

Oliveira, L. R. et al.



PESQUISA

Limitação de atividades e participação social entre usuários de um grupo de autocuidado em hanseníase
Limitation of activities and social engagement between users of a group of self-care in leprosy
Limitación de las actividades y la participación social entre los usuarios de un grupo de autocuidado de lepra

Larissa Rolim de Oliveira¹, Aissa Romina do Nascimento², Maria Mônica Paulino do Nascimento³, Andressa Pedroza Pereira⁴, Izabel Cristina Santiago Lemos⁵, Marta Regina Kerntopf⁶

RESUMO

O surgimento das incapacidades antes ou após o tratamento da Hanseníase pode ser um grande indicador de qualidade de vida e da participação social. Considerando a existência de um Grupo de Autocuidado em Cajazeiras-PB, objetivamos mensurar a limitação de atividades e da participação social entre os usuários do referido grupo. Os instrumentos de coleta de dados foram a escala SALSA e a escala de Participação Social. O escore de consciência de risco obteve os maiores percentis em 2 e 3 pontos com 29% para ambos. 72% pontuou restrição à limitação de atividade e na escala de participação em atividades sociais 43% da amostra não apresentou restrições, 29% leve restrição e 14% com moderada restrição e com grande restrição. Os resultados dessa pesquisa estão de acordo com os estudos que consideram a hanseníase como doença potencialmente incapacitante, e alertam para a importância das ações de prevenção de incapacidades.

Descritores: Hanseníase. Participação Social. Autocuidado.

ABSTRACT

The emergence of disabilities before or after treatment of leprosy can be a great indicator of quality of life and social participation. Through the existence of a Self Care Group in Cajazeiras-PB, we aim to measure the limitation of activities and social participation among users of the group. The data collection instruments used were a SALSA scale and Social Participation scale. The risk awareness score observed the highest was 2 and 3 points, 29% for both. 72% scored restriction on the limitation of activity and scale of participation in social activities, 43% of the sample showed no restrictions, 29% light restriction and 14% with moderate restriction and with great restraint. The results of this research are in line with studies that consider leprosy as potentially disabling disease, and warn of the importance of disability prevention activities.

Descriptors: Leprosy. Social Participation. Self Care.

RESUMEN

El surgimiento de la discapacidad antes o después del tratamiento de la lepra puede ser un gran indicador de la calidad de vida y la participación social. Teniendo en cuenta la existencia de un Grupo de Autocuidado en Cajazeiras-PB, nuestro objetivo fue medir la limitación de actividades y la participación social entre los usuarios del grupo. Los instrumentos de recolección de datos fueron: escala SALSA y escala de Participación Social. La puntuación conciencia del riesgo, tiene los más altos percentiles en 2 y 3 puntos, con 29%. 72% marcó limitación de la actividad y la escala de la participación en actividades sociales, 43% de la muestra mostró marcó ninguna restricción, 29% y 14% moderada y gran restricción. Los resultados son consistentes con estudios que tienen en cuenta la lepra como potencialmente discapacitante, y advierten de la importancia de las acciones de prevención de la discapacidad.

Descriptor: Lepra. Participación social. Autocuidado.

¹Mestre pela Universidade Regional do Cariri (URCA); Pesquisadora do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein – IIEPAE – São Paulo – SP – Brasil. ²Mestre pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Professora da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Campina Grande – PB – Brasil. ³Especialista; Professora da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Campina Grande – PB – Brasil. ⁴Especialista; Enfermeira do Hospital Universitário Júlio Bandeira, Cajazeiras – PB. ⁵Professora da Universidade Regional do Cariri – URCA – Crato – CE – Brasil. ⁶Professora Adjunta da Universidade Regional do Cariri – URCA – Crato – CE – Brasil. E-mail: martareginakerntopf@outlook.com.

Oliveira, L. R. et al.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa de evolução crônica que, em decorrência do acometimento do sistema nervoso periférico, ocasiona perda de sensibilidade e paralisias musculares que, quando não diagnosticadas e tratadas adequadamente, podem evoluir para incapacidades físicas permanentes (BATISTA, 2010).

As questões relacionadas à prevenção de incapacidades em hanseníase sempre foram alvo de preocupações, pois o surgimento das incapacidades, antes ou após o tratamento da doença, pode ser um grande indicador de qualidade de vida e da participação social, bem como da qualidade dos serviços de saúde (HELENE; SALUM, 2002).

A estratégia da Organização Mundial da Saúde no tratamento dos doentes, tem resultado na redução acentuada do número de casos de hanseníase notificados no mundo, ao longo dos últimos 20 anos. Apesar desses esforços, o número de casos novos de hanseníase detectados em cada ano, permanece relativamente estável, representando um notável problema de saúde pública (DUTHIE, 2007).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2008 foram notificados 249.007 casos novos no mundo, por sua vez, o Brasil apresentou 39.047 casos, ocupando o segundo lugar no *ranking* mundial, ficando atrás apenas da Índia. Dos 40.474 casos novos das Américas, 93% são casos notificados no Brasil (WHO, 2010).

