

ANA MARIA NUMATA BATISTA

**AVALIAÇÃO DA INCAPACIDADE E LIMITAÇÃO DE ATIVIDADES EM
PACIENTES AFETADOS PELA HANSENÍASE: UMA ANÁLISE DO ESCORE
SALSA.**

BAURU

2010

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PROGRAMA DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL**

ANA MARIA NUMATA BATISTA

**AVALIAÇÃO DA INCAPACIDADE E LIMITAÇÃO DE ATIVIDADES EM
PACIENTES AFETADOS PELA HANSENÍASE: UMA ANÁLISE DO ESCORE
SALSA.**

Monografia apresentada ao Programa de Aprimoramento Profissional/SES, elaborada no Instituto Lauro de Souza Lima, setor de Reabilitação Física. **Área:** Terapia Ocupacional.

Orientadora: Ms. Cristina Maria da Paz Quaggio

BAURU

2010

B32a

Batista, Ana Maria Numata.

Avaliação da incapacidade e limitação de atividades em pacientes afetados pela hanseníase: uma análise do escore SALSA / Ana Maria Numata Batista, 2010.

44 f.: il.

Orientador: MS. Cristina Maria da Paz Quaggio

Monografia (Aprimoramento Profissional em Terapia Ocupacional)–
Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças.
Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru, 2010

1. Hanseníase. 2. Limitação de atividades. 3. Grau de
Incapacidade. I. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de
Controle de Doenças. Instituto Lauro de Souza Lima. II. Título.

WC335.606

**AVALIAÇÃO DA INCAPACIDADE E LIMITAÇÃO DE ATIVIDADES EM
PACIENTES AFETADOS PELA HANSENÍASE: UMA ANÁLISE DO ESCORE
SALSA.**

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Ms. Cristina Maria da Paz Quaggio

Terapeuta Ocupacional - Instituto Lauro de Souza Lima (Bauru, SP)

Primeiro: Dr^a. Stela Neme Daré de Almeida

Fisioterapeuta – Instituto Lauro de Souza Lima (Bauru, SP)

Segundo: Tatiani Marques

Terapeuta Ocupacional – Instituto Lauro de Souza Lima (Bauru, SP)

Terceiro: Rafael Mielli Rodrigues

Bibliotecário – Instituto Lauro de Souza Lima (Bauru, SP)

Data da Defesa: 11 - 02- 10

Aos meus pais.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e queridos avós, que prezam e se esforçam pelo meu crescimento profissional e pessoal.

Às “velhas amigas” que, mesmo distantes, sempre farão parte de cada conquista minha. E às “novas amigas”, Andressa e Luana: foi uma alegria compartilhar o dia a dia desse período com vocês. Obrigada pelo carinho e apoio constantes.

Ao velho amor de ainda e sempre, Saulo de Castro.

À Cristina Maria da Paz Quaggio, terapeuta ocupacional, preceptora do Programa de Aprimoramento Profissional do ILSL e orientadora dessa pesquisa, por exercer cada uma dessas funções com dedicação e brilhantismo, sendo companheira, incentivadora e acima de tudo, amiga.

À Creuza Pereira dos Santos e Nilsa Araújo de Oliveira, funcionárias do setor de Terapia Ocupacional do ILSL, que possibilitaram que minha rotina de trabalho e aprendizagem fosse leve e alegre. Obrigada pela atenção, solicitude e amizade.

À terapeuta ocupacional Tatiani Marques e às pesquisadoras científicas Rosemari Baccarelli e Lúcia Helena Soares Camargo Marciano, pelo acolhimento e por todos os ensinamentos.

À Dra. Sandra Fiorelli de Almeida Penteado Simeão, pelas orientações estatísticas, fundamentais para a conclusão dessa pesquisa.

Aos 70 pacientes que consentiram participar desse estudo.

RESUMO

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 se não diagnosticadas e tratadas adequadamente podem evoluir para incapacidades físicas permanentes. O presente estudo visa avaliar a implicação dessas incapacidades na realização de atividades diárias de indivíduos afetados por essa doença por meio da aplicação da Escala SALSA e da Avaliação do Grau de Incapacidade. Foram entrevistados 70 pacientes afetados pela hanseníase que frequentam o Ambulatório de Dermatologia do Instituto Lauro de Souza Lima – Bauru, SP encaminhados para o setor de Terapia Ocupacional desse Instituto. Os resultados obtidos demonstraram que a hanseníase interfere na capacidade de realização de atividades diárias dos indivíduos acometidos, independente do grau de incapacidade que apresentam.

Palavras – chave: hanseníase, limitação de atividades, grau de incapacidade, escala SALSA.

ABSTRACT

Leprosy is an infectious disease that cronicallly evolves and which due to the damage in the peripheral nervous system, causes sensitivity loss, atrophy, and muscle paralysis, which if not diagnosed and treated properly, can evolve into permanent physical disability. The objective of this study is to evaluate the implication of the disability in performing everyday activities through Salsa (Screening of Activity Limitation and Safety Awareness) and Evaluation of Incapacity Degree. Seventy leprosy patients who attended the Dermatology Clinic at Instituto Lauro de Souza Lima- Bauru, SP and who were sent to the Occupational Therapy Clinic in this Institute were interviewed. The results showed that leprosy interferes in the performance of everyday activities, independent of the degree of disability presented by each patient interviewed.

Keywords: leprosy, everyday activities limitation, Incapacity Degree, SALSA.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Frequência de participantes por escore de Consciência de Risco.....	30
Gráfico 2 - Frequência de participantes por escore SALSA.....	31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Profissão dos participantes de acordo com Grau de Incapacidade e gênero.....	27
Tabela 2 – Distribuição da amostra de acordo com a forma clínica de hanseníase.....	28
Tabela 3 – Distribuição da amostra de acordo com o quadro de reação.....	28
Tabela 4 – Distribuição da amostra de acordo com uso de medicação específica para hanseníase (PQT).....	28
Tabela 5 – Distribuição da amostra de acordo com uso de órtese.....	29
Tabela 6 – Distribuição da amostra de acordo com uso de prótese.....	29
Tabela 7 - Distribuição da amostra de acordo com uso de adaptação.....	29
Tabela 8 – Distribuição da amostra de acordo com conhecimento das técnicas de Prevenção de Incapacidades.....	29
Tabela 9 - Teste “T” (Student), Variável SALSA.....	32

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Filamentos de Semmes Weinstein e níveis funcionais.....	24
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO

1.1 A incapacidade e a limitação de atividades na hanseníase	12
1.2 Prevenção de Incapacidades em hanseníase	14
1.3 A Terapia Ocupacional na Reabilitação Física e hanseníase.....	15

2 OBJETIVOS	18
--------------------------	----

3 MÉTODO

3.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	19
3.2 Participantes	19
3.2.1 Critérios de inclusão	19
3.2.2 Critérios de exclusão	20
3.3 Local	20
3.4 Instrumentos de coleta de dados	20
3.4.1 Anamnese	20
3.4.2 Escala SALSA	21
3.4.3 Avaliação do Grau de Incapacidade.....	22
3.5 Procedimento	29
3.5.1 Procedimento de coleta de dados.....	24
3.5.2 Procedimento de análise dos dados	25

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
---------------------------------------	----

4.1 Caracterização da amostra.....	26
4.2 Escore de Consciência de Risco	30
4.3 Escala SALSA	31

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
-------------------------------------	----

6 REFERÊNCIAS	35
----------------------------	----

ANEXOS

A – Aprovação da Comissão Científica do ILSL	39
B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do ILSL.....	40
C – Escala SALSA.....	41

APÊNDICES

A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	42
B – Anamnese	43
C – Avaliação do Grau de Incapacidade - Mãos e Pés	44



Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 A incapacidade e a limitação de atividades na Hanseníase

A hanseníase, conhecida desde os tempos bíblicos como lepra, é uma doença infecto-contagiosa de evolução crônica que se manifesta, principalmente, por lesões cutâneas com diminuição de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil. Tais manifestações são resultantes da predileção do *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*), agente causador da doença de Hansen, em acometer células cutâneas e nervosas periféricas (EIDT, 2004).

Se o *M. leprae* acometesse somente a pele, a hanseníase não teria a importância que tem em saúde pública. Em decorrência do acometimento do sistema nervoso periférico (terminações nervosas livres e troncos nervosos) surgem a perda de sensibilidade, as atrofias, paresias e paralisias musculares que, se não diagnosticadas e tratadas adequadamente, podem evoluir para incapacidades físicas permanentes (BRASIL, 2001).

De acordo com Gonçalves, Sampaio e Antunes (2008),

A hanseníase é identificada, caracterizada e temida pelo seu alto potencial deformante. [...] O comprometimento dos nervos periféricos é a característica principal da doença podendo acarretar ao paciente deficiências e incapacidades, diminuindo sua capacidade de trabalho, limitando sua vida social, tornando-o vítima de estigma e preconceito (p. 464).

