



## 14. | Prevenção de incapacidades na Hanseníase

Carmelita Ribeiro de Oliveira

### Introdução

A Prevenção de Incapacidades (PI) de uma pessoa afetada pela hanseníase envolve uma equipe multiprofissional, pois a PI não é somente física, também psicossocial. Usualmente, no programa de hanseníase, o termo PI é ligado à prevenção das incapacidades e deformidades físicas e, muitas vezes, o diagnóstico e as medidas de tratamento psicossocial são negligenciadas.

O país aponta para eliminar a hanseníase como problema de saúde pública, muito embora os indicadores epidemiológicos mostrem situações diferenciadas entre as regiões, variando de hiper a baixa endemia. No entanto, em qualquer das situações epidemiológicas, as incapacidades continuam sendo risco aos pacientes e desafios para as equipes de saúde, uma vez que o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno dos casos são a forma mais eficaz de prevenir incapacidades na hanseníase.

A hanseníase é uma das doenças cujo diagnóstico e tratamento é de responsabilidade da atenção primária, na Estratégica de Saúde da Família, que deve dar ênfase não somente ao tratamento com a Poliquimioterapia (PQT), mas incorporar as técnicas de PI que envolvem desde o monitoramento mensal da função neural à aplicação de técnicas simples para o tratamento das deformidades e encaminhamentos das situações não resolutivas na sua esfera de atuação e nível de atenção<sup>1</sup>.

## Prevenção de Incapacidades em Hanseníase e Saúde da Pessoa com Deficiência: Avanços e Desafios

Carmelita Ribeiro de Oliveira

A política nacional da saúde à pessoa com deficiência assegura os direitos nos mais diferentes campos e aspectos e tem como propósito reabilitar a pessoa na sua capacidade funcional e no seu desempenho humano, de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social<sup>2</sup>.

No decorrer dos anos, a política nacional foi sendo aprimorada e caminhou avançando em acessão às mudanças na sociedade e nas próprias conquistas galgadas nas suas necessidades e bem-estar<sup>3</sup>.

Um grande avanço foi no campo social com o Decreto n. 3.956/01, que promulgou a Convenção Interamericana para a eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência<sup>2</sup>. E, para marcar o avanço neste âmbito, pode-se destacar a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidades e Saúde (CIF), que, neste capítulo, tem um item específico para discorrer sobre o tema.

Destaca-se também como um marco importante a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 13 de dezembro de 2006, que tem como objetivo, promover, defender e garantir condições de vida com dignidade e a emancipação dos cidadãos e cidadãs do mundo que apresentam alguma deficiência<sup>4</sup>. O Brasil, no censo 2010, identificou 45,6 milhões de pessoas que diziam apresentar pelo menos uma deficiência e representa 24% da população<sup>5</sup>. São pessoas que apresentam algum grau de dificuldade de enxergar, ouvir ou com uma deficiência motora, por exemplo<sup>6</sup>. São 13.273.969 com deficiência motora<sup>5</sup>. Diante dessa quantidade de pessoas, o atual governo federal priorizou a saúde da pessoa com deficiência e, para tanto, tem disponibilizado mais recursos e publicado novas portarias<sup>7,8</sup>. O governo brasileiro lançou em 2012 “Viver sem Limites”, o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência que ressalta as prerrogativas da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, da ONU. O plano dá as diretrizes para a política nacional voltada para saúde, educação, inclusão social, acessibilidade, entre outras prioridades<sup>4,6</sup>.

A hanseníase é a principal causa de incapacidade física permanente dentre as doenças infectocontagiosas. Ao analisar a série histórica dos casos novos com grau de incapacidade física (GI) 1 e 2, dos últimos cinco anos, conforme exposto no quadro 1, os dados revelam um acúmulo de pessoas que necessitam do Sistema Único de Saúde (SUS) para tratar suas incapacidades e deficiências.