A hanseníase apresenta geograficamente distribuição irregular, em que as regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste mantiveram as taxas em patamares muito elevados (MOREIRA; MARTINS, 2008).

A região Nordeste apresentou coeficientes de detecção com valor médio de 29,90/100.000 habitantes no ano de 2003. No estado da Paraíba, o coeficiente de detecção oscilou até 26,74/100.000 habitantes em 2003, apresentando uma classificação “alta”, semelhantes à encontrada no Brasil no mesmo período que foi de 21,08/100.000 habitantes (BRASIL, 2008).

No Brasil, 23,3% dos casos registrados anualmente apresentam graus de incapacidades I e II, necessitando assim de uma organização da rede de saúde para um acompanhamento por longo tempo ou durante toda a vida do indivíduo, no caso de sequelas permanentes (RAMOS, 2010)

Todavia, o diagnóstico precoce e o tratamento imediato, reduz o risco de incapacidades, de sequelas e de deformidades, assim como o isolamento social. Para que as pessoas atingidas pela hanseníase possam ter uma vida dita como “normal”, é necessário que dentro de um contexto de atenção à saúde, não se abandone o doente após a cura terapêutica (EIDT, 2004)

É fundamental avaliar todos os doentes de hanseníase no período do tratamento, momento da alta e anos pós-alta. Nem todos os doentes têm o conhecimento para identificar um estado reacional, principalmente anos após a alta e sem sequelas, isso reforça o acompanhamento periódico de orientação (RAMOS, 2010).

Dentre as principais atividades da estratégia global para minimizar a carga e manter ações de controle da hanseníase em todos os países endêmicos, pode-se destacar algumas, tais como: sustentação das atividades de controle da hanseníase; utilização da detecção de casos como principal indicador para monitorar o progresso; desenvolvimento de ferramentas e procedimentos baseados na atenção domiciliar/comunitária, integrados e localmente apropriados para a

Oliveira, L. R. et al.

provisão de serviços de reabilitação, os quais se inserem a formação do Grupo de autocuidado (GAC) (BARBOSA et al., 2008).

Na prevenção das incapacidades, os resultados dependem das práticas de autocuidado, do apoio da família e do cuidado oferecido pelos profissionais de saúde. Nesse sentido, salienta-se o Pacto Pela Saúde como marco técnico-político no controle das grandes endemias como a hanseníase (DESSUNTI et al., 2008).

As diretrizes do Pacto, no que se referem à prevenção, mencionam sobre a formação de grupos de autocuidado em hanseníase como uma necessidade de ampliar a rede de atenção à saúde e capacitar os profissionais de saúde para um atendimento especializado e humanizado, são desafios e perspectivas para o controle e prevenção da hanseníase no país (BALDAN, 2010).

Vale salientar que a prática de Educação em Saúde deve estar inserida em todas as atividades no controle da hanseníase, sendo realizadas pelos usuários, profissionais de saúde, familiares dos pacientes, voltando o aprendizado para a busca ativa de casos e detecção precoce para uma melhor prevenção das incapacidades físicas. Transformando esse método em um auxílio transformador no processo do autocuidado (SILVA; PAZ, 2010).

Portanto, é fundamental a organização e formação de grupos de autocuidado compreendendo essa ação na esfera da humanização do cuidado e da integração entre a rede de saúde e os usuários na perspectiva de uma atenção integral e humanizadora. A prevenção de incapacidades em hanseníase tem como objetivo evitar as possíveis deformidades, visando interromper a propagação das perdas funcionais (RODINNI et al., 2010).

Neste sentido, frisa-se que deficiências, limitação de atividades e restrição à participação social foram definidas na Classificação R. Interd. v. 9, n. 1, p. 171-181, jan. fev. mar. 2016

Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como componentes importantes do estado de saúde de um indivíduo e para promoção de políticas de inclusão social (FENLEY et al., 2009).

Portanto, tem-se a Escala *Screening of Activity Limitation and Safety Awareness* (SALSA) como um instrumento para medir a limitação de atividades em indivíduos afetados pela hanseníase, diabetes e outras neuropatias periféricas. Além disso, pode-se citar também a Escala de Participação Social, que visa mensurar a participação social em pessoas afetadas pela hanseníase, por problema estigmatizante ou por deficiências¹⁴, possibilitando a quantificação das restrições à participação percebidas ou experimentadas por pessoas acometidas com hanseníase, por exemplo (BARBOSA et al., 2008).