Para Smith, Antin e Patole (1980), a incapacidade física é o elemento que separa a hanseníase das outras doenças.

A incapacidade, de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), é definida como um termo genérico para deficiências, limitações de atividade e restrições de participação, que indica os aspectos negativos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde – doenças, distúrbios, traumatismos, envelhecimento, estresse) e seus fatores contextuais (fatores ambientais – mundo físico e suas características, atitudes, valores, regras, leis - e pessoais – idade, gênero, nível social) (CIF, 2003).

A Organização Mundial de Saúde - OMS (1981) considera uma enfermidade incapacitante quando esta provoca uma deficiência que impede a realização de uma

tarefa necessária para a independência pessoal, ou seja, restringe a capacidade de realizar uma atividade de forma considerada normal para o ser humano.

Como dito anteriormente, as deficiências e deformidades em hanseníase são resultados direto ou indireto do dano neural, ainda que nem todo comprometimento neural cause incapacidades clinicamente significativas (DUERKSEN; VIRMOND, 1997).

Os nervos mais frequentemente afetados na hanseníase são: na face, o facial; nos membros superiores, os nervos ulnar, mediano, radial e radial cutâneo e nos membros inferiores, fibular comum, sural e tibial. Esses nervos são lesados em locais onde eles são mais superficiais, onde estão mais sujeitos a traumatismos e onde se acham sujeitos à compressão por estruturas ósteo ligamentares e à variações da irrigação sangüínea (OPROMOLLA, 1981).

No membro superior em particular, a lesão mais freqüente é a do nervo ulnar na região do cotovelo, podendo ainda haver a combinação de lesão do nervo ulnar e mediano, resultando na perda da sensibilidade e paralisia da musculatura intrínseca da mão (LEHMAN, 2005).

Os pacientes com insensibilidade nas mãos podem realizar atividades que provocam lesões, uma vez que indivíduos que apresentam a sensibilidade normal, com a sensação da dor, interrompem imediatamente a atividade, pois esta sensação provoca o reflexo de retirada de um estímulo ofensivo. Além disso, a percepção promovida pela dor indica também quando o indivíduo deve parar de produzir força e pressão ao realizar determinada atividade. Sabe-se que com a falta de informação sensorial, podem ocorrer sérios prejuízos aos tecidos, como queimaduras, cortes, e, conseqüente a isso, o uso contínuo de uma mão lesada pode resultar em infecção, e quando as lesões forem repetitivas, os dedos poderão tornar-se encurtados, por reabsorção, levando a incapacidade nas extremidades afetadas (GAIANI, 1982).

A paralisia da musculatura intrínseca da mão pode levar a cinco principais alterações motoras: *perda da habilidade de abdução e adução dos dedos*, que dificulta atividades que envolvam o separar dos dedos e pegar objetos esféricos grandes, digitar, tocar piano, aparar água na palma das mãos; *fraqueza na flexão das metacarpofalangianas*, que se trata da conseqüência mais séria da paralisia dos músculos intrínsecos, ocasionando a presença de garra; *fraqueza na extensão das interfalangianas proximais*, que impede uma preensão adequada, provocando áreas de pressão excessiva nas pontas dos dedos; *fraqueza na flexão e oposição do 5º*

dedo, que gera a inversão do arco metacarpiano, criando uma mão palmar, sem arco e *perda da oposição do polegar* (LEHMAN, 2005).

Dessa forma, o alto grau incapacitante tem sido a maior problemática da hanseníase que acaba interferindo no trabalho e vida real do paciente, levando às perdas econômicas e muitos traumas psicológicos, além dessas incapacidades serem responsáveis pelo estigma e discriminação (QUINO et al, 2003).

O tratamento com a poliquimioterapia (PQT) inviabiliza o *M. leprae*, porém não recupera nem reverte as deformidades físicas já instaladas. Concomitante ao tratamento farmacológico, atividades de educação para a saúde, incluindo auto cuidado, e medidas de prevenção das incapacidades físicas devem ser desenvolvidas (EIDT, 2004).

1.2 Prevenção de Incapacidades em Hanseníase

Ainda que os principais esforços dos pesquisadores tenham se restringido ao descobrimento de novas e potentes drogas para tratar a hanseníase primariamente - isto é - matar as bactérias causadoras, muitos outros se preocuparam em desenvolver medidas que viessem impedir que as incapacidades se agravassem. Daí surgiu o que se conhece como Técnicas de Prevenção de Incapacidades (VIRMOND, 2003).

De acordo com a OMS (1995), a Prevenção de Incapacidades está relacionada com todas as medidas destinadas a impedir o surgimento da deficiência, a limitar ou anular a dificuldade gerada pela deficiência e a prevenir a transição da incapacidade para a invalidez e seu sucesso consiste em promover modificações no comportamento dos pacientes em relação à atividades específicas de sua vida diária.

Para Fernandes (2007), esse sucesso é possível por meio da conquista da confiança do portador de hanseníase por parte da equipe de saúde e pela incorporação das técnicas pelo sujeito.

As técnicas de Prevenção de Incapacidades se resumem em: diagnóstico precoce da doença; tratamento regular com poliquimioterapia e aplicação de BCG em contatos; detecção precoce e tratamento adequado das reações e neurites; apoio à manutenção da condição emocional e integração social (família, estudo,

trabalhos, grupos sociais); educação em saúde e realização de autocuidados (VIRMOND, 1997).

Os autocuidados são técnicas simples que abrangem, nas mãos, segundo Marciano e Baccarelli (2003), auto inspeção; hidratação e lubrificação da pele; exercícios; uso de órteses; adaptações de instrumentos de vida diária e de trabalho e nos pés, segundo Almeida, Almeida e Magalhães (2003), auto inspeção, hidratação e lubrificação da pele, adaptações de calçados; uso de órteses e exercícios.

Em 14 de maio de 1976, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria número 165/BSB em seu item quarto, afirmou que a Prevenção de Incapacidades deve ser uma atividade de rotina em todos os hospitais e serviços especializados, recomendando também sua adoção nos serviços gerais de saúde (VIRMOND, 2008).

Assim, as políticas de saúde que inicialmente só contemplavam o diagnóstico e tratamento clínico dos casos passaram a considerar as ações de prevenção como um processo importante no tratamento do paciente (VIRMOND, 1997).

1.3 A Terapia Ocupacional na Reabilitação Física e Hanseníase

Atualmente, há uma firme consciência nos profissionais que trabalham com hanseníase de que a Reabilitação Física é parte integrante da atenção ao paciente. Por decorrência do Plano Nacional de Reabilitação, que se baseia preliminarmente na iniciativa do Instituto Lauro de Souza Lima nos finais de 1979, estados e municípios têm investido maciçamente no treinamento de pessoal nesta área, assim como na área de Prevenção de Incapacidades (VIRMOND, 2008).

A Terapia Ocupacional tem como alvo principal de intervenção a disfunção ocupacional. A disfunção ocupacional é traduzida no cotidiano do indivíduo como uma dificuldade para a realização de alguma atividade que lhe seja rotineira, independentemente da causa para tal dificuldade ser de ordem física, social, cognitiva ou outra (MANCINI; MELLO, 2007).

Assim, pode-se dizer que os objetivos do terapeuta ocupacional que trabalha na área de Reabilitação Física são: a promoção da qualidade de vida, a autonomia e a independência do paciente, tanto no seu desempenho funcional quanto ocupacional. Para isso, o terapeuta ocupacional faz uso de diversos tipos de

atividades, como exercícios, técnicas de manipulação corporal ou de reabilitação propriamente ditas; de equipamentos específicos, como os usados para a mobilização e estabilização e favorece o uso de espaços físicos, como cozinha, banheiro, área de trabalho, por meio de adaptações ambientais e de utensílios específicos (DE CARLO; GOLLEGÃ; LUZZO, 2001).

No contexto da Reabilitação Física deu-se a incorporação da expressão Atividades de Vida Diária - AVD ao vocabulário comum da Terapia Ocupacional. Em princípio, as AVDs foram caracterizadas apenas como aquelas destinadas aos cuidados pessoais, ou seja, à alimentação (ato de servir-se e alimentar-se e beber) e à higiene pessoal (cuidar dos cabelos e unhas, realizar limpeza oral, remover pêlos do corpo). Posteriormente, com a evolução do trabalho de Terapia Ocupacional nos programas de reabilitação, foram incorporadas ao uso do termo outras atividades realizadas pelo homem no seu cotidiano, tais como: vestuário (seleção de roupas e acessórios adequados, vestir-se e despir-se adequadamente, colocar e tirar sapatos ou sandálias), mobilidade funcional (deambulação funcional, transferências), comunicação, destrezas manuais e tarefas domésticas (FRANCISCO, 2005).

