg) com administração supervisionada e uma dose de 50 mg autoadministrada em dias alternados.

Fonte: Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – CGHDE/DEVIT/SVS/MS.

A duração desse tratamento é de 12 cartelas em até 18 meses e o critério de alta será após as 12 cartelas em até 18 meses. Na 12ª dose supervisionada, os doentes devem realizar exame dermatológico, avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física para receber alta por cura³.

A frequência de deficiências físicas tem uma ação bastante negativa sobre o indivíduo, influenciando na sua capacidade de trabalho e convívio social, ainda que seja orientado aos pacientes de hanseníase quando em tratamento, que podem continuar a relacionar-se com seus familiares e amigos normalmente, sem restrições ou isolamentos^{5,6}.

Além disso, associados ao acometimento de lesões dos nervos periféricos os estados reacionais que surgem no decorrer da doença e após ela, podem repercutir em deficiências físicas permanentes, comprometendo de imediato e com grande significado a existência dos pacientes, por meio da auto-estigmatização e preconceito, podendo ainda, gerar atitudes de rejeição e discriminação ao doente pela sociedade de convívio, repercutindo em uma exclusão social⁴.

As atividades rotineiras presentes na vida de qualquer pessoa favorecem a sua independência pessoal. Quando há incapacidade de desenvolvimento das mesmas, temporária ou definitivamente, de forma independente e eficiente, conforme seus padrões culturais, sociais e de seus próprios valores, poderão ser afetados sua autoestima, sua vida financeira, privacidade e diversos papéis que possa vir a desempenhar^{5,7-9}.

Ainda não se tem uma compreensão exata referente às implicações que dificultam o desenvolvimento das atividades cotidianas, da mesma forma, determinar a natureza e o grau dos problemas que atingem as pessoas que foram acometidas pela doença tem se tornando cada vez mais importante para os profissionais de saúde terem conhecimento suficiente para realizarem educação em saúde ou outras estratégias para prevenção das deficiências e/ou tratar as pessoas já afetadas.

OBJETIVOS

Avaliar a limitação de atividades funcionais de pessoas no período pós-alta medicamentosa de hanseníase e elaborar propostas educativas e de intervenções para melhoria dessas habilidades.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo transversal, com abordagem quantitativa e foram incluídos todos os pacientes de hanseníase que tiveram alta do tratamento medicamentoso no período de 2001 a 2013 na rede básica de saúde dos municípios de Jaci e Mirassol no interior do estado de São Paulo.

O projeto foi aprovado sob nº 386.555 do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), todos os sujeitos envolvidos tiveram os esclarecimentos do conteúdo da pesquisa, e após aceita a participação, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. (Anexo1 e 2)

Os critérios de inclusão foram ter diagnóstico de hanseníase, estar de alta medicamentosa, ser adulto (18 anos ou mais). Foram excluídos os sujeitos que faleceram, os que abandonaram o tratamento e os que não pertenciam aos municípios estudados.

A coleta de dados foi realizada inicialmente por buscas de pacientes que finalizaram o tratamento medicamentoso, do período de 2001 a 2013 no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) das redes públicas das prefeituras de Jaci e Mirassol. Depois de realizada esta etapa, 98 sujeitos foram selecionados, e pesquisados seus prontuários em unidades pertencentes, para obtenção de informações pessoais. Em seguida, pelo contato telefônico foram agendadas entrevistas. Caso não comparecessem

foram contactados novamente por telefone e reagendada nova data. Todos os pacientes que disponibilizaram informações de endereço em seu prontuário, e que não atenderam o contato telefônico, não o tinham, ou mudaram de número, foram visitados em suas residências para avaliação e entrevista. Foram entrevistadas 59 pessoas.

Para a obtenção dos dados foi utilizado instrumento de coleta de dados que continha a caracterização sócio demográfica e aplicado o *Screening Of Activity Limitation* (Escala de Triagem de Limitação de Atividade –SALSA) é um instrumento validado para o Brasil, que mensura a limitação de atividade elaborada com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)^{10,11}. A escala varia de 10 a 80; quanto maior a pontuação, maior a limitação das atividades da pessoa afetada. Este instrumento tem como finalidade principal realizar um reconhecimento do nível de alteração nas atividades cotidianas. (APENDICE 1)

O SALSA contém 20 questões que abrangem domínios como mobilidade dos pés, autocuidado, trabalho e destreza das mãos. Cada questão possui um escore e indaga à pessoa com hanseníase se ela consegue realizar determinada ação. Foi então explicado o método de entrevista, realizadas as perguntas e pontuando-as uma a uma. Caso a resposta fosse positiva, pontuava-se o grau de dificuldade: 1- realizada com facilidade (fácil), 2- com um pouco de dificuldade (um pouco difícil), 3- muito difícil. Se a resposta fosse negativa, ele precisa verbalizar se: 1- não a realiza por não precisar fazer isso, 2- se fisicamente não conseguia ou 3- ele evitava realizar a ação devido ao Risco¹¹.

O resultado varia de 1 a 80 pontos, podendo ser estratificado em: de 10-24 (sem limitação); 25-39 (limitação leve); 40-49 (limitação moderada); 50-59 (limitação severa); 60-80 (limitação muito severa).

Os dados foram organizados em planilha do Microsoft Excel, e avaliados conforme frequência de respostas onde foram realizados a análise descritiva e os resultados categorizados em Fácil, Difícil e Risco

RESULTADOS

Foram entrevistados 59 portadores, sendo que 30 (50,80%) eram do gênero masculino e 29 (49,20%) do feminino. A idade variou entre 21 e 88 anos com média de 60,0 anos, mediana 61,0 (DP±12,56) anos.

O escore SALSA variou de 2 a 65 pontos. Dos participantes 49,20% (n=29) não relataram nenhuma limitação. A pontuação com máxima frequência de indivíduos foi a de 20, 21 e 28 pontos observada em 18 (30,50%) participantes. Escores acima de 50 pontos foram alcançados somente por 2 (3,40%) pessoas (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das frequências da limitação das atividades encontradas em pessoas atingidas por hanseníase após a alta medicamentosa com aplicação do SALSA. Mirassol, Jaci-SP, 2001 a 2013.

Limitação de atividades	No.	%
Nenhuma	29	49,20
Leve	22	35,60
Moderada	6	10,20
Severa	1	1,70
Muito severa	1	1,70
Total	59	100,0

A figura 1 apresenta a distribuição do escore na população do estudo em comparação com a idade. Mostra que a linha de tendência é ascendente gradativamente com o decorrer do tempo, o que se é esperado, mas que alguns dos estudados já apresentam escores aumentados mesmo com menos idade.

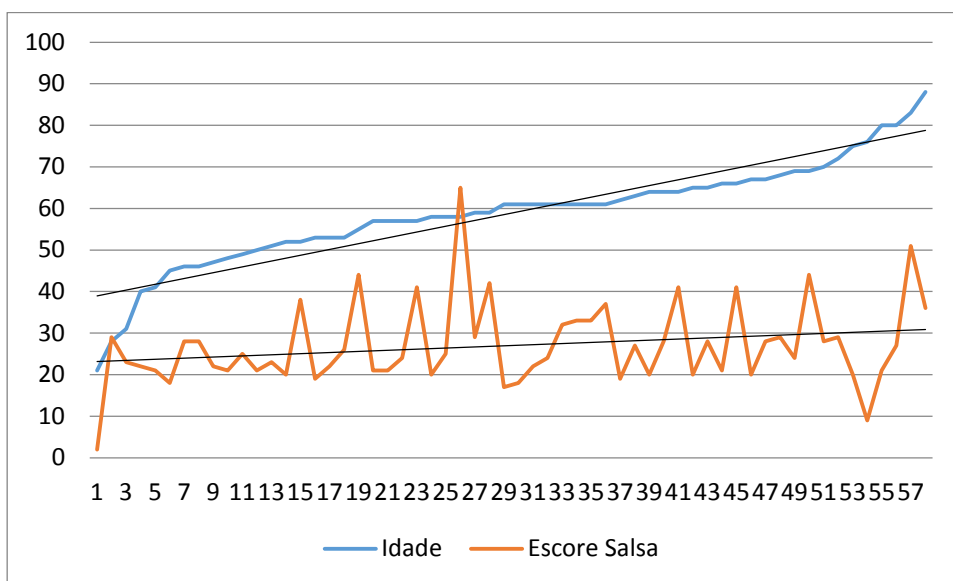


Figura 1. Distribuição de escores SALSA segundo a idade de pessoas atingidas por hanseníase em pós-alta medicamentosa. Mirassol, Jaci-SP, 2001 a 2013.

Para favorecer a melhor compreensão dos resultados, a apresentação dos mesmos foi dividida por domínios dos quais os portadores obtiveram maior índice de necessidade de atenção.

Na Tabela 2, observa-se que houve a citação de Riscos de limitação funcional de acordo com a Escala SALSA nas atividades como Pegar objetos pesados (11,86%), seguido de Pegar objetos quentes (3,38%). Outros relatados foram Agachar, Andar a longas distâncias, Andar em chão regular, Higienizar o corpo, Cortar as unhas dos pés, Erguer objetos, e Pegar algo no chão (1,69%).