Nesse âmbito, salienta-se que em 2007 foram implantados no estado da Paraíba dois grupos de autocuidado, objetivando a prevenção de incapacidades e o estímulo à prática de autocuidado, visando melhorias na qualidade de vida. No ano de 2008 foi implantado o grupo em Cajazeiras-PB e em mais três municípios paraibanos. Sendo que nos 2 primeiros anos de reuniões os usuários não apresentaram piora das incapacidades e evidenciaram realizar práticas de autocuidado diariamente (SOUSA et al., 2015)

Portanto, compreendendo a relevância das ações desses grupos no âmbito do cuidado para portadores e ex-portadores de hanseníase, objetivou-se através deste estudo mensurar a limitação de atividades de vida diária e de participação social entre usuários do grupo de autocuidado em hanseníase na cidade de Cajazeiras - PB, utilizando para essa finalidade as escalas SALSA e de Participação Social.

Oliveira, L. R. et al.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva, exploratória, de abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada na cidade de Cajazeiras - PB, município do alto sertão paraibano que possuía em 2010 uma população de 58.437 habitantes e está situada há 450 km da capital do estado, João Pessoa.

Segundo o SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica, em 2010 a população feminina era de 30.507 mulheres e a masculina de 27.930 homens. Ainda segundo o SIAB, 78,11% das pessoas são alfabetizadas (IBGE, 2009).

A coleta de dados foi desenvolvida no domicílio dos participantes e na Secretaria Municipal de Saúde do referido município, durante as reuniões do GAC, que teve seu primeiro encontro em abril de 2009.

Desse modo, o grupo tem como principal finalidade esclarecer dúvidas do usuário e de seus familiares sobre a doença; ensinar a realizar o autocuidado para evitar as incapacidades e minimizar os sofrimentos e romper com o preconceito pessoal, familiar e da comunidade. Além dos usuários participam também das reuniões alguns profissionais como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos.

A população foi formada por portadores de hanseníase notificados no município de Cajazeiras - PB e acompanhados pelas UBS do respectivo município. A amostra foi constituída por usuários que participaram de 3 ou mais reuniões do GAC, formando assim uma amostra significativa. Os participantes atenderam aos critérios de voluntariedade, concordância e disponibilidade de contribuir com o estudo.

Concomitantemente, inclui-se na pesquisa indivíduos portadores ou ex-portadores de hanseníase que participam do Grupo de R. Interd. v. 9, n. 1, p. 171-181, jan. fev. mar. 2016

Limitação de atividades e participação social...

Autocuidado (GAC) de Cajazeiras - PB com idade superior ou igual a 18 anos. Foram excluídos da amostra indivíduos que possuem outras neuropatias periféricas de doenças crônicas (como Diabetes Mellitus) e/ou dermatológicas.

Os instrumentos de coleta de dados foram: um Formulário; a Escala SALSA e a Escala de Participação Social. O formulário apresentou questões inerentes à idade, ao sexo, ao estado civil, à escolaridade, à renda, ao tempo de diagnóstico, à classificação operacional, ao tratamento, ao grau de incapacidade e à atividade ocupacional dos participantes da pesquisa.

A Escala SALSA é um instrumento padronizado que fornece um escore total para limitação de atividade. Consiste em 20 itens, que avaliam presença de limitações dentre os domínios de mobilidade, auto cuidado, trabalho e destreza. A soma dos valores obtidos resulta em um escore, que varia de 10 a 75. Um escore baixo indica pouca dificuldade relacionada a atividades da vida diária, enquanto escores mais altos indicam níveis crescentes de limitação de atividade.

A Escala de Participação versão 4.1, validada mediante pesquisa multicêntrica na Índia, Brasil e Nepal, foi elaborada a partir da CIF publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2001. A Escala de Participação é composta por 18 itens e se propõe a medir os problemas percebidos nas principais áreas da vida como o aprendizado e aplicação do conhecimento; comunicação e cuidados pessoais; mobilidade; vida doméstica; interações, relacionamentos interpessoais e em comunidade. Inclui oito das nove principais áreas da vida definidas na CIF. Sua pontuação varia de 0 a 72 pontos e são considerados sem restrições à participação social valores de 0 a 12 pontos.

Portanto, foi realizada uma inspeção juntamente com o responsável pelo Programa de Controle da Hanseníase na lista de frequência

Oliveira, L. R. et al.

mensal das reuniões do GAC, onde desenvolveu-se um levantamento dos portadores de hanseníase que frequentaram 2 ou mais reuniões. Posteriormente, buscou-se informações nos prontuários arquivados no setor, considerando o nome do paciente, endereço, a fase da evolução da doença, tratamento da doença e o grau de incapacidade.

Com esses dados, planejou-se juntamente com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) as visitas domiciliares ao portador de hanseníase para aplicação das escalas SALSA e de Participação Social. A coleta deu-se entre os meses de junho a outubro de 2011.