Ainda nesse contexto, as Atividades Instrumentais de Vida Diária – AIVDs são orientadas para a interação com o ambiente, como o cuidado com o outro; cuidado de animais de estimação e domésticos; criar e cuidar de filhos; uso de equipamentos para comunicação (telefone, computador); mobilidade na comunidade (uso de transporte público ou privado); gerenciamento financeiro; cuidado e manutenção da saúde; estabelecimento e gerenciamento do lar; preparação da refeição e limpeza; procedimentos de urgência e emergência; fazer compras (FRANCISCO, 2005).

Se uma pessoa está inapta, temporária ou definitivamente, a fazer essas atividades rotineiras de forma independente e eficiente em determinado contexto, segundo os padrões culturais de seu grupo social e seus valores pessoais, isso poderá afetar sua auto-estima, privacidade pessoal e os diversos papéis que possa vir a desempenhar (DE CARLO; GOLLEGÃ; LUZZO, 2001).

No que se refere ao tratamento da hanseníase, a Terapia Ocupacional torna-se uma especialidade de reabilitação biopsicossocial relevante para assistir ao portador da doença e seus familiares, pois utiliza de estratégias de intervenção adequadas, que irá guiá-los na direção de uma melhor prevenção de incapacidades, melhor nível de função e de inserção na vida familiar, social e profissional (PEIXOTO et al; 2008).

Considerando-se que na hanseníase sabemos muito sobre deficiências, mas muito pouco sobre como elas afetam as atividades diárias de uma pessoa (SALSA, 2004) o presente estudo visa avaliar em que medida a pessoa portadora de incapacidades, em decorrência da hanseníase, tem seus fazeres rotineiros, aqui compreendidos nas AVDs e AIVDs, limitados e então refletir sobre a importância das ações de Prevenção de Incapacidades nessa doença.



Objetivos

2 OBJETIVOS

Avaliar a limitação de atividades em indivíduos afetados pela hanseníase utilizando a escala SALSA e verificar a existência de relação entre os escores dessa escala e a avaliação do Grau de Incapacidade.

Método

3 MÉTODO

3.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Informações sobre a pesquisa foram fornecidas aos participantes, bem como para os responsáveis pela instituição em que se realizou o estudo. Todos os interessados receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando sua participação na pesquisa e a posterior divulgação dos dados obtidos, que foi elaborado de acordo com os termos da Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos adotada por esta instituição. **(APÊNDICE A)**

A pesquisa foi aprovada pela Comissão Científica do Instituto Lauro de Souza Lima em reunião ordinária no dia 31 de Agosto de 2009 sob o parecer número 177/09 **(ANEXO A)** e pelo Comitê de Ética em Pesquisa dessa mesma Instituição em reunião ordinária no dia 16 de Outubro de 2009 sob o parecer número 057/2009 **(ANEXO B)**.

3.2 Participantes

Participaram do estudo 70 indivíduos afetados pela hanseníase que frequentam o Ambulatório de Dermatologia e Reabilitação Física do Instituto Lauro de Souza Lima - Bauru/SP, encaminhados para o setor de Terapia Ocupacional. O número de participantes foi determinado levando-se em consideração a demanda de atendimento mensal desse setor, que varia de 40 a 50 avaliações.

3.2.1 Critérios de Inclusão

Incluiu-se no estudo indivíduos afetados pela hanseníase em acompanhamento no Ambulatório de Dermatologia e de Reabilitação Física do Instituto Lauro de Souza Lima que foram encaminhados ao Setor de Terapia Ocupacional dessa mesma Instituição, com idade igual ou superior a 18 anos.

3.2.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo pacientes internados nas Enfermarias do Instituto Lauro de Souza Lima, bem como portadores de outras neuropatias periféricas e de outras doenças dermatológicas, e indivíduos afetados pela hanseníase com idade inferior a 18 anos.

3.3 Local

O estudo foi realizado no Setor de Terapia Ocupacional do Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru/SP.

Esse setor conta com duas pesquisadoras científicas, duas terapeutas ocupacionais, uma aprimoranda de Terapia Ocupacional e duas auxiliares de serviços da saúde. Possui três consultórios para atendimento individual e uma sala ampla, com capacidade para atendimento de 10 pacientes.

Nesse setor são realizadas avaliações de força muscular e sensibilidade, bem como acompanhamento em Prevenção de Incapacidades em hanseníase e Reabilitação Física.

3.4 Instrumentos de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada nos meses de Setembro e Outubro de 2009.

Foram aplicados os seguintes instrumentos:

1. Anamnese;
2. Instrumento SALSA (Screening of Activity Limitation and Safety Awareness - Triagem de Limitação de Atividade e Consciência de Risco);
3. Avaliação do Grau de Incapacidade.

Os instrumentos de coleta de dados são descritos abaixo.

3.4.1 Anamnese

A anamnese é composta pelos dados pessoais (nome, gênero, idade, profissão) e clínicos (forma clínica, presença ou não de reação, se faz uso de medicação específica para hanseníase, uso de próteses, órteses, adaptações) dos

participantes (**APÊNDICE B**) e visa à melhor caracterização da amostra durante o estudo.

3.4.2 Escala SALSA

A SALSA (Screening of Activity Limitation and Safety Awareness – Triagem de limitação de atividade e consciência de risco) foi desenvolvida para medir a limitação de atividade e a consciência de risco em indivíduos acometidos por neuropatias periféricas, como o diabetes mellitus e a hanseníase (EBENSO, 2006).

Entende-se por limitação de atividade o grau com que uma pessoa consegue realizar as atividades de vida diária (BRASIL, 2001) e por consciência de risco o quanto os pacientes estão cientes dos problemas de segurança envolvidos na realização das atividades diárias (NICHOLLS, 2007).

A escala SALSA (**ANEXO C**) é composta por 20 perguntas relacionadas a atividades diárias, que são separadas em quatro domínios: *mobilidade* (sentar ou agachar no chão; andar descalço; andar sobre chão irregular; andar distâncias longas), *auto cuidado* (lavar o corpo todo; cortar as unhas das mãos e dos pés; segurar copo ou tigela com conteúdo quente), *trabalho* (trabalhar com ferramentas; carregar objetos ou sacolas pesadas; levantar objetos acima da cabeça; cozinhar; despejar líquidos quentes; abrir e fechar garrafas e vidros com tampa de rosca) e *destreza* (manipular objetos pequenos; usar botões; colocar linha na agulha; mexer com papel; apanhar coisas do chão), além de uma pergunta relacionada à acuidade visual.

Os domínios avaliados na escala, bem como o aspecto de limitação de atividades, foram definidos com base na CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade) (BARBOSA et al, 2008).

A CIF é uma classificação da funcionalidade e incapacidade humana que propõe definições operacionais padronizadas para componentes relevantes para a saúde e relacionados ao bem estar, e os descreve em termos de “domínios de saúde” e “domínios relacionados à saúde” em contraposição às definições correntes da saúde. Essas definições contêm pontos de referências que podem ser usados em questionários (CIF, 2003).

Os domínios avaliados na escala SALSA, como dito anteriormente, envolvem atividades rotineiras e, em sua maioria, exigem funções neurais preservadas, fato

esse que geralmente está alterado nos pacientes com evolução de neuropatias diabéticas e hansênicas, como por exemplo, a alteração da sensibilidade e força muscular das mãos e pés (FENLEY et al, 2009).

O escore final da escala SALSA varia de 10 a 80 pontos. Um escore baixo indica pouca dificuldade na realização de atividades diárias, enquanto que os escores mais altos indicam níveis crescentes de limitação de atividade. Com base em outros estudos (FENLEY et al, 2009) realizados com a escala SALSA, o ponto de corte adotado nessa pesquisa é 25, considerando que valores superiores a esse indicam algum tipo de limitação.

No escore da consciência de risco o cálculo é realizado separadamente do escore SALSA, por meio da somatória de respostas sinalizadas com o desenho de um círculo (algumas atividades das colunas referentes às respostas como: "eu fisicamente não consigo" e "eu evito por causa do risco"). O escore de consciência de risco varia de 0 a 11. Valores mais altos indicam uma consciência crescente dos riscos envolvidos em certas atividades (SALSA, 2004).

Para validação da escala SALSA foi realizado um estudo multicêntrico, o que permitiu envolver diferentes contextos culturais na elaboração do instrumento. A maioria dos colaboradores foram terapeutas ocupacionais que trabalham com pacientes afetados pela hanseníase. Uma questão a ser considerada é o fato da escala SALSA ter sido recentemente validada e estar ainda em processo de utilização mais ampliado em outros cenários (EBENSO, 2006).

De acordo com o estudo de Van Brakel e Officer (2008) sobre instrumentos para avaliar limitações em países subdesenvolvidos, a escala SALSA apresenta a melhor sensibilidade e especificidade para avaliar a limitação de atividade entre as pessoas afetadas pela hanseníase e é o único instrumento que aborda a questão da consciência de risco, um aspecto muito relevante no contexto dessa patologia.