**Quadro 1: Casos novos de Hanseníase, segundo Grau de Incapacidade 1 e 2 no diagnóstico. Brasil, 2005 a 2012.**

Ano	Grau 1	Grau 2	Total
2005	7.977	2.592	10.569
2006	7.596	2.463	10.059
2007	10.241	3.251	13.492
2008	8.514	2.793	11.307
2009	7.986	2.436	10.422
2010	7.291	2.241	9.532
2011	7.441	2.165	9.606
2012	7.323	2.234	9.557
<b>Total</b>	<b>64.369</b>	<b>20.175</b>	<b>84.544</b>

Fonte: SINAN/SVS/MS

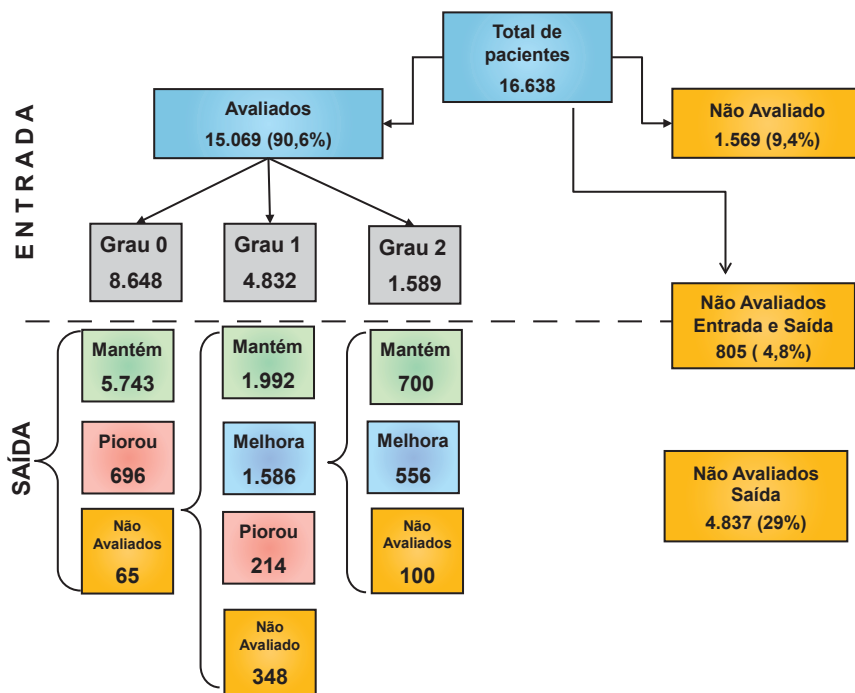
Considerando que o GI 1 representa anestesia em olho/mão/pé e que GI 2 representa deficiência visível, como lagofalmo, mão em garra, pé caído, entre outros comprometimentos, esses demandam intervenções sanitárias que perpassam pelos três níveis de atenção, pois as necessidades se dão desde uma palmilha simples à mais complexa cirurgia reparadora com transferência de tendão para correção de mão/pé em garra ou pé caído.

Apesar de todos os avanços que o tratamento para a hanseníase teve nas últimas décadas por meio de PQT, fortalecimento das ações de prevenção e reabilitação de incapacidades com as cirúrgicas preventivas e reabilitadoras, inovações com a inserção das Escalas Salsa e de Participação, ainda assim, precisa avançar para que o acesso à atenção com qualidade e oportunidade de tratamento chegue igualmente a todos a quem a hanseníase deixou sua marca, as incapacidades. É descabida a falta de prioridade que gestores, profissionais de saúde e outros dão à hanseníase e como exemplo há a capacitação de profissionais e prática efetiva das ações. O Ministério da Saúde, num período de 3-4 anos, em parceria com Organizações Não Governamentais (ONG) que atuam no Brasil, na área da hanseníase, investiu na capacitação de profissionais da reabilitação cirúrgica para formar equipes nos estados e, para tanto, qualificou profissionais médicos cirurgiões, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, ortesistas, sapateiros, das 27 Unidades Federadas, contudo, nos relatórios de assessoria em PI aos estados, desencadeados pelo Ministério da Saúde, estão registrados que menos de 10% deles oferecem cirurgia àquelas pessoas que possuem deficiências como mão/pé em garra, pé caído, deformidades estas que somente são corrigíveis com a intervenção cirúrgica.

Considerando que o Brasil detecta em torno de 35 mil casos novos de hanseníase ao ano, que em média 7% desse universo apresentam, no diagnóstico, GI 2º, que a incidência maior é em homens na idade produtiva e que mais uma parcela de 10% das pessoas que recebem alta por cura também apresentam GI, isso sinaliza uma quantidade significativa de brasileiros que precisam da intervenção cirúrgica para correção das incapacidades e com vistas à melhoria da qualidade de vida.