Os dados obtidos a partir da pesquisa foram analisados de acordo com a literatura pertinente e por meio de estatística simples de forma descritiva e expostos em gráficos e tabelas, permitindo uma melhor explanação dos resultados, através da avaliação dos escores das escalas SALSA e de participação social.

Para a realização do estudo foram consideradas todas as diretrizes e as normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) / Ministério da Saúde. A pesquisa contou com a aprovação da Secretária Municipal de Saúde de Cajazeiras, conforme preconizado para pesquisas realizadas em municípios paraibanos.

RESULTADOS

Para melhor entendimento, foi dividida a pesquisa em três etapas. Na primeira etapa, foi aplicado um formulário de identificação onde este contém os dados de caracterização da amostra. Na segunda etapa foi discutido os escores de avaliação da escala SALSA, que tem como objetivo avaliar a limitação de atividades e o nível de R. Interd. v. 9, n. 1, p. 171-181, jan. fev. mar. 2016

Limitação de atividades e participação social...

consciência de risco. Por fim a terceira etapa foi utilizada a escala de Participação Social, medindo a gravidade das restrições à participação social e a necessidade de reabilitação (RAFAEL, 2009).

Dados de caracterização da amostra

O presente estudo foi composto por 17 participantes, com base em uma frequência do relatório anual das reuniões do GAC em Cajazeiras-PB (Tabela 1). Dos participantes da pesquisa, todos receberam alta da poliquimioterapia (PQT) há mais de um ano e/ou com menos de um mês de alta, da data da coleta, em esquema de 06 meses ou 12 meses de tratamento.

Tabela 1 - Dados de Caracterização Sócio Demográfica

Variáveis	F	%
SEXO		
Masculino	4	57
Feminino	3	43
FAIXA ETÁRIA		
26 - 35	2	28
47 - 58	3	43
64 - 87	2	29
ESCOLARIDADE		
Ensino Fundamental	4	57
Ensino Médio Completo	2	29
Ensino Fundamental Incompleto	1	14
ÁREA DE RESIDÊNCIA		
Urbana	6	86
Urbana/Rural	1	14
RENDA FAMILIAR		
< 1 salário mínimo	3	43
1 a 3 salários mínimos	3	43
3 a 6 salários mínimos	1	14

Fonte: Pesquisa direta, 2011.

De acordo com a amostra, 57% são do sexo masculino e 43% são do sexo feminino. Pode-se perceber uma tendência da doença e de frequência no grupo de autocuidado do sexo masculino, ficando com uma percentagem menor o sexo feminino.

Em relação à faixa etária dos que participaram do estudo, 26 a 35 anos representam 28% da amostra, 43% ficaram na faixa etária de 47 a 58 anos e 29% na faixa etária de 64 a 87 anos.

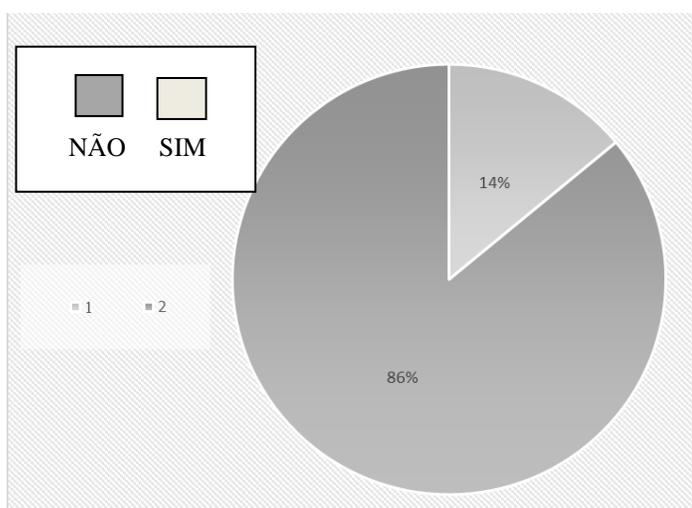
Oliveira, L. R. et al.

Já em se tratando de nível de escolaridade, observou-se que, 57% da população possui o ensino fundamental incompleto, 29% da amostra tem o ensino médio completo e apenas 14% da amostra com ensino fundamental completo. A prevalência maior encontra-se em pessoas com baixo nível de escolaridade. Já em relação a área de residência, ressalta-se que a maior concentração está na zona urbana, com 86% da população estudada e que os 14% residem em área urbana/rural.

Foi observada também a renda familiar que faz uma média de menos que um salário mínimo (43%) e variando de 1 a 3 salários mínimos, também com 43%; ficando apenas com 14% da amostra a renda familiar na faixa de 3 a 6 salários mínimos.

Em se tratando ao uso de adaptações ou órteses por incapacidades causadas pela hanseníase (Gráfico 1) 86% dos entrevistados não usam próteses ou órteses, já 14% dos participantes usam adaptações por causa da incapacidade física causada pela hanseníase.