3.4.3 Avaliação do Grau de Incapacidade

A Avaliação do Grau de Incapacidade (**APÊNDICE C**) é considerada uma medida que indica a existência de perda da sensibilidade protetora e/ou deformidades visíveis em consequência de lesão neural (BRASIL, 2008).

Utiliza dados obtidos por meio da realização da Avaliação de Sensibilidade e inspeção visual.

Para a Avaliação de Sensibilidade desse estudo foi utilizado um conjunto de seis monofilamentos de náilon de Semmes Weinstein (fios de náilon de 38mm de comprimento e diâmetros diferentes. Cada monofilamento está relacionado com uma força específica de pressão para curvá-lo sobre a pele do paciente, que varia de 0,05g a 300g) (BACCARELLI; MARCIANO, 2003).

Quando aplicados sobre a pele a ser examinada, os monofilamentos detectam as alterações presentes nos nervos periféricos e realizam a monitoração do tratamento (YAMASHITA et al, 1996).

A aplicação de estímulos com forças progressivas permite avaliar e quantificar o limiar de percepção do tato e pressão e estabelecer correspondência com níveis funcionais (**Quadro 1**) (BACCARELLI; MARCIANO, 2003).

O monofilamento de cor verde, equivalente a 0,05g, é considerado como sensibilidade normal; o de 0,2g apresenta sensibilidade diminuída na mão e normal no pé e é de cor azul; o monofilamento de 2,0g, de cor violeta, apresenta sensibilidade protetora diminuída para a mão; a força de 4,0g, registrada com a cor vermelho, é considerada como a perda da sensibilidade protetora para a mão e em alguns casos para o pé; o monofilamento de 10g, de cor laranja, indica perda de sensibilidade protetora para o pé; o de 300g representa a presença de sensação profunda e é de cor vermelho magenta. Se o paciente não sente com esse último monofilamento tem a sensação de pressão profunda ausente e registra-se esse dado com a cor preta (GARBINO; MARCIANO, 1994; SORRI, [s.n.]).

Na inspeção visual deve ser observada a presença de ferimentos, reabsorção, lesão, fissura, garra rígida/móvel (em mão e pé), além de amputação parcial, amputação total do pé e pé caído móvel.

Quanto à classificação do Grau de Incapacidade, recomendado pela Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2008), considera-se:

- *Grau 0*: ausência de incapacidade física;
- *Grau 1*: presença de incapacidade (quando há somente diminuição ou perda da sensibilidade protetora na região palmar ou plantar - monofilamento > ou = 4g);
- *Grau 2*: presença de incapacidade e deformidade (úlceras tróficas e lesões traumáticas na região palmar ou plantar associadas a presença de garras, reabsorção, pé caído).

Costa (2001) considera a classificação do Grau de Incapacidades um instrumento necessário e útil para aplicação no diagnóstico, monitoramento da

evolução da doença, em programas de controle e em trabalhos epidemiológicos.

Quadro 1 – Filamentos de Semmes Weinstein e níveis funcionais.

Legenda		Cada filamento corresponde a um nível funcional
Verde 0,05g		Sensibilidade normal na mão e no pé
Azul 0,2g		Sensibilidade diminuída na mão e normal no pé; dificuldade para discriminar textura (tato leve)
Violeta 2g		Sensibilidade protetora diminuída na mão; incapacidade de discriminar textura; dificuldade para discriminar formas e temperatura
Vermelho (fechado) 4g		Perda da sensibilidade protetora na mão e às vezes no pé; perda da discriminação de textura; incapacidade de discriminar formas e temperatura
Vermelho (cruzado) 10g		Perda da sensibilidade protetora no pé; perda da discriminação de textura; incapacidade de discriminar formas e temperatura
Vermelho (circular) 300g		Permanece apenas a sensação de pressão profunda na mão e no pé
Preto		Sem resposta; perda da sensibilidade profunda na mão e no pé

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Prevenção de Incapacidades. Brasília, DF, Área técnica de Dermatologia Sanitária, 2001. 139p.

3.5 PROCEDIMENTO

3.5.1 Procedimento de Coleta de Dados

Após ter sido estabelecido contato inicial com o participante da pesquisa e o mesmo ter consentido sua participação, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi dado início à coleta de dados, com a aplicação da Anamnese e Avaliação do Grau de Incapacidade.

Em seguida realizou-se a aplicação da escala SALSA. Para cada pergunta o paciente entrevistado deveria responder se é capaz ou não de realizar a atividade descrita. No caso de resposta afirmativa, deveria mensurar o grau de dificuldade com que realiza a atividade (“fácil”, “um pouco difícil”, “muito difícil”). No caso de resposta negativa, deveria justificar por que não a realiza (“eu não preciso fazer isso”, “eu fisicamente não consigo”, “eu evito por causa do risco”). Cada opção de

resposta possui uma pontuação própria. As respostas foram registradas pelo entrevistador no formulário próprio da escala. Foram necessários de 10 a 15 minutos para aplicação da SALSA.

Todas as avaliações foram realizadas de maneira individual, tendo todos os indivíduos passados pelo mesmo examinador.

3.5.2 Procedimento de Análise dos Dados

Para estudo dos dados foi utilizada análise quantitativa descritiva. Esse tipo de estudo analisa e relaciona fatos ou fenômenos, procurando descobrir, com a precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características (CERVO; BERVIAN, 1996).

Os dados foram inseridos em planilha Excel e analisados pelo programa estatístico PACOTICO.

Primeiramente, utilizou-se o Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov para a indicação do tipo de teste de um grupo (paramétrico ou não-paramétrico). O teste apontou que a distribuição da variável SALSA é normal, portanto foi utilizado o teste T (Student) – paramétrico.

Para aplicação do teste T (Student) considerou-se os grupos “Grau de Incapacidade 0 e 1” e “Grau de Incapacidade 2” como *amostras* e os escores SALSA como *médias*. Dessa forma, foi possível comparar as médias dos escores SALSA entre os pacientes classificados com Grau de Incapacidade 0 e 1 e pacientes classificados com Grau de Incapacidade 2, visto que a variável de teste T-Student compara a diferença entre as médias amostrais com o desvio padrão da diferença entre as médias, ou o padrão da diferença que sempre existe entre duas médias oriundas de amostras diferentes.

É possível calcular a probabilidade de ocorrer certa diferença entre as médias amostrais, utilizando-se como termo de comparação o desvio padrão da diferença entre as médias. Esse valor calculado é o p-valor, ou risco de erro ou nível de significância alfa%.

Nesse estudo o nível adotado foi 95% de confiança ou $p < 0,05$.

Resultados e Discussão

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Primeiramente são apresentados os dados referentes à caracterização da amostra estudada. Em seguida são demonstrados os resultados obtidos quanto ao Escore de Consciência de Risco e, finalmente, são apresentados os resultados da escala SALSA, bem como a sua discussão com relação ao Grau de Incapacidade.

4.1 Caracterização da amostra

O gênero masculino foi o mais freqüente (49 participantes), correspondendo a 70% da amostra. Esse dado corrobora com Oliveira e Romanelli (1998) que constataram que a prevalência de hanseníase é maior no gênero masculino.

A faixa etária variou entre 21 e 88 anos, com média de 48,3 anos.

Quanto ao Grau de Incapacidade dos participantes, constatou-se que 39 foram classificados como graus 0 ou 1 (55,71%) e 31 como grau de incapacidade 2 (44,28%).

A Tabela 1 caracteriza a amostra quanto à profissão dos participantes, considerando o Grau de Incapacidade e o gênero.

Tabela 1 – Profissão dos participantes de acordo com Grau de Incapacidade e gênero.

Grau de Incapacidade 0 e 1		Grau de Incapacidade 2	
Masculino		Masculino	
Motorista	2 (7,41%)	Gari	1 (4,55%)
Operador de máquina	2 (7,41%)	Pintor	1 (4,55%)
Eletricista	2 (7,41%)	Pedreiro aposentado	1 (4,55%)
Metalúrgico	1 (3,70%)	Funileiro	1 (4,55%)
Pedreiro aposentado	1 (3,70%)	Lavrador aposentado	1 (4,55%)
Lavrador aposentado	2 (7,41%)	Lavrador	2 (9,09%)
Peão	1 (3,70%)	Soldador	1 (4,55%)
Porteiro	1 (3,70%)	Jardineiro	1 (4,55%)
Lavrador	2 (7,41%)	Estudante	1 (4,55%)
Almoxarife	1 (3,70%)	Pedreiro	1 (4,55%)
Lavrador afastado	4 (14,81%)	Motorista aposentado	2 (9,09%)
Pintor	2 (7,41%)	Alfaiate aposentado	1 (4,55%)
Marinheiro afastado	1 (3,70%)	Pedreiro afastado	1 (4,55%)
Operador de hortifruti	1 (3,70%)	Tratorista afastado	1 (4,55%)
Técnico em eletrônica	1 (3,70%)	Desempregado	1 (4,55%)
Auxiliar de serviço geral afastado	1 (3,70%)	Não respondeu	5 (22,73%)
Caseiro aposentado	1 (3,70%)	TOTAL	22 (100,0%)
Carpinteiro afastado	1 (3,70%)		
TOTAL	27 (100,0%)		
Feminino		Feminino	
Enfermeira aposentada	1 (8,33%)	Do lar	4 (44,44%)
Operadora de máquina	1 (8,33%)	Faxineira aposentada	1 (11,11%)
Vendedora	1 (8,33%)	Faxineira	1 (11,11%)
Empregada doméstica	2 (16,67%)	Não respondeu	3 (33,33%)
Do lar	2 (16,67%)	TOTAL	9 (100,0%)
Desempregada	2 (16,67%)		
Lavadeira aposentada	1 (8,33%)		
Empregada doméstica aposentada	1 (8,33%)		
Não respondeu	1 (8,33%)		
TOTAL	12 (100,0%)		

Elaborada pela estatística Dra. Sandra Fiorelli de Almeida Penteadó Simeão.