Para dimensionar o contingente de pessoas com incapacidade física pela hanseníase, toma-se como exemplo uma coorte de casos multibacilares de 2010, conforme ilustra a figura 1.

**Figura 1: Coorte multibacilar com grau de incapacidade física no diagnóstico e na cura – Brasil, 2010.**



Fonte: SINAN/SVS/MS

A figura acima ilustra o percentual dos casos novos diagnosticados no ano de 2010 com GI registrado, sua evolução durante os 12 meses de tratamento com PQT e a condição no momento da alta. A análise da coorte considerou os casos que se mantiveram no mesmo grau inicial, piora, melhora e não avaliados na alta. Apesar de o percentual de não avaliados no momento da alta ser muito significativo (o que dificulta a expressão real do

total de pacientes com incapacidade), ainda assim permite identificar que a hanseníase é responsável por provocar incapacidade física em um número considerável de pessoas.

A realidade atual do Programa ainda persiste no modelo de atenção aos portadores de deficiências/incapacidades provocadas pela hanseníase com atendimento realizado pelas equipes “da hanseníase” nas policlínicas/centros de referências. O acesso do usuário do SUS aos centros públicos de reabilitação é escasso e, muitas vezes, inexistente.

É merecido o reconhecimento dos esforços que o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Nacional de Hanseníase, galgou nos últimos anos para o avanço da prevenção e reabilitação de incapacidades. São boas publicações de manuais, oportunidades ímpares para capacitações em diversos segmentos da prevenção e reabilitação, investimentos das ONGs que atuam no país nesse tema, enfim, os profissionais do SUS que militam na causa hanseníase estão munidos de informações e conhecimento para suas práticas. Entretanto, os gestores do SUS ainda precisam dar a devida prioridade para a hanseníase com ampliação da oferta de serviços, em especial na atenção secundária e terciária para o tratamento das deficiências e incapacidades físicas. O desafio maior consiste em garantir o acesso à órtese, à prótese, às cirúrgicas preventiva e reabilitadora.

## Por que acontecem as incapacidades e deformidades

A hanseníase tem manifestações em pele e em nervos periféricos. As lesões em nervos periféricos revelam-se por processos inflamatórios, as chamadas neurites. Os principais sinais e sintomas da neurite na hanseníase são<sup>10</sup>:

- dor e espessamento no trajeto dos nervos periféricos;
- alteração da sensibilidade na área de correspondência dos nervos periféricos comprometidos;
- alteração da força e/ou tônus muscular na área de correspondência dos nervos periféricos comprometidos.

Os nervos periféricos mais comumente afetados na hanseníase estão assim distribuídos: na face, os nervos trigêmeo e facial; em membros superiores, radial, mediano e ulnar; em membros inferiores, fibular e tibial.

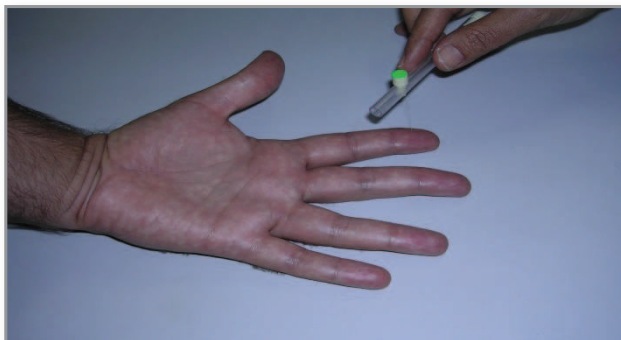
## Como avaliar os nervos periféricos

A avaliação dos nervos periféricos é realizada por meio de palpação dos troncos nervosos periféricos, avaliação sensitiva e da mensuração da força muscular.

O procedimento de palpação de troncos nervosos é importante porque indica o espessamento/edema neural e, quando inflamado, apresenta-se mais sensível e doloroso ao toque.

A avaliação sensitiva, ilustrada na figura 2, pode ser realizada com uso de estesiômetro.

**Figura 2: Avaliação sensitiva com estesiômetro.**



**Fonte:** Foto cedida por Carmelita Ribeiro e Maria de Jesus Alencar.

Exemplos de mensuração da força muscular por meio da prova manual de força estão expostos na figura 3.