Gráfico 1 - Uso de Adaptações ou Órtese por incapacidade



Fonte: Pesquisa direta, 2011.

Caracterização da consciência de risco, limitação de atividades e participação social

A consciência de risco avalia a capacidade que o indivíduo tem de perceber o risco que

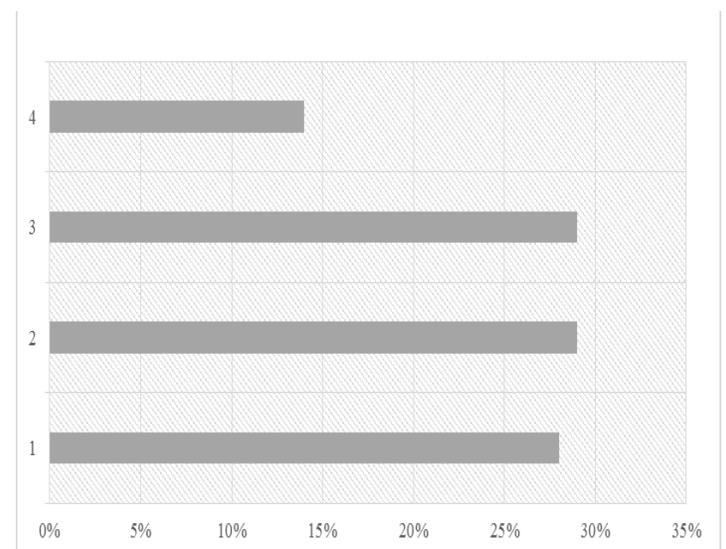
R. Interd. v. 9, n. 1, p. 171-181, jan. fev. mar. 2016

Limitação de atividades e participação social...

estará correndo ao realizar certas atividades. A escala SALSA tem como objetivo avaliar o grau de restrição a limitação de atividades, onde os escores variam de 10 a 80 pontos. A escala de Participação Social avalia o grau de restrição à participação social, onde são vistos pelos escores que variam de 0 a 90 pontos.

O escore de consciência de risco variou de 1 a 4 pontos (Gráfico 2), observando os maiores percentis em 2 e 3 pontos com 29% para ambos, sendo estes de baixa percepção de risco dos participantes.

Gráfico 2 - Escore de Consciência de Risco



Fonte: Pesquisa direta, 2011.

Visto que nos achados da pesquisa, apenas 14% pontuaram com um escore 4, o de maior valor dentre estes, pressupõem-se ainda que este escore é de baixa pontuação para a população estudada, já que em reuniões do grupo de autocuidado questões como riscos de realizar atividades diárias são debatidos.

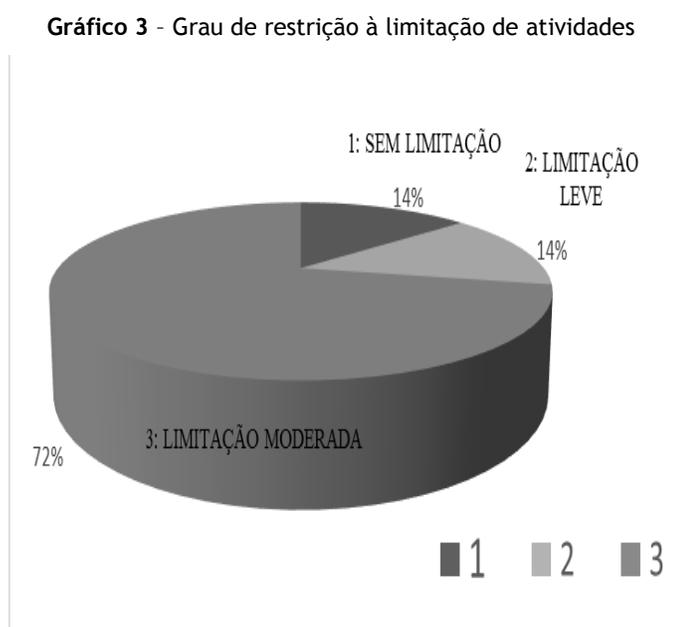
Na presente pesquisa realizada, os escores de limitação de atividades variam de 20 a 44 pontos. Sendo que destes, 72% mostram leve limitação de atividades, marcando na escala SALSA escores que variam de 25 a 39 pontos. Sendo a pontuação mais frequente a de 33 pontos, ficando entre os 72% com leve limitação. E que

Oliveira, L. R. et al.

14% da população mostrou-se com uma leve limitação, pontuando nos escores SALSA pontos que variam de 10 a 24 pontos e 14% mostrou-se com limitação moderada, que na escala SALSA o escores variam de 40 a 49 pontos, sendo que nos achados foi obtido 44 pontos.