Observando-se a tabela 1 acima é importante destacar a frequência de trabalhadores aposentados e afastados, muitos deles por conta das limitações impostas pela hanseníase. Segundo Diffey et al (2000) o impacto da hanseníase é bastante significativo sobre o aspecto sócio-econômico da pessoa acometida pela doença, pois nos sequelados pela hanseníase existe maior dificuldade de provir o seu sustento e de sua família devido ao prejuízo que a mesma ocasiona na força de trabalho.

Quanto ao quadro clínico da amostra, ilustrado na Tabela 2, a forma paucibacilar tuberculóide foi encontrada em 08 participantes. O restante apresentou formas multibacilares, sendo 33 participantes afetados pela hanseníase dimorfa e 29 pela forma virchowiana. Esse último dado está de acordo com as informações do Ministério da Saúde (2007), que descreve que as formas clínicas dimorfa e virchowiana são as mais prevalentes na população, por serem as formas contagiantes da doença, de carga bacilar significativa na derme e mucosas antes do início do tratamento.

Tabela 2 – Distribuição da amostra de acordo com a forma clínica de hanseníase.

MH: forma clínica de hanseníase	Grau de Incapacidade 0 e 1		Grau de Incapacidade 2	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
1 - D (dimorfa)	11 (40,7%)	7 (25,9%)	9 (40,9%)	6 (66,7%)
2 - T (tuberculóide)	4 (14,8%)	1 (3,7%)	3 (13,6%)	0 (0,0%)
3 - V (virchowiana)	12 (44,4%)	4 (14,8%)	10 (45,5%)	3 (33,3%)
TOTAL	27 (100%)	12 (100%)	22 (100%)	9 (100%)

Elaborada pela estatística Dra. Sandra Fiorelli de Almeida Penteadó Simeão.

Apenas 06 participantes encontravam-se em quadro de reação (tipo I ou tipo II) e 09 ainda tomavam a medicação específica para a hanseníase ou Poliquimioterapia – PQT, conforme demonstrado nas tabelas abaixo.

Tabela 3 – Distribuição da amostra de acordo com o quadro de reação.

Reação/Tipo	Grau de Incapacidade 0 e 1		Grau de Incapacidade 2	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Não	23 (85,2%)	12 (100,0%)	20 (90,9%)	9 (100,0%)
Sim I	3 (11,1%)	--	1 (4,5%)	--
Sim II	1 (3,7%)	--	1 (4,5%)	--
TOTAL	27 (100,0%)	12 (100,0%)	22 (100,0%)	9 (100,0%)

Elaborada pela estatística Dra. Sandra Fiorelli de Almeida Penteadó Simeão.

Tabela 4 - Distribuição da amostra de acordo com uso de medicação específica para hanseníase (PQT).

Medicação PQT	Grau de Incapacidade 0 e 1		Grau de Incapacidade 2	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Sim	4 (14,8%)	5 (41,7%)	--	--
Não	23 (85,2%)	7 (58,3%)	22 (100,0%)	9 (100,0%)
TOTAL	27 (100,0%)	12 (100,0%)	22 (100,0%)	9 (100,0%)

Elaborada pela estatística Dra. Sandra Fiorelli de Almeida Penteadó Simeão.

Quanto ao uso de órteses, próteses e adaptações, nenhum dos participantes fazia uso de órteses, somente 01 fazia uso de prótese (em membro inferior) e 02 de adaptações.

Tabela 5 - Distribuição da amostra de acordo com uso de órtese.

Órtese	Grau de Incapacidade 0 e 1		Grau de Incapacidade 2	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Sim	--	--	--	--
Não	27 (100,0%)	12 (100,0%)	22 (100,0%)	9 (100,0%)
TOTAL	27 (100,0%)	12 (100,0%)	22 (100,0%)	9 (100,0%)

Elaborada pela estatística Dra. Sandra Fiorelli de Almeida Penteadó Simeão.

Tabela 6 - Distribuição da amostra de acordo com uso de prótese.

Prótese	Grau de Incapacidade 0 e 1		Grau de Incapacidade 2	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Sim	--	--	--	1 (11,1%)
Não	27 (100,0%)	12 (100,0%)	22 (100,0%)	8 (88,9%)
TOTAL	27 (100,0%)	12 (100,0%)	22 (100,0%)	9 (100,0%)

Elaborada pela estatística Dra. Sandra Fiorelli de Almeida Penteadó Simeão.

Tabela 7 - Distribuição da amostra de acordo com uso de adaptação.

Adaptação MH	Grau de Incapacidade 0 e 1		Grau de Incapacidade 2	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Sim	--	--	--	2 (22,2%)
Não	27 (100,0%)	12 (100,0%)	22 (100,0%)	7 (77,8%)
TOTAL	27 (100,0%)	12 (100,0%)	22 (100,0%)	9 (100,0%)

Elaborada pela estatística Dra. Sandra Fiorelli de Almeida Penteadó Simeão.

Constatou-se ainda, conforme tabela abaixo, que 88,57% dos participantes já haviam sido orientados quanto às técnicas de Prevenção de Incapacidades.

Tabela 8 - Distribuição da amostra de acordo com conhecimento das técnicas de prevenção de incapacidades.

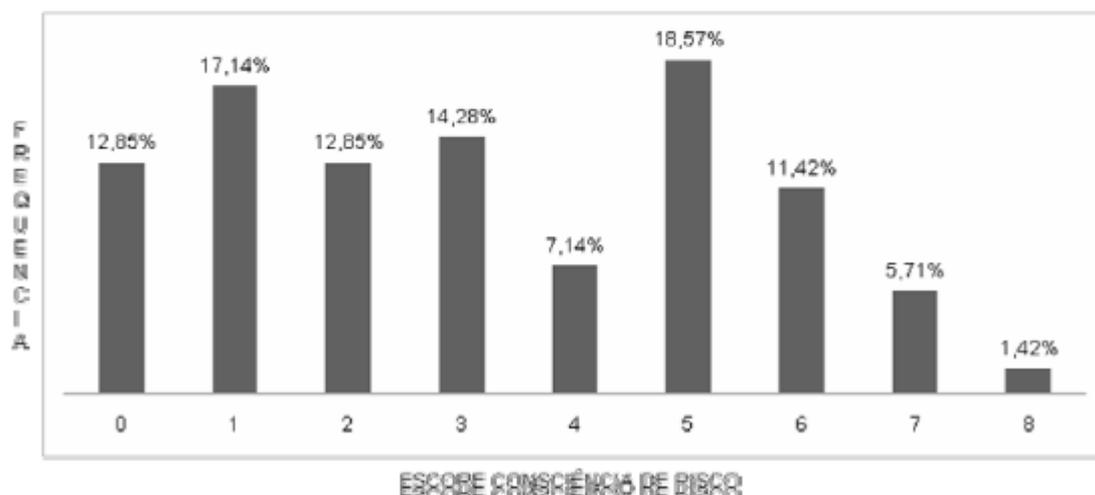
Orientação quanto às técnicas de Prevenção de Incapacidades	Grau de Incapacidade 0 e 1		Grau de Incapacidade 2	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Sim	23 (85,2%)	11 (91,7)	20 (90,9%)	8 (88,9%)
Não	4 (14,8%)	1 (8,3%)	2 (9,1%)	1 (11,1%)
TOTAL	27 (100,0%)	12 (100,0%)	22 (100,0%)	9 (100,0%)

Elaborada pela estatística Dra. Sandra Fiorelli de Almeida Penteadó Simeão.

4.2 Escore de Consciência de Risco

O escore de Consciência de Risco variou de 0 a 08 pontos. O gráfico 1 abaixo demonstra a frequência de participantes para cada escore apresentado.