**Figura 3: Avaliação motora. Teste de força para abdutor de V dedo.**



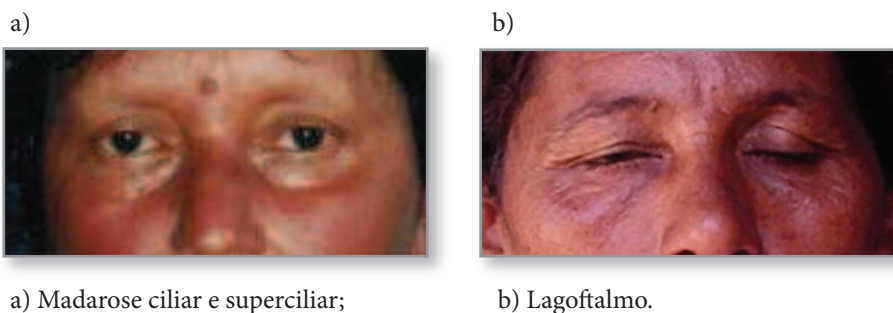
**Fonte:** Arquivo do projeto Pós-alta em hanseníase no Ceará: olhares sobre políticas, rede de atenção à saúde, limitação funcional de atividades e participação social das pessoas atingidas – 2007.

As neurites podem provocar incapacidades e deformidades pela alteração nas fibras sensitivas, e/ou motoras e/ou autonômicas, no entanto, outros fatores, como processos inflamatórios em decorrência das reações hansênicas, também podem causar as deformidades e incapacidades<sup>11</sup>.

## Principais incapacidades e deformidades

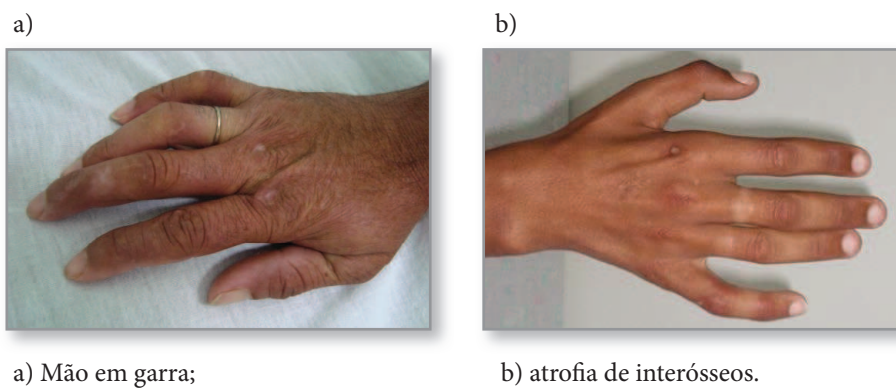
As principais incapacidades verificadas em face (figura 4) correspondem a: madarose ciliar e superciliar, lagoftalmo, alteração da sensibilidade da córnea. Nos membros superiores (figura 5), destacam-se: garra móvel, atrofia do 1º espaço interósseo, mão caída e garra rígida. Nos membros inferiores (figura 6), as principais alterações observadas são mal perfurante plantar, garra móvel e garra rígida e pé caído.

**Figura 4: Comprometimentos oculares comuns.**



Fonte: Fotos cedidas por Marcos Túlio Raposo.

**Figura 5: Comprometimentos em membros superiores.**



Fonte (a): Arquivo do projeto INTEGRAHANS MAPATOPI - Padrões Epidemiológicos, Clínicos, Psicossociais e Operacionais da Hanseníase nos Estados do Maranhão, Pará, Tocantins e Piauí: Uma Abordagem Integrada – 2010.

Fonte (b): Foto cedida por Marcos Túlio Raposo.

**Figura 6: Alterações comuns em membros inferiores.**

a)



b)



a) Mal Perfurante Plantar;

b) Artelhos em garra 2º a 5º dedos de pé esquerdo.

**Fonte (a):** Foto cedida por Marcos Túlio Raposo.

**Fonte (b):** Arquivo do projeto INTEGRAHANS MAPATOPI - Padrões Epidemiológicos, Clínicos, Psicossociais e Operacionais da Hanseníase nos Estados do Maranhão, Pará, Tocantins e Piauí: Uma Abordagem Integrada – 2010.