Quando se trata da escala SALSA, um aspecto relevante observado com a aplicação desse instrumento é a avaliação do quanto o paciente encontra-se ciente de suas limitações e dos riscos envolvidos na realização de determinadas atividades, como pode observar no escore de Consciência de Risco. Em que por meio desse escore torna-se mais viável identificar ações para a Prevenção de Incapacidades, quais devem ser melhor trabalhadas junto ao paciente.

No escore SALSA há certa dificuldade na classificação da limitação de atividades, pois os pacientes acabam sendo classificados em um único grupo de indivíduos com dificuldades físicos-funcionais bastante distintas, variando assim nos escores da escala acima citada. Ver gráfico abaixo (Gráfico 3):



Fonte: Pesquisa direta, 2011.

Em relação aos escores de consciência de risco pode-se verificar que à medida que os graus de incapacidades aumentam a média de pontos da R. Interd. v. 9, n. 1, p. 171-181, jan. fev. mar. 2016

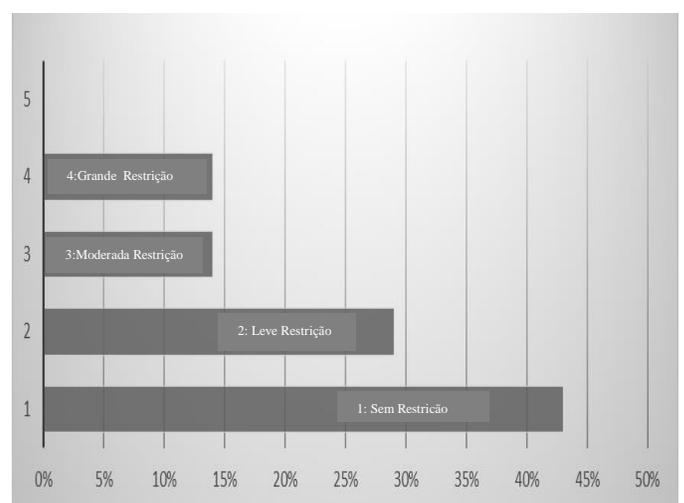
Limitação de atividades e participação social...

escala SALSA também aumentam. Verificando que essas diferenças são estatisticamente significativas.

Observando os escores obtidos pode-se calcular uma média dos escores dos participantes da pesquisa, que será a média dos escores dos participantes do grupo de autocuidado. Esta média foi calculada com base na soma dos escores e dividida pela quantidade de indivíduos participantes, onde o resultado encontrado foi de 30,71 pontos na escala SALSA, que dentre dos escores classificatórios, a população do grupo de autocuidado tem uma limitação de atividades leve.

Na escala de participação social o presente estudo mostra pacientes com nenhuma restrição, ou seja, 43% da amostra. Mas também encontra-se a pesquisa que 29% há uma leve restrição. Ficando 14% com moderada restrição e 14 % com grande restrição (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Restrição à participação social



Fonte: Pesquisa direta, 2011.

DISCUSSÃO DOS DADOS

Estudos esboçam que há uma frequência maior para o desenvolvimento da doença em pessoas do sexo masculino, e segundo os dados da OMS, na maior parte do mundo os homens são

Oliveira, L. R. et al.

afetados com mais frequência do que as mulheres, geralmente na proporção de 2:1 (BARBOSA et al., 2008; OMS, 2005; RAFAEL, 2009).

Com respeito à faixa etária dos que participaram do estudo, pode-se concluir que a população de idade mediana tem uma maior prevalência para hanseníase e para o surgimento de incapacidades conforme expresso em outras pesquisas (BARBOSA et al., 2008; RAFAEL, 2009).

Nesse contexto, Opromolla e Laurenti (2011) descrevem que a frequência da doença de acordo com a faixa etária é o seu pico situado entre os 45 aos 60 anos, considerado muito vulnerável. Além disso, de acordo com os achados, há um maior acometimento nos adultos.

Referente à escolaridade, pode-se observar também nos estudos de Rafael (2009) que 68% da população tem o ensino fundamental completo e incompleto, com uma prevalência de pessoas com baixa escolaridade.

No que concerne à área de residência, no estudo de Barbosa et al. (2008) ele também mostra uma maior concentração de casos na zona urbana, dada a natureza dos municípios. Pressupondo que na zona urbana pelo aglomerado da população há uma maior forma de contágio/proliferação da doença.

No aspecto socioeconômico da pessoa acometida pela hanseníase, figura uma baixa renda familiar, uma vez que, além de atingir uma população economicamente ativa, com consequente prejuízo à força de trabalho nos sequelados por esta doença, ocasiona uma maior dificuldade de promover o seu sustento e o da sua própria família (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2007; LAPA et al., 2001).