Gráfico 1 – Frequência de participantes por escore de Consciência de Risco.



Considerando que o escore de Consciência de Risco varia de 0 a 11 e que valores mais altos indicam uma consciência crescente dos riscos envolvidos em certas atividades (SALSA, 2004), pode-se observar no gráfico 1 que os participantes dessa pesquisa não atingiram valores próximos de 11, indicando baixo nível de consciência de risco na amostra estudada.

Barbosa et al. (2008) relatam resultado semelhante em sua pesquisa: “com relação à consciência de risco constatou-se que existe uma baixa percepção de risco dos participantes” (p. 730-731).

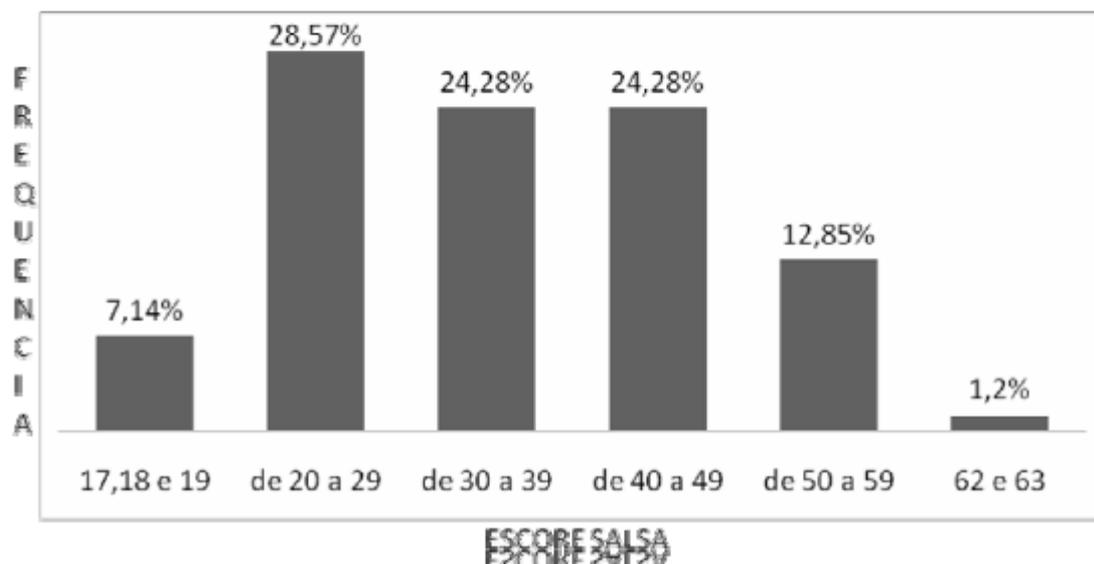
Para Rafael (2009) tais resultados podem ser justificados pela falta de conhecimentos em relação ao que é risco na realização das atividades diárias. Em sua pesquisa a autora conclui: “no que se refere ao escore de consciência de risco verificou-se que existe certa dificuldade na percepção do que é risco para alguns participantes” (p. 67).

Esse dado demonstra a importância da orientação aos pacientes em relação aos riscos presentes na realização de determinadas atividades como forma de prevenir lesões e conseqüentes deformidades.

4.3 Escala SALSA

O escore SALSA variou de 17 a 63 pontos, sendo as pontuações mais frequentes 22, 34 e 35. O gráfico 2 abaixo demonstra os escores obtidos e a frequência de participantes para cada escore.

Gráfico 2 – Frequência de participantes para cada escore SALSA obtido no estudo.



Quanto à investigação da relação entre escore SALSA e Grau de Incapacidade, os resultados obtidos por meio da aplicação do Teste T (Student) estão demonstrados na tabela 9 a seguir.

Tabela 9 - Teste "T" (Student), Variável SALSA

Grupo	Gênero	Média Grupo	Ponto de Corte	Estatística	Conclusão
Grau de Incapacidade 0 e 1	Masculino	32,6	25	$t = 4,2039$ $p = 0,00027$	Grupo 01 ≠ Salsa
	Feminino	32,3	25	$t = 2,3506$ $p = 0,0384$	Grupo 01 ≠ Salsa
	Total	32,5	25	$t = 4,8383$ $p = 0,0000219$	Grupo 01 ≠ Salsa
Grau de Incapacidade 2	Masculino	40,9	25	$t = 5,4722$ $p = 0,0000198$	Grupo 2 ≠ Salsa
	Feminino	43,3	25	$t = 5,1344$ $p = 0,00089$	Grupo 2 ≠ Salsa
	Total	41,6	25	$t = 7,2684$ $p = 0,00000004$	Grupo 2 ≠ Salsa

1. O nível adotado foi 95% de confiança ou $p < 0,05$. t é um valor oriundo do teste, portanto não é pré-determinado.

2. Na Conclusão, Grupo 01 ≠ SALSA é o mesmo que Média Grupo ≠ ponto de corte da escala.

O campo "média grupo" corresponde aos escores SALSA dos participantes. Sendo o ponto de corte da escala adotado nessa pesquisa igual a 25, ou seja, escores superiores a esse indicam limitação de atividades, é possível observar que todas as médias dos dois grupos foram maiores que o ponto de corte. Assim, independente do grau de incapacidade, os participantes apresentaram escore SALSA indicativo de limitação de atividades.

Pode-se observar também que todos os p -valores foram menores que 0,05, indicando fidedignidade nos dados da tabela.

Presumindo que se há limitação funcional, essa gera limitação de atividades, seria esperado que quanto maior o Grau de Incapacidade maior o escore SALSA. Porém, como descrito anteriormente, na pesquisa em questão essa relação não pôde ser observada.

O mesmo foi constatado no estudo de Rafael (2009):

[...] quando avaliados em seu número absoluto ocorre discordância entre os graus de incapacidade e os escores SALSA. [...] Observou-se que um paciente que se encontra com grau de incapacidade 0 obteve escore 71 da SALSA. (p.67)

Ainda segundo Rafael (2009), a ausência de uniformidade na correlação dos pacientes com graus 0, 1 e 2 com os escores SALSA podem denotar divergências no critério de avaliação quanto às incapacidades físicas. Sobre isso, a autora afirma:

A dificuldade da classificação dos graus de incapacidade é claramente observada com os pacientes com grau 2 de incapacidade física, pois esses pacientes acabam sendo classificados em um único grupo de indivíduos com manifestações físico-funcionais bastante distintas, como nos casos de pacientes com lesões tróficas ou traumáticas são incluídos no mesmo grupo de pacientes com mão caída, por exemplo (p.41).

Budingh e Iddle (2000) corroboram com Rafael (2009) pois consideram que não se adequar à gravidade da incapacidade é uma limitação do sistema de graduação e citam como exemplo que o grau 2 de incapacidade pode significar tanto a paralisia de um pequeno dedo como a ausência de todos.

Para Van Brakel (2000), tal limitação do sistema de graduação pode não estar somente no sistema de graduação, mas sim na subjetividade dos testes preconizados para essa classificação.

Independente da classificação do Grau de Incapacidade constatou-se que grande parte da amostra estudada apresenta limitação na realização das atividades diárias.

Segundo Lana (2004), a hanseníase acaba evoluindo para incapacidades, que levam à diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos.

Dessa forma, os resultados dessa pesquisa estão de acordo com estudos que consideram a hanseníase como doença incapacitante, e alertam para a importância das ações de Prevenção de Incapacidades, como forma de assegurar maior qualidade de vida ao paciente afetado pela hanseníase.

Considerações Finais

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu concluir que a hanseníase interfere na capacidade de realização de atividades diárias dos indivíduos acometidos, independente do grau de incapacidade que esses apresentam.

Dessa forma, visando à integralidade da atenção à saúde desses pacientes, não podemos nos prender somente aos aspectos físicos, devendo outros aspectos, como a capacidade funcional, serem considerados.

A utilização da escala SALSA nessa pesquisa demonstrou que a mesma propicia maior qualidade na avaliação do paciente afetado pela hanseníase. Conforme afirma Barbosa et al (2008) na conclusão de seu estudo, é necessário considerar a potencialidade da aplicação da escala SALSA para a qualificação da atenção aos afetados pela hanseníase com vistas à integralidade da atenção, ultrapassando os limites da abordagem das questões físicas associadas à doença.

Assim, a escala SALSA deve ser implantada na avaliação rotineira de pacientes afetados pela hanseníase que fazem parte de programas de Prevenção de Incapacidades e reabilitação.

Outro aspecto relevante observado com a aplicação da escala é a possibilidade de se avaliar o quanto o paciente encontra-se ciente de suas limitações e dos consequentes riscos envolvidos na realização de determinadas atividades, demonstrado pelo escore de Consciência de Risco. Por meio desse escore torna-se possível identificar quais ações de Prevenção de Incapacidades devem ser melhor trabalhadas e esclarecidas junto ao paciente.