## O Desafio da Prevenção de Incapacidades na Atenção Primária de Saúde

Maria de Jesus Freitas de Alencar

Diante da realidade de um país com grandes diferenças, tanto geográficas, como socioeconômicas, culturais e considerando a Atenção Primária de Saúde como primeira porta de entrada do usuário aos serviços de saúde, é primordial garantir o acesso à PI nesse nível de atenção. Para que essa realidade se efetive, dois aspectos devem ser considerados: o acesso dos usuários e qualidade da prestação de serviços pelos profissionais. O primeiro envolve cobertura geográfica adequada a todos os usuários e igualmente aqueles indivíduos com condições estigmatizantes como portadores de hanseníase, HIV/AIDS e portadores de deficiências ou incapacidades por outras doenças ou agravos. Se o nível de resolução dos problemas extrapola a esfera primária, é preciso garantir o encaminhamento dos indivíduos para cuidados especializados em serviços de atenção secundária e terciária. O segundo aspecto, da qualidade da prestação de serviços, envolve aspectos administrativos, gerenciais e relacionado aos profissionais de saúde. O grande desafio de realizar a PI na atenção primária associa-se com o nível de implementação dessas condições nos municípios, sobretudo, os mais endêmicos para a hanseníase, onde o nível de exposição à doença e o risco de desenvolvimento de incapacidade na população é maior. No Brasil, em 2011, 7,1% dos casos novos avaliados no diagnóstico apresentaram GI 2. Em número absoluto, foram 2.165 pessoas que acessaram aos serviços com necessidade de cuidados e atenção especializada. A maior proporção desses casos está na região Nordeste com 824 casos<sup>9</sup>. Desde 2007, o Programa Nacional tem priorizado fortalecer as áreas com maior risco de adoecimento para a população (cluster) com fortalecimento da rede de assistência, sistematização e repasse financeiro para estado e municípios prioritários. É necessário acompanhar de perto, com supervisão técnica regular, a aplicação dos recursos e se a utilização desses incentivos alcança os serviços que realmente prestam assistência aos usuários com hanseníase e à população sob risco de adoecimento<sup>12</sup>.

### O que deve ser feito na atenção primária:

Um dos avanços importantes do Programa Nacional de Hanseníase, atual Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação (CGHDE), é estabelecer como prioridade a disponibilidade das ações da doença na atenção primária. Os números atuais apontam para um crescimento da oferta de unidades com tratamento de hanseníase. De 2000 a 2011, o número de unidades com pacientes em tratamento, ou seja, notificados e acompanhados pelos serviços, passou de 3.327 para 9.445<sup>9</sup>. Mas isso nem sempre significa ampliação da atenção integral à pessoa afetada pela hanseníase. Existem diferentes níveis de implantação e implementação das ações do Programa nos municípios do país. A proporção de casos novos com GI avaliado no diagnóstico em 2011 foi de 89,5% dos

33.955 casos novos diagnosticados, indicador considerado regular. Entretanto, a avaliação de incapacidades na alta da PQT ainda é precária, com 72,9%. Ao ser comparada com o ano 2000, cuja proporção de avaliados era de 57,8%, percebe-se um crescimento de 15,1%. Este tem sido um dos grandes desafios na atenção primária. Essa realidade precisa ser modificada para reduzir o número de pessoas com incapacidades e converter a manutenção de condições estigmatizantes na família, no trabalho e na comunidade.

## Avaliação das incapacidades: avaliação do grau de incapacidade no diagnóstico e na alta

**Informações técnicas** – Para avaliar o GI e a função neural, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a CGHDE recomendam rotinas para avaliações, em formulários próprios e periodicidades definidas. Para tanto, recomendam que é imprescindível avaliar a integridade da função neural e o GI no momento do diagnóstico do caso de hanseníase e do estado reacional, bem como no momento da alta. A seguir, são descritas em detalhes essas condições, de acordo com a Portaria n. 3.125, de 07 de outubro de 2010<sup>10</sup>.

### Avaliação do grau de incapacidade física (GI)

Para determinar o GI, deve-se realizar o teste da sensibilidade dos olhos, das mãos e dos pés. Recomenda-se o uso de fio dental sem sabor para testar a sensibilidade ocular e o conjunto de monofilamentos de Semmes-Weinstein (6 monofilamentos: 0,05g, 0,2g, 2g, 4g, 10g e 300g) nos pontos de avaliação de sensibilidade em mãos e pés. Nas situações em que não houver a disponibilidade de estesiômetro ou monofilamento lilás (2 g), deve-se fazer o teste de sensibilidade de mãos e pés com a ponta da caneta esferográfica. Considera-se GI 1 a ausência de resposta ao monofilamento igual ou mais pesado que o de 2 g (cor lilás – conforme a Portaria N. 3.125 e o Manual que descrevem como violeta), ou não resposta ao toque da caneta. O formulário para avaliação do GI deverá ser preenchido e obedecer aos critérios da OMS (quadro 2). Esse formulário encontra-se disponível no anexo III da portaria supracitada.