Relativo ao risco para execução de atividades diárias, Rafael (2009) acredita que resultados expressos como o da presente pesquisa são justificados pelo pouco conhecimento em relação ao risco na execução das atividades

diárias, concluindo em sua pesquisa que há certa dificuldade na percepção do que é risco para alguns participantes. É importante sempre fixar a orientação aos pacientes em relação aos riscos na realização de determinadas atividades, prevenindo assim, lesões e conseqüentemente deformidades.

Já no âmbito da aplicação da escala SALSA, frisa-se que ela tem o objetivo de medir a limitação de atividades, isto é, o grau em que uma pessoa consegue realizar as atividades de vida diárias (AVD). Quando somado um escore baixo, é indicativo de pouca dificuldade com as AVD, caso estes estejam mais elevados, indicam níveis crescentes de limitação de atividade (REIS; GOMES; CUNHA, 2013).

Nesse contexto, Rafael (2009) acredita que a descoberta da disfunção nervosa é um componente vital dos programas de prevenção de incapacidades, tendo em vista um dos sinais mais precoces da lesão nervosa que é a perda da sensibilidade de mãos e pés. Ainda seguido a mesma linha quanto maior o grau de incapacidade, maior será o escore SALSA, pressupondo que há limitação funcional gerando assim, a limitação de atividades.

Quando há uma diminuição da sensibilidade das mãos ou dos pés, o doente de hanseníase pode apresentar em suas AVD o risco de lesão, evitando assim, atividades arriscadas ou modificar o modo como são realizadas, a fim de evitar danos. A SALSA avalia o quanto os afetados pela hanseníase estão com nível de consciência dos problemas de segurança e quanto limitados estão aptos a realizarem atividades em segurança (GROSSI et al., 2008; LUSTOSA et al., 2011; NUNES; OLIVEIRA; VIEIRA, 2011).

Barbosa et al. (2008) em seus estudos pôde observar que a escala de participação, mesmo associada com escala SALSA, não permite afirmar que a restrição observada é apenas resultado da

Oliveira, L. R. et al.

hanseníase. Como de acordo com a fala dos participantes da pesquisa há uma certa restrição por parte de outras limitações e/ou outros fatores, como as patologias que afetam o sistema locomotor.

Assim, fazendo uma análise comparativa entre o escore SALSA e o de Participação social, constatou-se que a totalidade dos participantes classificada como sem restrição à participação social estava correlacionando em praticamente todos os escores da escala SALSA, isso, portanto, corrobora com os estudos de Barbosa et al. (2008).

Dessa forma é evidenciada uma pequena relação positiva entre a escala SALSA e de Participação Social, Visto que os que apresentavam nenhuma restrição à participação são aqueles que frequentam regularmente as reuniões do grupo de autocuidado.

Outro aspecto a considerar é o fato da validação das escalas terem sido recentes, estando ainda em processo de adaptação. Algumas informações contidas no manual de instruções são imprecisas, o que pode ocasionar desvios no processo de utilização.

Batista (2010) reafirma os achados de Barbosa et al. (2008), quando destaca que é necessário considerar a potencialidade da aplicação da escala SALSA para uma melhoria da atenção aos afetados pela hanseníase com uma visão à integralidade da atenção, podendo até ir mais além dos limites da abordagem das questões físicas associadas à doença.

Por fim, os resultados dessa pesquisa estão de acordo com os estudos que consideram a hanseníase como doença potencialmente incapacitante, e alertam para a importância das ações de prevenção de incapacidades, assegurando maior qualidade de vida ao paciente afetado pela hanseníase.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que todos os participantes da pesquisa já receberam alta da PQT, e mesmo que ainda tenham alta, apresentam uma limitação leve, alteração na limitação funcional e restrição à participação, visto que é necessário uma melhoria da atenção à essa população e um maior incentivo para participar do GAC.

Com a aplicação das escalas SALSA e de Participação Social no GAC, pode-se obter uma relação positiva entre as escalas, já que nos resultados encontrados os escores das escalas avaliaram aspectos como a mobilidade, autocuidado, destreza e trabalho manual e a qualidade de vida, permitindo um melhor entendimento da limitação física e da restrição social.

Frisa-se ainda que o escore de consciência de risco é relevante para as atividades do grupo, pois se observa a possibilidade de avaliar o quanto o participante encontra-se ciente de suas limitações e dos consequentes riscos envolvidos quando realizar-se-á determinadas atividades, sendo sugestivo para o GAC, pois facilita identificar quais ações de prevenção de incapacidades devem ser melhor trabalhadas.

Finalizando, sugere-se uma nova pesquisa para investigar uma relação entre a classificação das escalas com a classificação do grau de incapacidade do Ministério da Saúde, para que possamos ter uma pesquisa mais fidedigna em relação ao que é apresentado pelos portadores de hanseníase.

Oliveira, L. R. et al.