No domínio “Enxergar” 67,70% dos participantes considerou uma tarefa Fácil e não relataram nenhum Risco.

Obteve-se para o domínio “Mobilidade de Membros Inferiores” em seus subitens, a atividade de Agachar (50,85%) foi considerada Difícil e 1,69 de Risco. Foi encontrado também Atividade de Risco em Andar distâncias longas (1,69%) requerendo alguma intervenção.

Apesar da maioria dos entrevistados narrarem avaliação Fácil no domínio de “Auto-cuidado”, notou-se a presença de avaliação de Risco em todos os subitens das atividades, exigindo atenção específica para atividades como Higienizar corpo, Cortar as unhas dos pés.

O domínio “Mobilidade de Membros Superiores” foi considerado como a categoria que apresentou limitação de atividades específico como Risco à integridade (10;15,93%) quando comparado com as demais, devido a limitação Pegar objetos pesados, Quentes e erguer acima da cabeça, resultando na exigência de atenção e cuidados.

Para o domínio “Destreza”, 57,63% dos entrevistados relataram como Difícil a subcategoria Passar linha na agulha, e Risco (1,69%) para Pegar algo no chão.

Tabela 2. Frequência de respostas de pessoas atingidas pela hanseníase em pós-alta medicamentosa na avaliação SALSA segundo os domínios enxergar, mobilidades de membros superiores e inferiores, autocuidado e destreza. São José do Rio Preto, SP. 2015 (n=59)

DOMINIOS	VARIÁVEIS	AVALIAÇÃO					
		FÁCIL		DIFÍCIL		RISCO	
		No.	%	No.	%	No.	%
Enxergar	Enxergar	40	67,79	19	32,21	-	-
Mobilidade de MMII	Agachar	28	47,46	30	50,85	1	1,69
	Andar descalço	46	78,00	13	22,00	-	-
	Andar em chão irregular	35	59,32	24	40,68	-	-
	Andar distâncias longas	39	66,10	19	32,21	1	1,69
Autocuidado	Higienizar corpo banho	40	67,79	18	30,52	1	1,69
	Cortar as unhas dos pés	38	64,42	20	33,89	1	1,69
Mobilidade MMSS	Pegar objetos quentes	45	76,28	12	20,34	2	3,38
	Pegar ferramentas	46	78,00	13	22,00	-	-
	Pegar objetos pesados	32	54,24	20	33,90	7	11,86
	Erguer objetos acima cabeça	40	67,79	18	30,52	1	1,69
	Cozinhar	51	86,44	8	13,56	-	-
	Despejar líquidos quentes	53	89,83	6	10,17	-	-
	Abrir e fechar garrafas	46	77,97	13	22,03	-	-
	Abrir/fechar vidros com rosca	47	79,66	12	20,34	-	-
Destreza	Pegar objetos pequenos	53	89,83	6	10,17	-	-
	Manusear botões	50	84,74	9	15,26	-	-
	Passar linha na agulha	25	42,37	34	57,63	-	-
	Manusear papéis	53	89,83	6	10,17	-	-
	Pegar algo no chão	41	69,49	17	28,82	1	1,69

Segue abaixo um quadro ilustrativo com intervenções possíveis de proporcionar melhorias na qualidade de realização das atividades abordadas.

Quadro 1. Intervenções indicadas em cada domínio de acordo com seu comprometimento.

DOMÍNIO	DIFICULDADES ENCONTRADAS	INTERVENÇÃO
Enxergar	Acuidade visual comprometida Ressecamento da córnea	- Lubrificação contínua de córnea - Proteção da córnea contra intempéries - Indicação de uso adequado de óculos de grau
Mobilidade MMII	Sensibilidade plantar diminuída ou inexistente Lesão de nervos	- Proteção da pele - Fortalecimento muscular - Prevenir complicações. - Alívio da dor - Imobilização
Autocuidado	Sensibilidade diminuída em lesões da pele Sensibilidade diminuída em mãos e pés Lesões	- Reconhecimento do próprio corpo - Autocuidado - Avaliação diária da pele, olhos, mãos e pés
Mobilidade MMSS	Sensibilidade diminuída ou inexistente nas mãos Lesão de nervos	- Proteção da pele - Apoio ao caminhar - Fortalecimento muscular - Prevenir complicações - Alívio da dor
Destreza	Sensibilidade diminuída ou inexistente nas mãos Lesões e incapacidades físicas	- Observação e precaução das atividades de vida diária - Proteção da pele - Fortalecimento Muscular - Prevenir Complicações

DISCUSSÃO

O instrumento de coleta de dados mostrou-se eficaz para determinar os relatos de pessoas atingidas por hanseníase no pós-alta medicamentosa, assim com, foi aplicada em diferentes cenários socioculturais em pacientes que tem ou tiveram hanseníase^{13,14}, diabetes⁷ e outras neuropatias periféricas e favorece identificar limitações nas atividades de pessoas afetadas¹⁵⁻¹⁷.

A limitação de atividade foi observada em 49,20% dos participantes deste estudo. A idade dos sujeitos relacionada à deficiência, neste estudo, não revelou um dado significativo. Em estudo semelhante a este, com parecida idade média (53,8 anos) e faixa etária (de 18 a 87 anos) também mostrou que 57,40% dos entrevistados obtiveram pontuação que indica algum grau de limitação das atividades, ou seja, igual ou maior que 25 pontos⁷. Outro estudo com pacientes de hanseníase submetidos à cirurgia de neurólise para alívio à dor obtiveram escores maiores atingindo 91,70% dos casos estudados¹⁵.

Para identificar as informações relevantes sobre as limitações de atividades os dados coletados foram analisados e os resultados foram divididos em categorias possibilitando visualizar as intervenções em cada domínio.

Diante disso pode-se observar predomínio da resposta “Fácil”, seguida de “Difícil” e pequena porcentagem de classificação como “Risco”. Aqueles que avaliaram as atividades como sendo “Difícil” para realizar, podem muitas vezes não possuir suporte ou apoio de outra pessoa na residência, e acabam

realizando estas colocando sua integridade com temeridade, sem perceber. Talvez, por esta razão notou-se a baixa porcentagem de classificação “Risco” pelos sujeitos.

No estudo, o domínio Enxergar, 67,79% dos entrevistados acreditam que é numa atividade “Fácil” e não houve respostas positivas para “Risco” à sua integridade física. Dado semelhante em outro estudo realizado em Porto Velho (RO) em que 61,42% dos portadores consideraram nível “Fácil” de atividade, 38,58% nível “Difícil” e nenhum apontou “Risco”, considerando também como um domínio que não exige uma atenção específica¹⁸. Salienta-se somente em termos de prevenção de futuras incapacidades e/ou limitações, o uso de óculos e colírio lubrificante para os olhos principalmente para os que apresentam dificuldade em fechar as pálpebras ou para o ressecamento de córnea¹⁹.

Quanto ao domínio de Mobilidade dos MMII, por ter apresentado poucas respostas positivas por portadores como um “Risco” (3,38%) à sua integridade física, sendo menos limitante que o domínio Mobilidade de MMSS. Estudos sobre o Grau de Incapacidade em hanseníase utilizado pela Organização Mundial da Saúde (GI/OMS) mostram realmente que os MMSS são sempre menos atingidos por incapacidades quando comparados aos MMII²⁰⁻²³.

O domínio de MMII exige atenção na questão de prevenções de complicações, alívio de dor e ferimentos. Deve-se orientar a pessoa atingida para a realização da auto inspeção e a observação dos pés deve ser realizada diariamente, atentando e avaliando sinais de bolhas, fissuras, pontos de hiperpressão, ressecamento de pele, calosidades, edema, cicatrizes ou

ferimentos. A hidratação é outro cuidado que precisa ser realizado diariamente. O paciente deve colocar seus pés em um recipiente com água à temperatura ambiente por 15 minutos e posteriormente secar bem, principalmente entre os dedos e lubrificar com aplicação de óleo mineral ou creme hidratante. O uso de calçados confortáveis e se possível até com numeração maior, com palmilhas apropriadas e de material macio deve ser recomendado. Quando apresentar dedos em garra, é necessário usar calçado comum adaptado com uma barra metatarsal ou outra indicada²⁴.

Devido ao fato de muitos indivíduos atingidos pela hanseníase ter a sensibilidade diminuída ou inexistente na região dos pés, e em muitos casos os nervos também estarem comprometidos, existe certa dificuldade e até mesmo um receio de desenvolver atividades que exijam mais desses membros, como por exemplo, Agachar e Andar em longas distâncias. Os membros inferiores atingidos pela doença podem apresentar áreas de anestesia, podendo ocasionar o “mal perfurante plantar”, que é uma ulceração crônica, em áreas anestésicas, causada por trauma ou pressão; “garra de artelhos” por paralisia do nervo tibial posterior; “pé caído” por paralisia em nervo fibular comum; mutilações e, possíveis contraturas²⁵.