**Quadro 2: Critérios para definição do grau de incapacidade física da Organização Mundial de Saúde.**

Grau	Características
0	Nenhum problema com os olhos, as mãos e os pés devido à hanseníase.
1	Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos. Diminuição ou perda da sensibilidade protetora nas mãos e /ou nos pés.
2	Olhos: lagofalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou incapacidade de contar dedos a 6m de distância. Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída. Pés: lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contratura do tornozelo.

Fonte: Portaria 3.125, GM/MS, 7/10/2010

## Avaliação neurológica simplificada (ANS)

As orientações constantes da prevenção de deficiências (temporárias) e incapacidades (permanentes) não devem ser dissociadas do tratamento PQT. Essas ações devem fazer parte da rotina dos serviços de saúde e serem recomendadas para todos os pacientes.

A avaliação neurológica simplificada tem como objetivo avaliar o estado do nervo e da função (sensitiva, motora) neural. É essencial para detectar precocemente alterações na função, principalmente na neurite silenciosa. O exame consiste no registro de queixas em cada segmento (nariz, olhos, mãos e pés), palpação dos principais nervos acometidos pela hanseníase (ulnar, mediano, radial, fibular e tibial posterior). Para testar a força muscular, utiliza-se o teste de força muscular voluntário (VMT) com o registro da graduação numa escala de 5 a 0 ou atribuição de forte, diminuído ou paralisado (quadro 3). Para testar a sensibilidade, é utilizado o kit de Semmes-Weinstein ou estesiômetro. É realizada com o registro das queixas dos pacientes e exame de todos os segmentos.

**Quadro 3: Graduação da força muscular com observações clínicas e condição funcional.**

Grau de força muscular	Observação clínica	Condição funcional
5	Amplitude do movimento completa contra a gravidade e resistência máxima	Forte
4	Amplitude do movimento completa contra a gravidade e resistência manual moderada	Diminuída
3	Amplitude do movimento completa contra a gravidade	Diminuída
2	Amplitude do movimento incompleta	Diminuída
1	Evidência de contração muscular sem movimento articular	Paralisado
0	Sem evidência de contração muscular	Paralisado

**Fonte:** BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de prevenção de incapacidades*. 3. ed., rev. e ampl. Brasília, DF, 2008 (13)

A Portaria n. 3.125, de 07 de outubro de 2010, que estabelece as diretrizes para a vigilância, atenção e controle da hanseníase no país, recomenda que a avaliação neurológica deva ser realizada:

1. no início do tratamento;
2. a cada três meses durante o tratamento se não houver queixas;
3. sempre que houver queixas, tais como: dor em trajeto de nervos, fraqueza muscular, início ou piora de queixas parestésicas;

4. no controle periódico de pacientes em uso de corticoides, em estados reacionais e neurites; ou quando houver suspeita destas, durante ou após tratamento;
5. na alta do tratamento;
6. no acompanhamento pós-operatório de descompressão neural com 15 (quinze), 45 (quarenta e cinco), 90 (noventa) e 180 (cento e oitenta) dias.

É importante esclarecer que a avaliação completa consiste no exame dos segmentos da face, nariz, olhos, membros superiores e inferiores e registro dos resultados dessa avaliação em formulário próprio recomendado pelo Ministério da Saúde – Avaliação neurológica simplificada, disponível no Anexo IV da Portaria n. 3.125, de 07 de outubro de 2010.