Por fim, sugere-se a realização de novas pesquisas que investiguem a relação entre o Grau de Incapacidade sugerida pelo Ministério da Saúde e a limitação de atividades, a fim de que possamos ter uma classificação mais fidedigna em relação à avaliação das condições apresentadas pelos pacientes, visto que nesse estudo constatou-se que essa classificação não correspondeu com as incapacidades dos pacientes.

Referências

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. A.; ALMEIDA, S. N. M; MAGALHÃES, H. M. Avaliação e tratamento dos membros inferiores para a prevenção de incapacidades. In: OPROMOLLA, D. V. A.; BACCARELLI, R. *Prevenção de Incapacidades e Reabilitação em Hanseníase*. Bauru: Instituto Lauro de Souza Lima, 2003. p. 72-81. p. 112-115.

BACCARELLI, R.; MARCIANO, L. H. S. C. Avaliação dos Membros Superiores para a Prevenção de Incapacidades. In: OPROMOLLA, V. A.; BACCARELLI, R. *Prevenção de Incapacidades e Reabilitação em Hanseníase*. Bauru: Instituto Lauro de Souza Lima, 2003. p. 72-81

BARBOSA et al. Pós-alta em Hanseníase no Ceará: limitação da atividade funcional, consciência de risco e participação social. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 61, n. especial, p. 727 – 733, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de prevenção de incapacidades*. Brasília, DF, Área técnica de Dermatologia Sanitária, 2001. 139p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância da Saúde. *Nota técnica nº10 de 2007 do Programa Nacional de Controle da Hanseníase. Indicador de monitoramento do comportamento de hanseníase no Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de prevenção de incapacidades*. 3 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 140p. (Normas e Manuais Técnicos, Série A) ; (Cadernos de Prevenção e Reabilitação em Hanseníase, 1).

CERVO, A. L.; BERVIAN, P.A. *Metodologia científica*. 4 ed. São Paulo: Makron Books, 1996, 90p.

CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Edusp, 2003.

COSTA, A. N. F. *Hanseníase, incapacidades físicas após poliquiomioterapia no período de 1994 a 1998 em Teresina, Piauí, Brasil*, 2001, 78f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva, Área de Concentração em Epidemiologia) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2001.

DIFFEY, B.; VAZ, M.J.; JACOB, A.J.W.; PIERS, L.S. The effect of leprosy induce deformity on the nutritional status of index cases and their household members in rural South India: a socio-economic perspective. *European Journal of Clinical Nutritional*, v. 54, p. 643-649, 2000.

DUERKSEN, F.; VIRMOND, M. Cirurgia reparadora e reabilitação em hanseníase. Bauru: Instituto Lauro de Souza Lima, 362p, 1997.

EBENSO, J. et al. The development of a short questionnaire for screening of activity limitation and safety awareness (SALSA) in clients affected by leprosy or diabetes. The Salsa scale for Leprosy and Diabetes. *Disability and Rehabilitation*, p. 01-36, 2006

EIDT, L. M. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 76 – 88, 2004.

FENLEY et al. Limitação de atividades e participação social em pacientes com diabetes. *Acta Fisiatr*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 4-18, 2009.

FERNANDES, T. V. R. B. Baciloscopia: a relevância na classificação do tratamento na hanseníase. Disponível em:< [HTTP://www.pesquisando.eean.ufrj.br](http://www.pesquisando.eean.ufrj.br)>. Acesso em : 05 jan. 2002.

FRANCISCO, B. R. *Terapia Ocupacional*. 4 ed. Campinas: Papyrus, 2005.

GAIANI, M. A. Terapia Ocupacional em hanseníase. In: _____. *Reabilitação em Hanseníase*. 4 ed. Bauru: Centro de Estudos "Dr. Reynaldo Quagliato; Hospital "Lauro de Souza Lima".1982. p. 36-50.

GOLLEGÃ, A. C. C.; LUZZO, M. C. M.; de CARLO, M. M. R. P. Terapia Ocupacional - princípios, recursos e perspectivas em reabilitação física. In:de CARLO, M. M. R.. P.; BARTALOTTI, C. C. *Terapia Ocupacional no Brasil - Fundamentos e Perspectivas*. São Paulo: Plexus Editora, 2001. p. 137-154.

GONÇALVES, S. D.; SAMPAIO, R.F. ; ANTUNES, C. M. F. Ocorrência de neurite em pacientes com hanseníase: análise de sobrevida e fatores preditivos. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Belo Horizonte, v. 41, n. 5, p. 464 - 469, 2008.

LANA, F. C. F. et al. Estimativa da prevalência oculta da hanseníase no Vale do Jequitinhonha – MG. *Ver. Min. Enferm*, v. 8, n. 2, p. 295-300, abril-junho 2004.

LEHMAN et al. A mão na Hanseníase. In: FREITAS, P. P. *Reabilitação da Mão*. Atheneu: São Paulo, 2005. p. 301-318.

MARCIANO, L. H. S. C.; BACCARELLI, R. Prevenção de Incapacidades das Mãos. In: OPROMOLLA, D. V. A.; BACCARELLI, R. *Prevenção de Incapacidades e Reabilitação em Hanseníase*. Bauru: Instituto Lauro de Souza Lima, 2003. p. 82-88.

MARCIANO, L.H.S.C.; GARBINO, J.A. Comparação de técnicas de monitoração da neuropatia hanseniana: teste de sensibilidade e estudo de condução nervosa. *Hansen. Int., Bauru, v. 19, n. 2, p. 5-10, 1994.*

MELLO, M. A. F.; MANCINI, M. C. Avaliação das atividades de vida diária e controle domiciliar. In: CAVALCANTI, A. ; GALVÃO, C. *Terapia Ocupacional: Fundamentação e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

NICHOLLS, P. G. et al. Risk factors for participation restriction. *Disabil. Rehabil.* , v. 29, n. 9, p. 689-700, May 2007.

OLIVEIRA, M.H.P.; ROMANELLI, G. Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 51-60, 1998.

OPROMOLLA, D. V. A. As incapacidades na Hanseníase. In: *Noções de Hansenologia - 2ª parte*. Bauru: Centro de Estudos "Dr. Reynaldo Quagliato"; Hospital "Lauro de Souza Lima", Bauru, p. 10.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Prevención de Incapacidad y Rehabilitación. 1981. (Série de informes técnicos, 668).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Programa de ação para a eliminação da hanseníase. In: _____. Um guia para eliminar a hanseníase como problema de saúde pública. 5 ed. Genebra: [s.n.], 1995. p. 61.

PEIXOTO et al. Atuação da Terapia Ocupacional em uma antiga colônia de hanseníase no estado do Ceará. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 67 – 82, 2008.

QUINO, D.M.C. et al. Perfil dos pacientes com hanseníase em área hiperendêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 36, n.1, p.57-64, jan-fev, 2003.

RAFAEL, A. C. Pacientes em tratamento e pós alta em hanseníase: estudo comparativo entre os graus de incapacidade preconizados pelo Ministério da Saúde correlacionando-os com as escalas SALSA e Participação Social. 2009. 93f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

SCREENING of Activity Limitation and Safety Awareness – SALSA. Pacote para o teste Beta da Escala SALSA – versão 1.0, maio de 2004.

SORRI. Estesiômetro. Kit para testes de sensibilidade (Semmes – Weinstein Monofilaments). Bauru: SORRI, [s.n.].

SMITH, W. C. S.; ANTIN, U.S.; PATOLE, A.R. Disability in leprosy: a relevant measurement of progress in leprosy. *Leprosy Review*, London, v.51, p. 155 – 166, 1980.

VAN BRAKEL, W. H.; OFFICER, A. Approaches and tools for measuring disability. *Lepr Rev*, v. 79, p. 50-64, 2008.

VAN BRAKEL, W.H. Grading impairment in leprosy (letter). *Leprosy Review*, London, v.71, n. 1, p. 88-90, 2000.

VIRMOND, M.; VIETH, H. Prevenção de incapacidades na hanseníase: uma análise crítica. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 30, p. 358-363, jul./set. 1997.

VIRMOND, M. Ações de controle na Hanseníase. In: OPROMOLLA, D. V. A.; BACCARELLI, R. *Prevenção de Incapacidades e Reabilitação em Hanseníase*. Bauru: Instituto Lauro de Souza Lima, 2003. p. 5-7.

VIRMOND, M. C. L. Alguns apontamentos sobre a história da prevenção de incapacidades e reabilitação em hanseníase no Brasil. *Hansen Int.*, v.33, n. 2, p. 13-8, 2008. Suplemento 1.

YAMASHITA et al. Hanseníase: novos métodos e recursos diagnósticos. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v.71, n.4, p. 343-349, jul/ago 1996.