O profissional de saúde deve sempre estar atento a estas dificuldades, desenvolvendo sempre exercícios que favoreçam tanto a musculatura dos pés e pernas e o uso de calçados adequados indicados para proteção, pois há o risco de lesioná-lo, sem sentir dor²⁶.

Em relação ao domínio do Autocuidado, apresentou 3,38% de respostas positivas para “Risco”, com destaque para higienizar o corpo e cortar as unhas.

Diferentes dados foram encontrados em um estudo realizado em Porto Velho, RO, no qual este domínio não apresentou frequência de respostas para “Risco”¹⁸.

As atividades que regem o Autocuidado, nada mais são do que atividades de vida diária que o paciente possa desenvolver em seu domicílio, favorecendo uma continuidade no pós-alta da doença, sendo orientado e esclarecido respeito de valores e crenças pessoais²⁷.

O autocuidado é um ato que o paciente tem com ele mesmo, e que ao fazê-lo consegue perceber melhor suas necessidades e a buscar intervenções quando existem dificuldades. Por meio do cuidado consigo mesmo, o paciente avalia por meio de um banho ou de um corte de unha, sua sensibilidade e mobilidade para todas as áreas do corpo, principalmente face, cabeça, pescoço e membros superiores. O paciente deve parar por um momento, observar-se ao espelho, analisando olhos, boca, nariz, verificando anormalidades e procurando ajuda em caso positivo e favorecendo sua vida²⁸⁻³⁰.

Sobre o domínio de Mobilidade dos Membros Superiores se categorizou por apresentar respostas positivas para “Risco” sua integridade física em 12,55% cuja maior dificuldade relatada era o de Pegar objetos. Em semelhança a outro estudo, verificou que dentre os pacientes abordados em seu estudo, 30,40% apresentaram como domínio mais afetado o dos membros superiores, apresentando sinais de anestesia e/ou hipoestesia seguidas de ulceração, o que vem por influenciar diretamente a qualquer atividade que se venha a desenvolver com domínio das mãos e membros superiores²⁵.

A questão da lesão de nervos periféricos, antes, durante e após o término do tratamento medicamentoso, é responsável pela maioria das deficiências e deformidades que afetam as mãos das pessoas atingidas pela hanseníase. Neste estudo evidenciou que as dificuldades dos pacientes abordados, que apresentaram maior necessidade de atenção foram de Pegar objetos pesados, Objetos quentes e Erguer objetos acima da cabeça. Sabe-se que quase todas as atividades cotidianas envolvem as mãos para realizá-las, sendo assim, essas dificuldades trazem para o dia a dia do portador implicações que vão além de não poder realizar tal atividade, mas também, a de impotência perante a sociedade e envolvendo diretamente a condições de vida^{24,31,32}.

A perda da sensibilidade tátil e conseqüente perda da percepção tátil ocasiona ao paciente uma série de problemas, em especial, acidentes e **riscos** para as mãos. Na seqüência da perda de sensibilidade, a pele sofre privações das glândulas sebáceas e sudoríparas, eventualmente se tornando seca, quebradiça e com pouco elasticidade^{33,34}.

Quanto ao domínio de Destreza se categorizou por apresentar 1,69% (Pegar algo no chão) respostas positivas como um “Risco” e trazendo resultados de 89,83% das pessoas considerando como “Fácil” a atividade de Pegar objetos pequenos e 84,74% Para o Manuseio de botões, 89,83% o Manuseio de papéis. Este foi um dos domínios mais fácil para os entrevistados. Um estudo achou resultados diferentes para a atividade de pegar objetos pequenos, em uma amostra de 70 pacientes, 41,42% acreditam ser uma tarefa “fácil” e 58,58% “difícil”; para manuseio de botões, 70,00% consideram a

atividade “fácil” e 30,00% “difícil;” para colocar linha na agulha a frequência foi de 34,28% para “fácil” e 65,72% para “difícil”; no manuseio de papéis, 80,0% responderam ser uma atividade de “fácil” desenvolvimento e 20,0% acreditam que seja Difícil, para apanhar coisas do chão, 61,42% responderam para Fácil e Difícil, não apresentando frequências de respostas para Risco à integridade do paciente¹⁸.

Um dos principais fatores que podem levar à deficiência física aos portadores de hanseníase é o desenvolvimento de neurites. Exame minucioso dos nervos periféricos possui extrema importância, pois podem identificar precocemente a lesão neural seja durante ou após o tratamento medicamentoso^{35,36}.

As atividades que compõem este domínio em sua maioria exigem os principais movimentos em pinça, seja a polpa a polpa, a trípode e ou a pinça lateral. Todas exigem destreza e consequente utilização dos músculos das mãos que são inervados pelos nervos afetados na hanseníase⁵.

A Escala SALSA facilita o acompanhamento do indivíduo uma vez acometido por hanseníase, durante toda a sua vida, para facilitar identificação e entendimento de suas limitações de atividades, dessa forma, elaborou-se um quadro de intervenções para facilitar o trabalho de profissionais de saúde.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo permitiram concluir por meio dos domínios *Screening of Activity Limitation & Safety Awareness* (Escala SALSA) que limitações funcionais foram encontradas nas pessoas em pós-alta medicamentosa de hanseníase, variando aos dois extremos, desde limitação de atividades muito severas até pessoas sem nenhuma limitação; de riscos como nos domínios da mobilidade de membros inferiores e superiores, autocuidado e destreza passando por dificuldades em todos os domínios pesquisados.

Apesar da alta medicamentosa, os sujeitos estudados ainda se deparam com dificuldades na sua vida cotidiana para desempenhar algumas funções, necessitando ainda, de muitos meios de intervenção e/ou orientação para se embasar e possibilitar a melhoria de vida.

É muito importante atentar para o modelo de intervenção proposto pelo ministério da Saúde, o qual requer um diagnóstico precoce com consequente tratamento oportuno de todos os casos diagnosticados até a alta por cur, favorecendo assim a prevenção de incapacidades e a vigilância dos contatos intradomiciliares, evitando propagação da cadeia de transmissão. A atenção à doença, suas complicações e sequelas são todas oferecidas e acompanhadas pelo Sistema Único de Saúde, sendo um direito de qualquer cidadão, além disso, a atenção integral ao portador de hanseníase DEVE ser garantida

incluindo, a educação em hanseníase, a qualidade do acolhimento do usuário e ao desenvolvimento de ações coletivas com ênfase nas ações de promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization – WHO [homepage na Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [acesso em 2016 Fev 1]. Sustaining the drive to overcome the global impact of neglected tropical diseases: second WHO report on neglected tropical diseases (Who. Global health observatory data repository. Number of reported cases. Data by country. Disponível em <http://apps.who.int/gho/data/node.main.a1639>. 2015
2. World Health Organization – WHO [homepage na Internet]. Global Health Observatory. Map GalleryWorld: Leprosy new case detection rates, 2014. Neglected tropical diseases. Postado em 08/02/2016. Em <http://gamapserver.who.int/mapLibrary/app/searchResults.aspx>. Acesso em [16/02/2016](#)
3. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico operacional (recurso eletrônico). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016.
4. Martins BDL, Torres FN, Oliveira MLW Del-Rey. Impacto na qualidade de vida em pacientes com hanseníase: correlação do Dermatology Life Quality Index com diversas variáveis relacionadas à doença. An Bras Dermatol. 2008;83(1):39-43.
5. Rondini FCB, Gonçalves M, Barros ARSB, Mazzer N, Elui VMC, Fonseca MCR. Prevenção de incapacidade na hanseníase com apoio em um manual de

autocuidado para pacientes. *Fisioter Pesqui.* 2010;17(2):157-66.

6. Silva LCP, Silveira JM, Rezende AAB, Muniz CF, Tavares JP, Lainscek FGT. Locus de controle da saúde em pacientes com hanseníase. *Rev Amazônia Science & Health.* 2015;3(1):2-8.

7. Ikehara E, Nardi SMT, Ferrigno ISV, Pedro HSP, Paschoal VDA. Escala Salsa e grau de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde: avaliação da limitação de atividades e deficiência na hanseníase. *Acta Fisiatr.* 2010;17(4):169-74. DOI: 10.5935/0104-7795.20100001

8. Lustosa AA, Nogueira LT, Pedrosa JIS, Teles JBM, Campelo V. The impact of leprosy on health-related quality of life. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2011;44(5):621-6.

9. Bottene IMC, Reis VMS dos. Quality of life of patients with paucibacillary leprosy. *An Bras Dermatol.* 2012;87(3):408-11.

10. Organização Mundial da Saúde - OMS. CIF. Classificação Internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde [monografia na Internet]. Lisboa: OMS, Direcção-Geral da Saúde; 2004 Disponível em: www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf

11. Ebenso J. The development of a short questionnaire for screening of activity limitation and safety awareness (SALSA) in clients affected by leprosy or diabetes. *Disabil Rehabil.* 2007;29(9):689-700.