Um ponto importante a ser considerado para a realização da avaliação do GI e da ANS é ter profissionais capacitados e envolvidos, estrutura adequada, insumos, suporte técnico da referência municipal e/ou estadual, gerência no nível municipal e estadual atuante. Algumas dificuldades encontradas na rede de atenção primária são fatores que interferem na realização dessas atividades: existência de profissionais pouco envolvidos com o agravo hanseníase, profissionais com conhecimento insuficiente para prestarem assistência adequada e segura, rotatividade de profissionais, principalmente médicos e enfermeiros, contratos de trabalho temporários, que influenciam a rotatividade profissional, unidades de saúde com estruturas físicas precárias, dificultando o atendimento e acolhimento adequado, capacitações insuficientes, profissionais inseguros mesmo após participarem de treinamentos, inexistência de recursos materiais como estesiômetros e fichas de avaliação de incapacidades e de ANS, inexistência de medicamentos antirreacionais. Esses fatores estão diretamente ligados à qualidade da assistência prestada e devem ser considerados no monitoramento e avaliação do programa.

## Monitoramento da função neural durante a PQT e pós-alta

Pessoas atingidas pela hanseníase podem apresentar deficiências e, em consequência disso, limitações de atividades. Numa outra situação, podem apresentar restrição na participação social devido ao estigma, mesmo na ausência de deficiências ou limitação da atividade. Realizar ações de monitoramento da função sensitiva-motora das pessoas afetadas pela hanseníase é uma atividade primordial para: prevenir incapacidades novas; vigiar a progressão das incapacidades existentes; e, diante de incapacidades já instaladas, promover ações voltadas para identificação do diagnóstico completo do paciente, suas necessidades, habilidades físicas e laborais, o conhecimento do seu corpo e o autocuidado.

**Informações técnicas** - No acompanhamento dos indivíduos atingidos pela hanseníase, seja durante o uso da PQT ou após a conclusão do tratamento, a identificação de sinais de dano neural é uma atividade básica para PI. Ela deve ser realizada por todos os profissionais de saúde envolvidos, com medidas simples, como a investigação de queixas,

a palpação dos nervos periféricos e a realização da avaliação neurológica simplificada das funções neurais<sup>11,13</sup>.

**Escore olho-mão-pé (OMP)** - Tradução do termo *Eye-Hand-Foot impairment score* ou *EHF-Score*, essa ferramenta compreende uma alternativa ao grau máximo de incapacidade (GI) para resumir os dados sobre deficiências. Com o GI, registra-se o maior grau atribuído a qualquer uma das estruturas avaliadas (0, 1 ou 2) e este corresponde ao GI para aquela pessoa. No escore OMP total, determina-se o grau máximo para cada um dos seis locais do corpo (olhos, mãos e pés), e, então, somam-se os seis números. Assim, o escore OMP pode variar numa escala de 0 a 12. A partir da realização da ANS, pode-se obter o escore OMP, que é mais sensível do que o GI a mudanças nas deficiências. Assim como o grau máximo de incapacidade, o escore OMP é definido apenas para a hanseníase. Clientes com outros diagnósticos deverão ser classificados de acordo com sistemas vigentes para essas doenças. O escore OMP foi descrito em: Van Brakel WH, Reed NK, Reed DS<sup>14,15,13</sup>.

**Situações pós-alta por cura, risco de desenvolvimento de incapacidades, Reações** – As recomendações atuais do Programa Nacional orientam que pacientes que no momento da alta por cura apresentam reações ou deficiências sensitivo-motoras e/ou incapacidades deverão ser monitorados; os demais pacientes devem ser orientados a retorno imediato em caso de aparecimento de novas lesões e/ou dores nos trajetos dos nervos e/ou piora da função sensitivo e/ou motora.

**Prevenção e tratamento de incapacidades físicas** – De maneira similar às reações, todas as medidas recomendadas para os pacientes em tratamento devem ser extensivas ao período pós-alta por cura e, especialmente, àqueles que apresentem GI 1 e 2, para acompanhamento das práticas de autocuidados, adaptação de calçados, tratamento de feridas e reabilitação cirúrgica. O paciente deve ser orientado para retorno pós-alta de acordo com suas necessidades.