Anexos

ANEXO A – Aprovação da Comissão Científica do ILSL

INSTITUTO LAURO DE SOUZA LIMA

Rodovia Comandante João Ribeiro de Barros, km 225/236 – Bauru – SP.
CEP: 17034-971 - Caixa Postal 3021
Fone (14) 3104-9100 – Fax (14) 3106-3914

COMISSÃO CIENTÍFICA

Bauru, 31 de Agosto de 2009.

Ilma. Sra.

CRISTINA MARIA DA PAZ QUAGGIO

Assunto: projeto nº. 177/09

Prezada Senhora:

Informamos a Vossa Senhoria que o projeto nº. 177/09, intitulado "Limitação na realização de atividades diárias na hanseníase: uma análise dos escores SALS" recebeu parecer favorável da Comissão Científica do Instituto Lauro de Souza Lima.

Atenciosamente,



FÁTIMA REGINA VILANI MORDNO

Representante da Comissão Científica

ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do ILSL

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
INSTITUTO LAURO DE SOUZA LIMA
Caixa Postal 3021 – CEP: 17034-971 – Bauru – SP – Brasil
Fone: 55 14 3103-5852 – 3103-5856
Fax: 55 14 3103-5914 – 3103-5856

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA

CT: C.E.P. nº 057/2009

Bauru, 16 outubro de 2009

Para, Sra.
Cristina Maria da Paz Quaggio

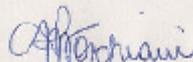
Prezada Senhora

O projeto de pesquisa intitulado "Limitação na realização de atividades diárias na hanseníase: uma análise dos escores SALSAS", protocolo 177/09, foi apreciado neste Comitê de Ética em Pesquisa e foi **APROVADO** com as seguintes sugestões:

- Acrescentar o teste de força muscular.
- No TCLE: explicar sucintamente a Escala SALSAS; acrescentar o nome do participante juntamente com a assinatura.

Aproveitamos a oportunidade para reiterar nossos protestos do mais elevado apreço

Atenciosamente



Dra. Ida Maria Foschiani Dias Baptista
Vice - Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto Lauro de Souza Lima

ANEXO C – Escala Salsa

	Dominios	Escala SALSAS 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.	Mobilidade	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	④	④
4.		Você anda sobre chão irregular?	1	2	3	0	④	④
5.		Você anda distâncias mais longas? i.e. mais que 30 minutos	1	2	3	0	④	④
6.	Auto	Você lava seu corpo todo? (usando sabão, esponja, jarra; de pé ou sentado)	1	2	3	0	4	4
7.		Você corta as unhas das mãos ou dos pés? e.g. usando tesoura ou cortador	1	2	3	0	④	④
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	④	④
10.		Você carrega objetos ou sacolas pesadas? e.g. compras, comida, água, lenha	1	2	3	0	④	④
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	④	④
12.		Você cozinha? i.e. preparar comida quente ou fria	1	2	3	0	④	④
13.		Você despeja/serve líquidos quentes?	1	2	3	0	④	④
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	④	④
16.	Destreza (mãos)	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	④	④
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
Escores parciais			(S1)	(S2)	(S3)	(S4)	(S5)	(S6)
Escore SALSAS (some todos os escores parciais)			(S1+S2+S3+S4+S5+S6)					
Escore de consciência de risco (Conte o número de ④'s marcados em cada coluna)								

Apêndices

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____, recebi dos pesquisadores responsáveis esclarecimentos quanto ao Projeto de Pesquisa intitulado “Avaliação da incapacidade e limitação de atividades em pacientes afetados pela Hanseníase: uma análise do escore SALSA”, que se fará sob a coordenação da terapeuta ocupacional Cristina Maria da Paz Quaggio tendo como responsável a aprimoranda Ana Maria Numata Batista do Programa de Aprimoramento Profissional na área de Terapia Ocupacional. O objetivo desse estudo é avaliar a implicação dessas incapacidades na realização de atividades diárias em indivíduos afetados pela hanseníase.

Para esta participação me submeterei a responder os seguintes questionários: Anamnese (dados de identificação e clínicos), Avaliação do Grau de Incapacidade e Escala Salsa (triagem de limitação de atividade e consciência de risco).

Compreendi que posso livremente interromper minha participação a qualquer momento, sem necessidade de justificar minha decisão e que isso não trará qualquer consequência ao meu atendimento e tratamento. Compreendi, também, que será preservado o sigilo de minha identidade, bem como, que não terei despesas e não receberei qualquer benefício material por participar do estudo.

Fui informado ainda, que posso receber explicações adicionais dos pesquisadores assim que queira solicitar, bem como, terei acesso aos resultados se assim o desejar.

Devidamente informado e esclarecido manifesto aqui meu consentimento em participar do estudo.

Bauru,/...../.....

Assinatura do participante (ou responsável legal): _____

Nº Prontuário: _____

Telefone do participante para contato: _____

Protocolo nº _____

TCLE nº _____

Recebi uma via do presente termo para arquivo pessoal.

APÊNDICE B – Anamnese**Dados Pessoais e de Identificação**

1.Nome: _____ 2.Nº Prontuário: _____

3.Gênero: _____

4.Idade atual: _____ 5.Data de nascimento: _____

6.Profissão: _____

Dados Clínicos

7.Hanseníase: () Indeterminada () Tuberculóide

() Dimorfa () Virchowiana

8.Faz uso de órtese: () Sim () Não

Qual: _____

9.Faz uso de prótese: () Sim () Não

Qual: _____

10.Faz uso de adaptações: () Sim () Não

Quais: _____

11.Já foi orientado(a) quanto a Prevenção de Incapacidades? () Não () Sim

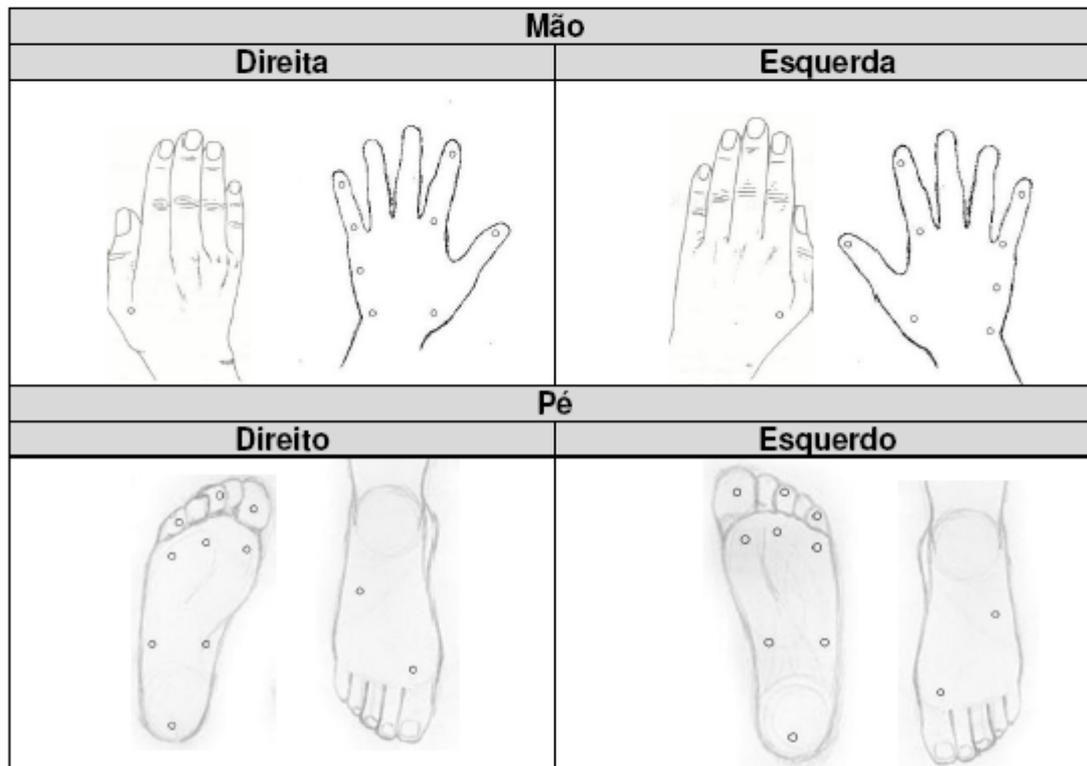
Onde? _____

Entrevistador

APÊNDICE C - Avaliação do Grau de Incapacidade – Mãos e Pés

Nome: _____ PM: _____

Avaliação Sensitiva



Inspeção visual

Mão	D	E
Ferimentos (fissura, lesão aberta, lesão fechada)		
Garra móvel		
Garra rígida		
Mão caída		
Reabsorção		

Pé	D	E
Ferimentos (fissura, lesão aberta, lesão fechada)		
Garra móvel		
Garra rígida		
Pé caído móvel		
Reabsorção		
Amputação parcial ou total do pé		
Eqüino rígido		
Hálux rígido		

Grau de Incapacidade – OMS

	Mão	Pé
Direita		
Esquerda		