12. Farias N, Buchalla CM. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol.* 2005;8(2):187-93.

13. Diogo NAS, Chiapeta AV. Estudo comparativo das atividades

desempenhadas por pacientes hansenianos. EFDeportes.com, Rev Digital [periódico na Internet]. 2012 Out [acesso em ano Mês dia];17(173):[aproximadamente 5 p.]. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd173/atividades-desempenhadas-por-hansenianos.htm>

14. OliveiraLR, Nascimento AR, Nascimento MMP, Pereira AP, Lemos ICS, Kerntopf MR. Limitação de atividades e participação social entre usuários de um grupo de autocuidado em hanseníase. Rev Interdisciplin. 2016;9(1):171-81.

15. Reis FJJ, Gomes MK; Cunha AJLA. Avaliação da limitação das atividades diárias e qualidade de vida de pacientes com hanseníase submetidos à cirurgia de neurólise para tratamento das neurites Fisioter Pesqui. 2013;20(2):184-90.

16. Fenley JC, Santiago LN, Nardi SMT, Zanetta DMT. Limitação de atividades e participação social em pacientes com diabetes. Acta Fisiatr. 2009;16(1):14-18.

17. Batista AMN. Avaliação da incapacidade e limitação de atividades em pacientes afetados pela hanseníase: uma análise do escore SALSA. [trabalho de conclusão de curso]. Bauru: Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Instituto Lauro de Souza Lima; 2010.

18. Rodrigues RS. Identificação das limitações funcional em usuários de um programa de controle da hanseníase: aplicação das escalas salsa e participação. In: 1º Encontro de Ciência e Tecnologia; 2014; Rondonia: Acadêmia Fac Rondônia – FARO; 2014.

19. Fernandes LTB, Mota CCP, Vieira DS, Sousa JO, Silva DM. Sala de espera sobre hanseníase: uma abordagem da enfermagem. In: Cofen [evento na

Internet]; 2014 [acesso em 2016 Mar 8]. Disponível em: <http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I41432.E10.T6998.D6AP.pdf>

20. Nardi SMT, Cruz LP, Pedro HSP, Marciano LHSC, Paschoal VDA. Avaliação das deficiências físicas em pessoas com hanseníase empregando dois indicadores: grau de incapacidades e eyes-hands-feet. *Hansen Int.* 2011;36(2):9-15.

21. Finez MA, Salotti SRA. Identificação do grau de incapacidades em pacientes portadores de hanseníase através da avaliação neurológica simplificada. *J Health Sci Inst.* 2011;29(3):171-5.

22. Nardi SMT, Paschoal VDA, Chiaravalloti-Neto F, Zanetta DMT. Deficiências após a alta medicamentosa da hanseníase: prevalência e distribuição espacial. *Rev Saúde Pública.* 2012;46(6):969-77.

23. Del'arco R, Oliveira AB, Nardi SMT, Paschoal VDA. The association between neuropathic pain and disability grades in leprosy. *Lepr Rev.* 2016;87:53-9.

24. Almeida JA, Almeida SND, Magalhães HM. Avaliação e tratamento dos membros inferiores para a prevenção de incapacidades. In: Opromolla DVA, Baccarelli R. *Prevenção de incapacidades e reabilitação em hanseníase.* Bauru: Instituto Lauro de Souza Lima; 2003 [acesso em 2016 Mar 8]. Disponível em: http://hansen.bvs.isls.br/textoc/livros/OPROMOLLA_DILTOR_prevencao/membros%20inferiores/PDF/avali_trat.pdf

25. Cunha ACSR. Censo de deficiências e incapacidades físicas por

hanseníase e monitoramento pela Escala Salsa do plano de Autocuidado para prevenção de incapacidades de pacientes atendidos em um centro de referência nacional do Brasil [dissertação]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2012.

26. Ribeiro MDA, Oliveira SB, Filgueiras, MC. Pós alta em hanseníase: uma revisão sobre qualidade de vida e conceito de cura. *Saúde (Santa Maria)*. 2015;41(1):9-18.

27. Godas LM. Resiliência e comportamento de autocuidado em pacientes atingidos pela hanseníase: relação positiva [monografia]. Bauru; 2010. .

28. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Eu me cuido e vivo melhor*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010.

29. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Guia de apoio para grupos de autocuidado em hanseníase*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.

30. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Autocuidado em hanseníase: face, mãos e pés*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010.

31. Nardi SMT, Paschoal VDA, Zanqueta DMT. Frequência de avaliações e seu impacto na prevenção das incapacidades físicas durante tratamento dos pacientes com hanseníase. *Hansen Internationalis*. 2005;30(2):157-65.

32. Nardi SMT, Paschoal VDA, Zanetta DMT. Social participation of people affected by leprosy after discontinuation of multidrug therapy. *Lepr Rev*. 2011;82(1):55-64.

33. Toyoda CY. As atividades e o relacionamento interpessoal dos pacientes hansenianos com perda de sensibilidade nas mãos. *Cad Ter Ocup UFSCAR*. 1996;5(1):45-52.
34. Michellin LB, Barreto JA, Marciano LHSC, Lara FA, Nogueira MES, Souza VNB, et al. Pacientes com hanseníase: fatores neurotróficos e marcadores axonais em lesões de pele. *Arq Neuropsiquiatr*. 2012;70(4):281-6.
35. Pimentel MAF, Borges E, Sarno EN, Nery JAC, Gonçalves RR. O exame neurológico inicial na hanseníase multibacilar: correlação entre a presença de nervos afetados com incapacidades presentes no diagnóstico e com a ocorrência de neurites francas. *An Bras Dermatol*. 2003;78(5):561-8.
36. Monteiro LD, Alencar CHM, Barbosa JC, Braga KP, Castro MD, Heukelbach J. Incapacidades físicas em pessoas acometidas pela hanseníase no período pós-alta da poliquimioterapia em um município no Norte do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(5):909-20.

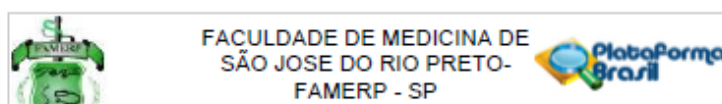
Apêndice 1

Escala SALSA - Screening of Activity Limitation & Safety Awareness
 (Triagem de Limitação de Atividade e Consciência de Risco)

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

Anexo 1

Aprovação do Projeto pelo CEP/FAMERP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OBSERVATÓRIO DE HANSENIASE: PROPOSTA PARA REGIÃO DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, EM MUNICÍPIOS QUE ESTÃO NA FASE DE PÓS-ELIMINAÇÃO.

Pesquisador: VANIA DEL ARCO PASCHOAL

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 14355413.0.0000.5415

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto- FAMERP - SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 386.555

Data da Relatoria: 10/09/2013

Apresentação do Projeto:

Adequada. A introdução é pertinente e clara, apresentando dados atualizados da situação de hanseníase no Brasil recentemente. Objetivo geral é claro e extenso, sendo alterado os objetivos secundários em relação ao projeto apresentado anteriormente. As referências são bastante atualizadas. Trata-se de uma pesquisa bastante complexa.
polimorfismos genéticos.

Objetivo da Pesquisa:

Criar um observatório de hanseníase que tenha abrangência na Região de Saúde de São José do Rio Preto, SP com vistas a realizar ações de vigilância epidemiológica e investigação centradas no paciente, nos comunicantes e na educação em saúde para profissionais.

Foi retirado a educação em saúde para os estudantes.

 Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Refere que não existe riscos. Os riscos são mínimos, uma vez que será coletado dados de fonte secundária e na dificuldade em responder o questionários utilizados para a pesquisa.

Os benefícios: espera-se que com a criação do observatório atualização e controle da hanseníase proporcionando a eliminação da hanseníase na região de São José do Rio Preto.

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5418
 Bairro: VILA SÃO JOÃO CEP: 15.090-000
 UF: SP Município: SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
 Telefone: (17)3201-5813 Fax: (17)3201-5813 E-mail: cepfamerp@famerp.br

Anexo 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: **LIMITAÇÃO DE ATIVIDADES EM PESSOAS EM PÓS ALTA MEDICAMENTOSA DE HANSENÍASE**

Convidamos o sr. (sra.) para participar desta pesquisa, que tem como finalidade identificar as Implicações da Hanseníase na LIMITAÇÃO DE ATIVIDADES de portadores.

Portanto, solicitamos sua colaboração por responder algumas questões referentes ao tema a ser estudado. Para tal, realizaremos uma entrevista, que será gravada se assim for permitido. Sua participação é voluntária, sendo garantido o sigilo de suas informações. Poderá retirar-se do estudo a qualquer momento, caso julgue necessário, sem quaisquer prejuízos. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa por meio do telefone da pesquisadora do projeto. Caso concorde em participar, uma cópia deste termo de consentimento lhe será fornecida.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

Ao participar desta pesquisa o sr. (sra.) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo ofereça informações sobre as implicações da hanseníase e os portadores na alta e, assim, possa contribuir para melhorar a assistência de enfermagem em hanseníase.