REFERÊNCIA

- BALDAN, S. S; SANTOS, B. M. O. O hanseniano: uma aproximação na perspectiva de promoção de saúde. *Hansen. Int.*, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 21-34, abr, 2010.
- 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 , v. 61, n. spe, p. 727-33, Nov. 2008.
- BATISTA, A. M. N. **Avaliação das incapacidades e limitação das atividades em pacientes afetados pela hanseníase: uma avaliação dos escores da escala salsa.** Bauru: Instituto Lauro de Souza Lima, 2010. 44 f. Monografia. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2008.
- DESSUNTI, E. M.; SOUBHIA, Z.; ALVES, E.; ARANDA, C. M.; BARRO, M. P. A. A. Hanseníase: o controle dos contatos no município de Londrina-PR em um período de dez anos. *Rev bras enferm*, Brasília, v. 61, n. spe, p. 689-93, nov. 2008.
- DUARTE, M. T. C.; AYRES, J. A.; SIMONETTI, J. P. Perfil socioeconômico e demográfico de portadores de hanseníase atendidos em consulta de enfermagem. *Rev Latino-Am. Enferm*, Ribeirão Preto , v. 15, n. spe, p. 774-79, out. 2007.
- DUTHIE, M. S.; et al. Use of Protein Antigens for Early Serological Diagnosis of Leprosy. *Clin Vaccine Immunol*, Washington, v. 14, n.1, p.886-923, fev, 2007.
- 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. *Saude soc.*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 76-88, ago. 2004.
- FENLEY, J. C.; et al. Limitação de atividades e participação social em pacientes com diabetes. *Acta. Fisiatr.* São Paulo, v. 16, n. 1, p.21-38, jan, 2009.
- GROSSI, M. A. F.; et al. Fatores de risco para a soropositividade do ML Flow em pacientes com hanseníase. *Rev Soc bras Med Trop.*, Uberaba , v. 41, supl. 2, p. 39-44, ago, 2008.
- HELENE, L. M. F.; SALUM, M. J. L. A reprodução social da hanseníase: um estudo do perfil de doentes com hanseníase no Município de São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 101-113, fev. 2002.
- IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico: População da cidade de Cajazeiras - PB.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso 10 jan 2010.
- LAPA, T.; et al. Vigilância da hanseníase em Olinda, Brasil, utilizando técnicas de análise espacial. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1153-62, out. 2001.
- LUSTOSA, A. A.; et al. The impact of leprosy on health-related quality of life. *Rev Soc bras Med Trop.*, Uberaba , v. 44, n. 5, p. 621-6, out. 2011.
- MOREIRA, M. V.; WALDMAN, E. A.; MARTINS, C. L. Hanseníase no Estado do Espírito Santo, Brasil: uma endemia em ascensão?. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 24, n. 7, p. 1619-30, jul, 2008.
- NUNES, J. M.; OLIVEIRA, E. N.; VIEIRA, N. F. C. Hanseníase: conhecimentos e mudanças na vida das pessoas acometidas. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, n.2, v. 16, supl. 1, p. 1311-18, mar, 2011.
- OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia global para maior redução da carga da hanseníase e a sustentação das atividades de controle da hanseníase.** Geneve: OMS, 2005.
- OPROMOLLA, P. A.; LAURENTI, R. Controle da hanseníase no Estado de São Paulo: análise histórica. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 195-203, fev, 2011.
- RAFAEL, A. C. **Pacientes em tratamento e pós-alta em hanseníase: estudo comparativo entre graus de incapacidades preconizados pelo ministério da saúde correlacionando-os com escala SALSA e de participação social.** Brasília (DF): Universidade de Brasília, 2009. 93f. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências Médicas, Brasília, 2009.
- RAMOS, J. M. H.; SOUTO, F. J. D. Incapacidade pós-tratamento em pacientes hansenianos em Várzea Grande, Estado de Mato Grosso. *Rev Soc Bras Med Trop.*, Uberaba, v. 43, n. 3, p. 293-97, jun 2010.

Oliveira, L. R. et al.

REIS, F. J. J.; GOMES, M. K.; CUNHA, A. J. L. A. 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.*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 184-90, jun, 2013.

RODINI, F. C. B.; et al. Prevenção de incapacidade na hanseníase com apoio em um manual de autocuidado para pacientes. *Fisioter. Pesqui.*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 157-66, jun, 2010.

SILVA, M. C. D.; PAZ, E. P. A. Educação em saúde no programa de controle da hanseníase: a vivência da equipe multiprofissional. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 223-29, jun, 2010.

SOUSA, R. R. G.; et al. Experiences of a group of self-care in leprosy. *Rev Interdisciplinar Saúde*, Cajazeiras, v. 2, n. 1, p.11-24, abr, 2015.

WHO, World Health Organization. **Global Leprosy Situation**. Geneva: Weekly Epidemiological Record, 2010.

Submissão: 04/05/2015

Aprovação: 02/10/2015