Neste sentido, a pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos.

O sr. (sra.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto, preencha, por favor, os itens que se seguem:

Termo De Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Nome assinatura da pesquisadora
Pesquisa

Nome e assinatura do Participante da

DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA**1º Artigo Científico submetido**

Artigo enviado à Revista Arquivos Ciências da Saúde e em processo de análise

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE EM CIDADE DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO, BRASIL

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF LEPROSY IN A PROVINCIAL CITY IN SÃO PAULO STATE, BRAZIL

HANSENÍASE NO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO

Luana Laís Femina, Hospital de Base de São José do Rio Preto, SP, Brasil.

e-mail: femina.luana@gmail.com

Susilene Maria Tonelli Nardi, Profa. Dra. Pesquisadora Científica do Centro de Laboratório Regional - Instituto Adolfo Lutz- São José do Rio Preto, SP, Brasil.

e-mail: snardi@ial.sp.gov.br

Priscila Donda, Enfermeira, Mirassol, SP, Brasil.

e-mail: prisciladonda@gmail.com

André Willian Lozano, Hospital Beneficência Portuguesa, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

e-mail: andrelozano@hotmail.com

Camila Lazaro, UNORP, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

e-mail: cah_aline@hotmail.com

Vânia Del'Arco Paschoal, Profa. Adjunto de Ensino da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP, Curso de Graduação e Pós Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva. São José do Rio Preto, SP. Brasil.

e-mail: vaniapaschoal@yahoo.com.br ; vaniadelarco@gmail.com ; vania@famerp.br

Autor correspondente:

Luana Laís Femina

Av. Eliezer Magalhães, 2440, apto 31D. Santa Casa – Mirassol – SP

CEP: 15130-000

femina.luana@gmail.com

telefone: (17)996016092

Este artigo faz parte da Dissertação de Mestrado do primeiro autor, no ano de 2015, na Pós Graduação em Enfermagem da FAMERP.

Artigo original

Não há fonte de financiamento

RESUMO

OBJETIVO. Avaliar o perfil epidemiológico das pessoas com hanseníase no município do interior paulista. **MÉTODO.** Estudo epidemiológico descritivo retrospectivo, cuja coleta de dados iniciou-se pelo Sistema de Informação de Notificação de Agravos (SINAN), prontuários e fichas de enfermagem, dos anos de 2001 a 2013. **RESULTADOS.** Total de 98 pacientes, 55,1% do gênero masculino, 45,9% Multibacilar e 62,2% baciloscopia negativa, 36,7% avaliados pelo grau de incapacidades no diagnóstico e 12,3% na alta. A detecção de casos oscilou no período do estudo de 1,76 a 27,87/100.000 habitantes e a prevalência diminuiu no decorrer dos anos. **CONCLUSÃO.** Obteve-se que as avaliações de incapacidades no diagnóstico e em especial na alta medicamentosa foram pouco registradas. Há uma oscilação anual na detecção de casos novos e multibacilares. Há um declínio expressivo na prevalência dos casos.

Palavras chaves: Hanseníase, Vigilância Epidemiológica, Incidência, Prevalência.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To assess the epidemiological profile of people with leprosy in a provincial city of São Paulo State. **METHODS:** A retrospective descriptive epidemiological study was performed with data collected using the Notifiable Diseases Information System (SINAN), medical records and nursing records of 2001 to 2013. **RESULTS:** Ninety-eight patients were included: 55.1% were male, 45.9% had multibacillary disease and 62.2% had negative slit skin smears. Moreover, 36.7% were assessed in respect to the degree of disability at diagnosis and 12.3% at discharge. The detection of cases ranged from 1.76 to 27.87 in 100,000 population during the study period with the prevalence decreasing over the years. **CONCLUSION:** Assessments of the degree of disability at diagnosis and especially at discharge were rarely logged. There is an annual fluctuation in the detection of new and multibacillary cases. There has been a significant decline in the prevalence of cases in recent years.

Keywords: Leprosy, Epidemiological Surveillance, Incidence, Prevalence

RESUMEN

OBJETIVOS: Evaluar el perfil epidemiológico de las personas con lepra en la ciudad de interior el São Paulo. **MÉTODO:** Estudio epidemiológico descriptivo, cuya recolección de datos comenzó de Enfermedades de Declaración Obligatoria Sistema de información, registros médicos y registros de enfermería, de los años 2001 a 2013. **RESULTADOS:** Total de 98 pacientes, 55,1 % hombres, 45,9 % y 62,2 % multibacilar, negativos frotis de la piel de hendidura, un 36,7 % evaluada por el grado de discapacidad al momento del diagnóstico y el 12,3 % alta. Detección de casos durante el período de estudio

varió 1,76 a 27,87 / 100.000 habitantes y la prevalencia disminuyó en los últimos años. **CONCLUSIÓN:** Se obtuvo que las evaluaciones de discapacidad en el diagnóstico y sobre todo en alta drogas se registraron poco. Hay una fluctuación anual en la detección de casos nuevos y MB. Hay una disminución significativa en la prevalencia de los casos

Palabras-clave: Lepra, Vigilancia Epidemiológica, Incidencia, Prevalencia

INTRODUÇÃO

O Brasil em 2013 apresentou 31.044 casos novos de hanseníase¹ onde a meta da Organização Mundial de Saúde (OMS) é atingir um coeficiente de prevalência de menos de 1 caso por 10.000 habitantes².

Para a eliminação da hanseníase são necessários esforços, como o diagnóstico precoce disponível, tratamento gratuito, cura dos pacientes, programas de educação em saúde com foco na capacitação dos trabalhadores de saúde e eliminação do preconceito sobre a doença^{3,4}.

A Atenção Básica, primeiro nível de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS), deve ser formada fundamentalmente por ações no âmbito individual e coletivo, para promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde; e idealmente deve ser composta por equipes multiprofissionais.

Todas as ações da Atenção Básica devem ser conectadas com a Vigilância em Saúde, para que ocorra a análise da situação de saúde da população e planejamento das práticas adequadas para problemas existentes de maneira eficaz.

Uma das ferramentas que pode alicerçar a junção da assistência e vigilância é o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) desenvolvido no início da década de 90, para padronização da coleta e organização dos dados de doenças de notificação compulsória no território nacional⁵.

Entretanto não basta que os profissionais da atenção básica cumpram com a sua atribuição na assistência se as anotações forem incompletas, incoerentes e não retratarem a realidade da doença e dos doentes de forma a permitir que a Vigilância desempenhe com eficiência seu papel.

Com a pretensão de conhecer os dados e principalmente a situação da doença em um município do interior paulista, objetivou-se com esse estudo analisar o perfil clínico e epidemiológico das pessoas que tem ou tiveram hanseníase e que foram tratados ao longo de 13 anos, nos anos de 2001 a 2013 com base nas anotações obtidas dos sistemas de informação existentes.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo retrospectivo realizado por meio de análise documental dos casos notificados de hanseníase num município do interior de São Paulo, Brasil. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) CAAE: no. 14355413.0.0000.5415.

A população de referência foram todos os pacientes com hanseníase tratados no município entre os anos de 2001 a 2013.

Pretendeu-se entender o perfil da endemia da hanseníase nesse município, de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, haja vista que é um dos municípios do Estado de São Paulo que tem a hanseníase eliminada ⁶. A cidade alvo possui 53.792 habitantes⁷, numa área geográfica de 243km² e em 2012 cidade teve a detecção de 9 novos casos de hanseníase ⁶ e coeficiente de prevalência de 1,46/10.000 habitantes (acima do esperado pela OMS).

O município possui atendimento centralizado do Programa de hanseníase em uma Unidade de Saúde, com as demais somente fazendo a suspeita diagnóstica.

Pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e de prontuários e fichas de enfermagem, averiguou-se o número de 99 pacientes, que aqui foram considerados os sujeitos da pesquisa.

Utilizou-se instrumento próprio para coleta no prontuário, com variáveis clínico-epidemiológicas. Para as características clínicas da doença foram escolhidas as seguintes variáveis:

- Formas clínica da doença: MHI, MHT, MHDT, MHD, MHDV, MHV, Paucibacilar, Multibacilar
- Teste de baciloscopia (BAAR)
- Histopatologia: MHI, HT, MHDT, MHD, MHDV, MHV, não realizado.
- Situação tratamento considerando alta medicamentosa, abandono e em tratamento.
- Tipo de tratamento realizado: PQT/OMS: Paucibacilar (PB) ou Multibacilar (MB)
- Efeitos colaterais da medicação
- Número de PQT/OMS administradas
- Estado reacional
- Prevenção de incapacidades (PI) na admissão no diagnóstico e alta, onde se levou em consideração os Graus Zero, I e II da GI/OMS ^{8,9} e a soma acumulada de 0 a 12 pontos do EHF (Eye-Hand-Foot), que representa um somatório dos graus de incapacidade em olhos, mãos e pés atingindo pontuação máxima de 12 ^{10,11}.

Para se determinar as variáveis epidemiológicas do estudo optou-se pela metodologia da The International Federation of Anti-Leprosy Association (ILEP) [Federação Internacional de Associações Anti-Hanseníase], London, Grã-Bretanha, Boletim Técnico da ILEP ¹⁰ e da Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010, que define as ações de controle da hanseníase ¹².

Os critérios de inclusão abrangeram todos pacientes com hanseníase da cidade do estudo, notificados nos anos de 2001 a 2013 e os de exclusão foram os que não tiveram diagnóstico confirmado da doença em prontuário.

Foram utilizados os dados do SINAN e para a informação sobre a base populacional utilizou-se o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

RESULTADOS

Um total de 99 pacientes foram notificados no SINAN nos anos de 2001 a 2013 na cidade estudada, sendo 1 (um) excluído por não ter sido confirmado o diagnóstico de hanseníase de acordo com descrições do prontuário, mesmo

posterior à notificação no SINAN. O gênero masculino (54; 55,1%) foi percentualmente maior no grupo estudo.

Da população estudada, 45 (45,9%) eram multibacilares. A baciloscopia foi negativa em 61 (62,2%) dos casos. Quanto ao exame anatomopatológico houve predominância 35 (35,8%) das formas paucibacilares nos que foram realizados.

Sobre o tratamento, 49 (50%) realizaram a PQT/OMS – multibacilar, sendo que 10 (10,2%) não constavam o esquema terapêutico. A situação atual do paciente observada era de alta medicamentosa em 81 (82,7%); em abandono 3 (3,1%) e 11 (11,2%) dos prontuários não apresentavam informações.

Efeitos colaterais do esquema PQT/OMS foram descrito sem 16 (16,3%) prontuários. As doses de PQT ministradas variaram de 0 a 30 doses, sendo que houve predominância da finalização do tratamento em até 6 doses (38,8%).

Sobre o conhecimento da fonte de infecção anterior ao seu tratamento, 87 (88,8%) desconheciam qual era a fonte de contágio, 7 (14%) sabiam (Tabela 1).

Tabela 1

Na Figura 1, observa-se que somente um terço dos pacientes (36; 36,7%) foram avaliados segundo as incapacidades ou tiveram anotações em seus prontuários, no diagnóstico da doença e o número foi diminuído na alta onde 86 (87,7%) não tiveram avaliação. O Grau 2 de incapacidades foi observado em apenas dois (2,0%) pacientes, no diagnóstico.

Quanto ao escore EHF (*Eye-Hand-Foot*), observou-se que o valor superior encontrado na admissão foi de 6 e na alta de 4 pontos.

Figura 1

A detecção de casos no município no período do estudo variou entre 1,76 a 27,87 por 100.000 habitantes. Nota-se que na maioria dos anos os índices oscilaram entre a classificação de “**muito alto**” (20,00 a 39,99/100.000 habitantes) a “**alto**” (10,00 a 19,99 /100.000 hab.). Sendo apenas nos anos de 2007 e 2013 observados valores menores que 2,00/100.000 habitantes (classificados com “**baixo**”).

Na maioria dos anos o município não apresentou detecção em crianças, exceto nos anos de 2003, 2009 e 2011 e permaneceu com os índices entre 5,00 a 9,99 /100.000 habitantes, classificação considerada “**muito alto**”(Figura 2).

Figura 2

A prevalência dos casos de hanseníase variou entre 0,35 a 4,1 por 10.000 habitantes. Nota-se que na maioria dos anos apresentou classificação de índices < 1,0 /10.000, considerado “**baixa**” prevalência (Figura 3)

Figura 3

A proporção de casos MB de hanseníase variou entre 20 a 100% dos casos (Figura 4).

A proporção de casos novos avaliados segundo suas incapacidades variou entre 0 a 100%. Nos anos de 2006 a 2010 nota-se que a avaliação de prevenção de incapacidades. O índice considerado “bom” é de acima de 90%, que foi alcançado nos últimos anos (2011-2013).

Dos pacientes que foram avaliados em Prevenção de Incapacidades (PI), 100% deles apresentavam Graus de incapacidades 1 e 2 no ano de 2013. Nos

anos de 2006 a 2010 não ocorreu avaliação das incapacidades pelo registro dos prontuários e SINAN (Figura 5).

Figura 4 e 5

DISCUSSÃO

Entre os resultados encontrados sobre o perfil dos pacientes, foi observada a predominância do gênero masculino como é descrito uma maior incidência da hanseníase nos homens do que em mulheres na literatura². Ocorreu também o predomínio das formas multibacilares como na maioria dos achados na literatura¹³⁻¹⁶ e diferentes de um estudo no ocorrido no Maranhão, Piauí e Santa Catarina¹⁷⁻¹⁹.

Ressalta-se que a hanseníase é uma doença de longo período de incubação e com sintomas iniciais poucos expressivos, e suas classificações pauci e multibacilares possuem significados diferentes na cadeia de transmissão²⁰. Para tratamento a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a classificação do tratamento baseada no número de lesões, sendo até 5 considerado paucibacilar e mais de 5 como multibacilar. Apesar de que para o diagnóstico da hanseníase não existir um exame laboratorial padrão-ouro, a baciloscopia, e a histopatologia são importantes para ajudar no diagnóstico²¹. Portanto, devem ser realizados quando há dúvidas na classificação da doença para o tratamento²¹. Atualmente com o processo de municipalização, a rede de laboratórios das regiões administrativas e do Estado foi desconstruída dificultando a execução dos exames laboratoriais para hanseníase, em especial a histopatologia, além disso, houve a perda da expertise dos profissionais de laboratório.

Nos exames anatomopatológicos houve predominância em 35 (35,8%) das formas paucibacilares nos que foram realizados, 9 (9,2%) de não realizados/sem informação no prontuário.

A indicação da histopatologia deve ser avaliada para cada caso, pois não é indicada em toda suspeita de hanseníase, ademais o exame pode apresentar dificuldades operacionais e técnicas²². Ela é útil para classificar a doença, auxiliando na alteração do tratamento, devendo ser complementar às características clínicas da doença^{23,24}.

Pode ser utilizada quando há dificuldade no diagnóstico diferencial com outras doenças.

Na característica da hanseníase, os dados devem ser lógicos e coerentes. Quando se relaciona os achados clínicos com os laboratórios chega-se mais fielmente a qual terapia utilizar.

Sobre a avaliação de incapacidades, não se observou anotação ou não tiveram avaliação de incapacidades no diagnóstico 63,3% e na alta 87,7% dos pacientes notificados e tratados no município estudado. Dados semelhante foram encontrados em estudos onde a área era endêmica¹⁷ e em outro na alta do paciente¹⁴.

Ressalta-se que a avaliação de incapacidade é uma das técnicas básicas de prevenção, controle e tratamento e deve ser realizada na unidade de saúde⁸.

A detecção de casos no município variou “**muito alto**” a “**alto**”. Detecções altas podem estar relacionadas às altas taxas de transmissão da doença, detecção

mais ativa de casos, tratamento de duração mais longa do que o normal; diagnóstico equivocado¹⁰.

O Ministério da Saúde tem o compromisso de eliminação da hanseníase até 2015, alcançando pelo menos 1 caso por 10.000 habitantes, meta que já está sendo repensada particularmente pelas características discrepantes dos milhares de municípios do País. Mirassol, mesmo sendo um município de pequeno porte, está com detecção acima do proposto⁸.

A prevalência dos casos de hanseníase variou entre 0,35 a 4,1 por 10.000 habitantes. Nota-se que na maioria dos anos apresentou classificação de índices < 1,0 /10.000, entre índices “baixo” e “médio”.

A prevalência é um indicador difícil de medir com precisão, já que casos não identificados, a prevalência oculta, não podem ser contados e esse número pode ser inferior ou superior. Na prática se refere apenas as pessoas que estão tratando no ano de referência, sendo excluídas as que não foram detectadas ou que abandonaram tratamento e as que iniciaram o tratamento em anos anteriores ao da análise de interesse. Esse indicador auxilia na operacionalização do trabalho¹⁰ da equipe de saúde.

A proporção de casos MB de hanseníase variou entre 20 a 100% dos casos. Não há valor de referência para essa proporção. Porém nota-se que essa taxa é maior quando se inicia um programa de combate hanseníase, devido aos *M. tuberculosis* terem sido acumulados durante anos¹⁰. A grande importância desta proporção para um município é que ela mostra o cenário de transmissão da doença e as ações que estão sendo implantadas para contê-la.

Na maioria dos anos o município não apresentou detecção em crianças. A infecção das crianças é sempre relativamente recente e, por isso taxa elevada é sinal de transmissão ativa, portanto considerado um indicador importante. Após um programa de hanseníase estabilizar, o número de crianças tende a ser cada vez menor. Aumento da imunidade da população, por outras infecções ou a vacinação por BCG-ID, faz com que cada vez menos as crianças fiquem infectadas. Na maioria dos programas o limite é em volta de 10%¹⁰.

A proporção de casos novos avaliados segundo suas incapacidades variou entre 0 a 100%. Esse é um indicador de extrema importância, sendo recomendado 100%¹⁰.

Quanto aos pacientes avaliados no diagnóstico com incapacidades com Grau I e II, nota-se que a partir de 2011 ocorreu um aumento desse indicador, chegando a 100% em 2013. Nos anos de 2006 a 2010 não ocorreu avaliação das incapacidades pelo registro dos prontuários. A validade desse indicador é influenciada pelo exame clínico correto, interpretação do resultado da avaliação, proporção de casos avaliados. Indicador de relevância, já que a prevenção de incapacidade é um dos objetivos dos programas de controle de hanseníase. A proporção irá variar de acordo com a fase do programa, sendo mais alta no início. A maioria das pessoas fixam o indicador em 10%¹⁰.

Ressalta-se que no estudo apesar do número pequeno de pacientes incluídos as variações foram importantes.

Esta pesquisa mostra que qualquer município mesmo com número reduzido de casos de hanseníase pode e deve ponderar sobre os valores dos dados epidemiológicos facilitando a gestão do cuidado e das ações de prevenção.

As avaliações de incapacidades no diagnóstico e em especial na alta medicamentosa foram pouco registradas. O acompanhamento das deficiências é deficitário onde o Grau Zero (GI/OMS) tem prevalência, mas com grande número de não avaliados. Há uma oscilação anual na detecção de casos novos e multibacilares sendo alternado por muitos ou poucos casos. Há um declínio expressivo na prevalência dos casos.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Luana Laís Femina: participou de todas as etapas do trabalho, o artigo faz parte seu projeto de mestrado

Susilene Maria Tonelli Nardi: participou de todas as etapas do trabalho

Priscila Donda: participou da coleta de dados

André Willian Lozano: participou da coleta de dados

Camila Lazaro: participou da coleta de dados

Vânia Del'Arco Paschoal: participou de todas as etapas do trabalho e foi a orientadora do trabalho

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Global Health Observatory. Data Repository. Number of reported cases. Data by country. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1639>. Acesso em 03 de agosto de 2015.
2. Organização Mundial da Saúde. Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015: diretrizes operacionais (atualizadas). / Organização Mundial da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia para controle de Hanseníase. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
4. Virmond ,MCL. Ações de Controle na Hanseníase. In: Diltor VA, Opromolla RB, organizadores. Prevenção de incapacidades e reabilitação em hanseníase. Bauru:ILSL; 2003. p.5-7.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Cadernos de atenção básica. Ministério da Saúde. Vigilância em Saúde. 2. ed. N.21 Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
6. Brasil. Centro de Vigilância Epidemiológica. Série Histórica de Hanseníase - Casos Novos, Coeficiente de Detecção, Prevalência e Coeficiente de Prevalência distribuídos por GVE/Município de Residência. Estado de São Paulo, 2005-2011. Disponível em http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/hans/hans_dados.html. Acesso em agosto de 2015
7. Brasil. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em agosto de 2015
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de prevenção de incapacidades. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

9. Ebenso J, Ebenso BE. Monitoring impairment in leprosy: choosing the appropriate tool. *LeprRev* 2007;78(3):270-80
10. The International Federation of Anti-Leprosy Association. A interpretação dos indicadores epidemiológicos da lepra [monografia na Internet]. London (GB) [citado 2008 Abr 13]. Disponível em: http://www.ilep.org.uk/fileadmin/uploads/Documents/Technical_Guides/tbepipor.pdf;
11. Nardi SMT, Cruz LP, Pedro HSP, Marciano LHSC, Pachoal VDA. Avaliação das Deficiências Físicas em Pessoas com Hanseníase Empregando Dois Indicadores: Grau de Incapacidades e Eyes-Hands-Foot. *Hansen Int* 2011; 36 (2): 9-15.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.125, de 07 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2010 out 10; p. 55 Seção*
13. Sanches LAT, Pittner E, Sanches HF, Monteiro MC. Detecção de casos novos de hanseníase no município de Prudentópolis, PR: uma análise de 1998 a 2005. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2007;40(5): 541-45.
14. Lana FCF, Carvalho APM, Davi RFL. Perfil epidemiológico da hanseníase na microrregião de Araçuaí e sua relação com ações de controle *Esc Anna Nery (impr.)* 2011 jan-mar; 15 (1):62-67
15. Moreira SC, Batos CJC, Tawil L. Epidemiological situation of leprosy in Salvador from 2001 to 2009. *An Bras Dermatol.* 2014;89(1):107-17.
16. Vieira GD, Aragoso I, Carvalho RMB, Sousa CM. Hanseníase em Rondônia: incidência e características dos casos notificados, 2001 a 2012 *Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 23(2):269-275, abr-jun 2014*
17. Aquino DMC, Santos JS, Costa JML. Avaliação do programa de controle da hanseníase em um município hiperendêmico do Estado do Maranhão, Brasil, 1991-1995. *Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro.* 2003;19(1):119-125.
18. Pereira EVE, Nogueira LT, Machado HAS, Lima LAN, Ramos CHM. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Teresina, no período de 2001-2008* *3 An Bras Dermatol.* 2011;86(2):235-40.
19. Melão S, Blanco LFO, Mounzer N, Veronezi CCD, Simões PWTA. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase no extremo sul de Santa Catarina, no período de 2001 a 2007. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 44(1):79-84, jan-fev, 2011
20. Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores de morbidade e fatores de risco. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqd03.htm>. Acesso em agosto de 2015.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de procedimentos técnicos – Baciloscopia em Hanseníase. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Hanseníase (2011-2015) Diretrizes Operacionais (Atualizadas). 1. ed. Brasília; 2010.
23. Ura S, Barreto JA. Hanseníase. Papel da biópsia cutânea no diagnóstico de hanseníase. *Hansen Int.* 2004; 29(2):141-144.

24. Obadia DIL, Verardino G, Alves MFGS. Hanseníase: correlação clínico-histopatológica. Revista HUPE UERJ. 2011;10(1). Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=133

TABELAS E FIGURAS

Tabela 1. Características gerais dos pacientes tratados de hanseníase entre 2000 a 2013, residentes no município do interior paulista, SP.

Classificação Clínica Hanseníase	n=98	%
Indeterminada (MHI)	19	19,4
Tuberculóide (MHT)	21	21,4
Dimorfotuberculoide (MHDT)	04	4,1
Dimorfo (MHD)	09	9,2
Dimorfovirchowiano (MHDV)	02	2,0
Virchowiano (MHV)	30	30,6
Paucibacilar (PB)	05	5,1
Multibacilar (MB)	04	4,1
Não consta	04	4,1
Baciloscopia (BAAR)		
Positivo	26	26,5
Negativo	61	62,2
Não realizado	9	9,2
Ausência de informação	2	2,0
Histopatologia		
MHI	17	17,4
MHT	18	18,4
MHDT	1	1,0
MHD	2	2,0
MHDV	1	1,0
MHV	28	28,6
Não realizado/não consta	9	9,2
Outros resultados	22	22,5
Tratamento realizado		
PQT/OMS* – Paucibacilar	39	39,8
PQT/OMS* – Multibacilar	49	50,0
Não consta	10	10,2
Efeitos colaterais da medicação- PQT/OMS*		
Sim	16	16,3
Não	73	74,5
Não consta	9	9,2
Número doses ministradas- PQT/OMS*		
Até 6 doses	38	38,8

De 7 a 12 doses	17	17,4
Mais de 12 doses	33	33,7
Sem informação	10	10,2
Estado reacional		
Sim	29	29,6
Não	59	60,2
Não consta	10	10,2

Legenda: *: Poliquimioterapia preconizada pela Organização Mundial da Saúde

Figura 1: Prevenção de incapacidade realizada no diagnóstico e na alta dos pacientes residentes no município, entre os anos de 2001 a 2013.

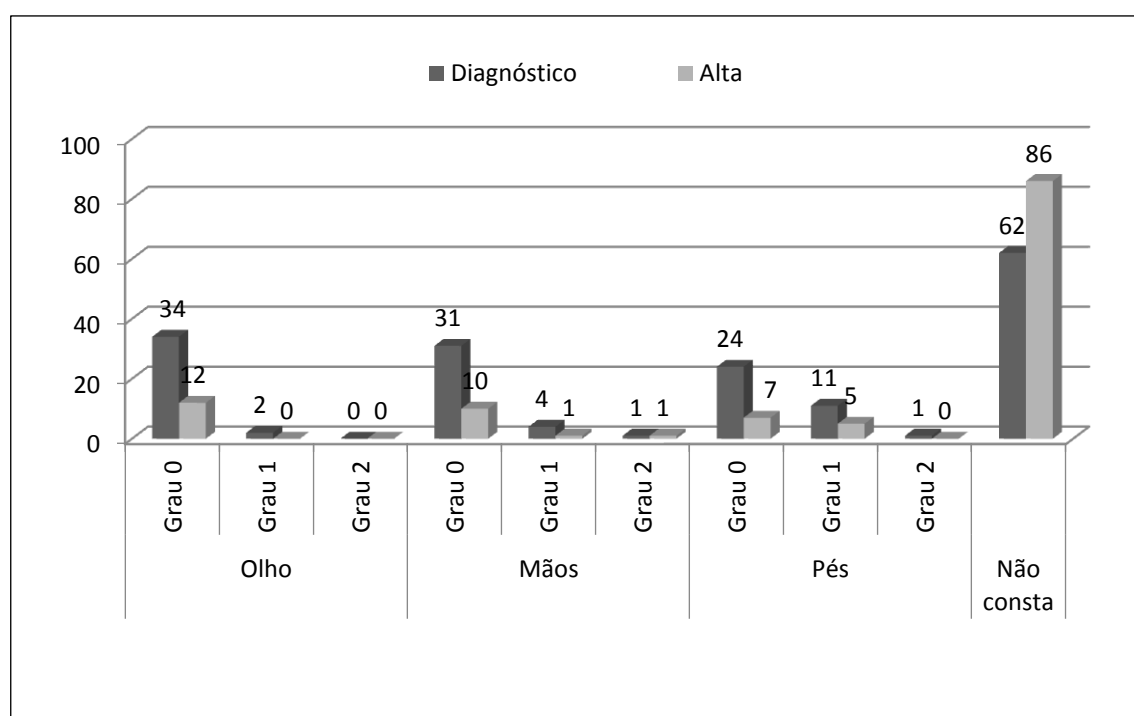


Figura 2: Detecção casos novos de hanseníase no município, detecção em crianças por 100.000 habitantes, entre 2001-2013.

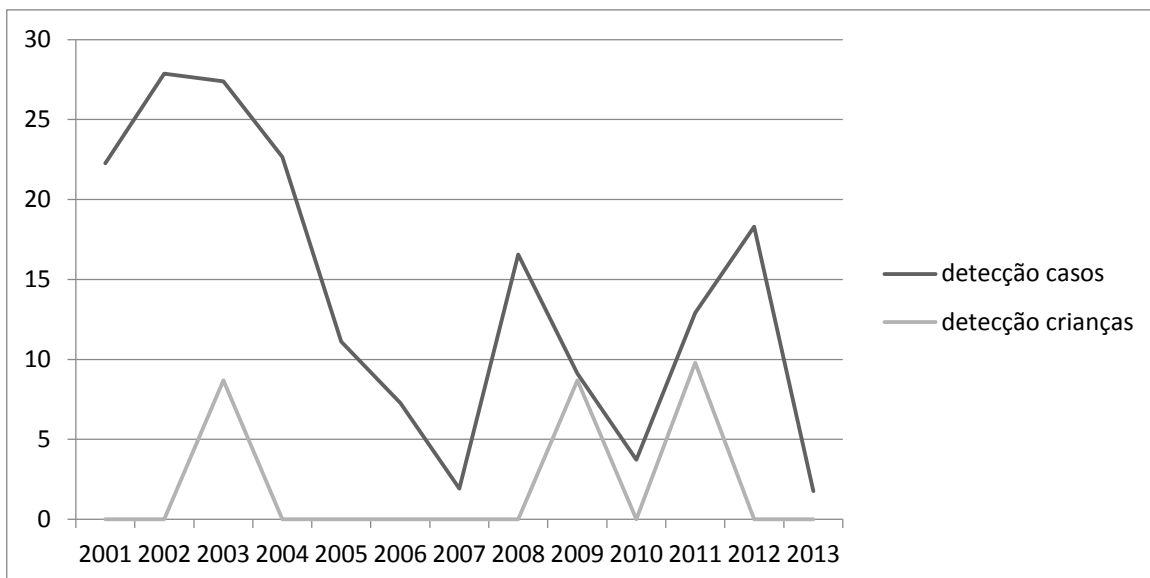


Figura 3: Prevalência de hanseníase no município, por 10.000 habitantes, entre 2001-2013.

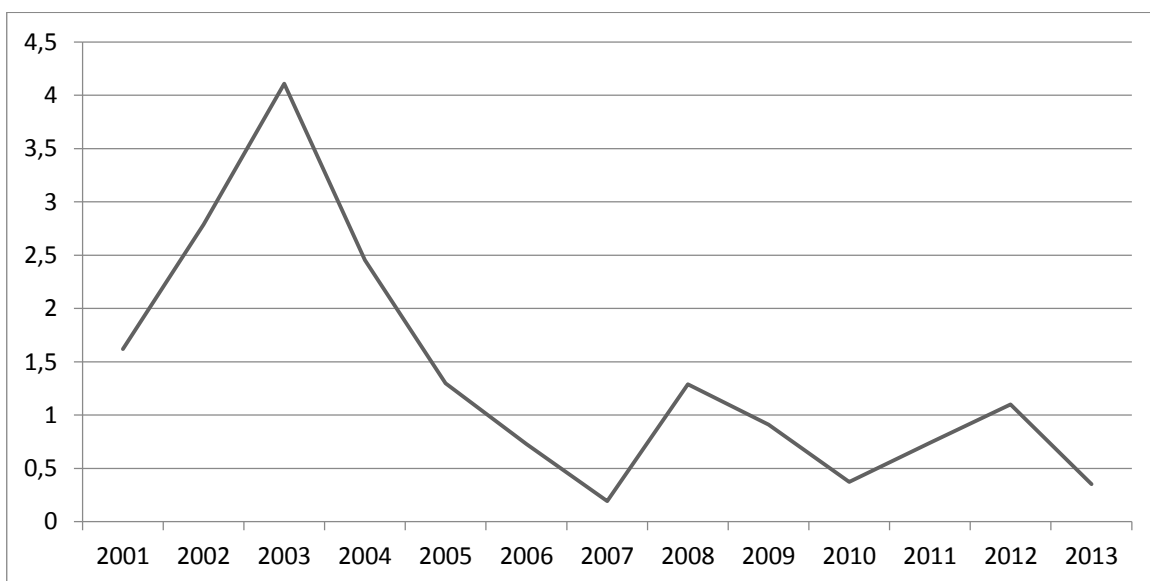


Figura 4. Proporção de casos MB de hanseníase no município, 2001-2013.

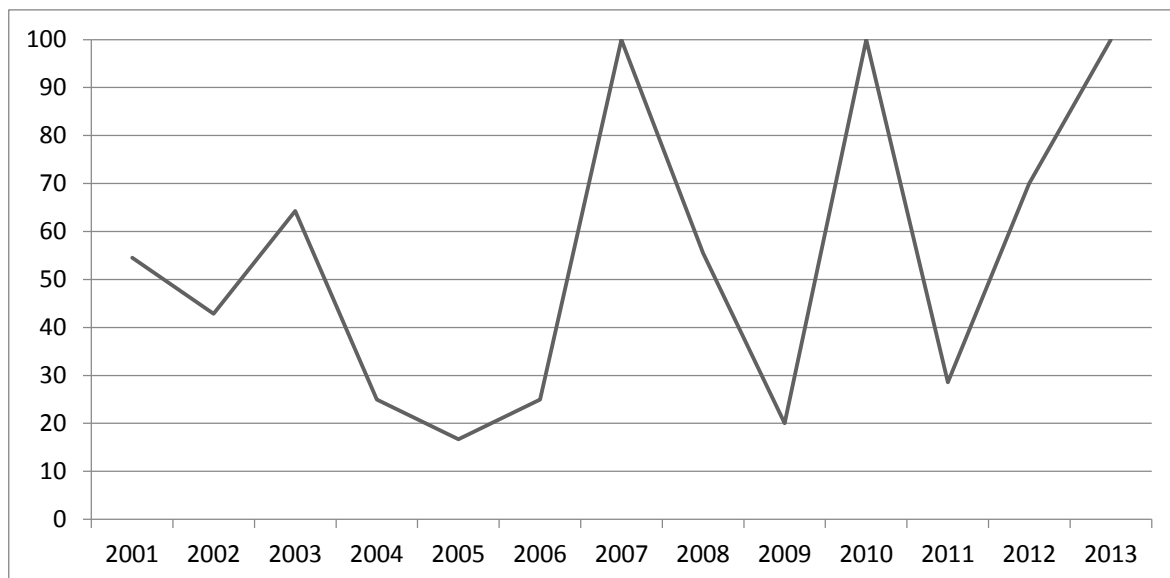


Figura 5. Proporção de casos novos que realizaram avaliação de prevenção de incapacidades e frequência de deficiências na admissão, no município, 2001-2013.

COMPROVANTE DA SUBMISSÃO EM REVISTA CIENTÍFICA

Arquivos de Ciências da Saúde <cienciasdasaude@famerp.br>

para mim

Luana Laís Femina,

Agradecemos a submissão do trabalho "PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE" para a revista Arquivos de Ciências da Saúde.

Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão:

<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/author/submission/235>

Login: luana_femina

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Arquivos de Ciências da Saúde

Arquivos de Ciências da Saúde