Na prática, é preciso pensar que no país há serviços de saúde com diferentes níveis de implantação e implementação dessas recomendações. Se o acompanhamento adequado dos pacientes, com monitoramento das funções neurais durante o tratamento PQT é um desafio, para o momento após alta por cura, essa condição é ampliada. Está na dependência direta de dois aspectos: o primeiro relacionado aos profissionais e ao serviço, que requer conhecimento técnico, rotinas instituídas e estabelecidas pelos serviços, envolvimento (e atitude) dos profissionais voltadas para orientar os usuários quanto a sua condição após a alta em busca de uma qualidade de vida melhor para as pessoas afetadas pela hanseníase. O segundo aspecto está relacionado à pessoa afetada pela hanseníase, qual o nível de conhecimento de seu corpo, da capacidade de reconhecer os sinais e sintomas de reações e ou alterações sensitivas e ou motoras, de perceber que algo não está bem com seu corpo e de que é preciso buscar ajuda. E se em algum momento do seu tratamento teve a oportunidade de receber orientações sobre essas condições de risco para incapacidades e deficiências. Uma forma de medir as mudanças nos níveis de assistência aos pacientes é por meio de indicadores.

**Indicadores de monitoramento e avaliação** - Para alcançar níveis altos de qualidade de serviços, é necessário que exista uma prática rotineira de avaliação e tomada de decisões. Nesse processo, é fundamental considerar como base a visão dos usuários sobre os serviços prestados. Para tanto, a existência de indicadores de monitoramento e avaliação para alcance de objetivos é condição básica dos programas. Um dos avanços do Programa Nacional é a pactuação de indicadores epidemiológicos e operacionais do Programa nos três níveis de gestão e o monitoramento desses indicadores. Um dos exemplos é a proporção de GI 1 e 2 entre os casos novos, para medir a eficiência na detecção de casos precoces. Porém, esse indicador pode não ser confiável se os profissionais de saúde não estiverem bem treinados para avaliar o GI ou se subestimarem ou superestimarem os casos com GI 1, por exemplo.

Um desafio é ter indicadores diretos de qualidade, ou seja, com resultado voltado para a população que recebe o serviço. Um exemplo pode ser a proporção de pacientes que desenvolve incapacidades novas adicionais durante o tratamento PQT ou após a alta, nos casos de pacientes em reações, acompanhados pelos serviços de saúde com a utilização do score OMP. Em alguns serviços, isso já existe, mas é necessário considerar como condição pré-existente que a proporção de avaliados na alta seja maior que 75%.

## Quando encaminhar

O caminho de integração entre os diferentes níveis de assistência em hanseníase ainda é um desafio. Procura-se promover maior integração dos centros de referência com a atenção primária, reforçando o seu papel formador, integrador e articulador da rede de saúde<sup>12</sup>.

## Informações técnicas

Na presença de intercorrências clínicas e estados reacionais, o paciente deverá ser encaminhado ao serviço de referência, conforme o sistema de referência e de contrarreferência estabelecido pelo município. A recomendação da Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (CGPNCH) é que o encaminhamento deverá ser realizado com formulário de parecer em Serviço de Referência, acompanhado de todas as informações necessárias ao atendimento do paciente (formulário com resumo da história clínica, resultados de exames realizados, diagnóstico e evolução clínica), após agendamento prévio do atendimento na unidade para a qual foi encaminhado. A contrarreferência deverá sempre ser acompanhada das informações a respeito do atendimento prestado e das condutas e orientações para o seguimento do paciente no serviço de saúde de origem. No Manual de Prevenção de Incapacidades em hanseníase, existe um quadro com as principais condições clínicas e intercorrências, tanto na atenção primária quanto secundária e terciária<sup>13</sup>.

O caminho proposto para a integração entre a atenção primária e atenção especializada ambulatorial e hospitalar, de oferecer assistência em tempo hábil a todos os pacientes ainda é longo e com muitos percalços, principalmente relacionados à gestão e regulação de consultas. Existem estados da federação que ainda não instituíram uma referência terciária para hanseníase. Os pacientes que conseguem acesso a unidades secundárias se deparam com a realidade de não ter em seu estado uma referência para cirurgias preventivas nem reparadoras. A realidade observada ao longo desses anos de trabalho no controle da hanseníase permite afirmar que a hanseníase precisa ser incluída como uma prioridade na agenda dos gestores. E essa inclusão é que faz a diferença nos resultados de alcance de indicadores epidemiológicos e operacionais. Resultados de estudos recentes publicados por Lanza & Lana<sup>16</sup> apontam que analisar somente a cobertura populacional da estratégia saúde da família não assegura que a totalidade da população possui acesso às ações de controle da hanseníase (ACH). O acesso é determinado, primeiramente, pela priorização desse agravo na política municipal de saúde, pela presença de profissionais de saúde capacitados e comprometidos na realização das ações de controle da doença, pela disponibilização de instrumentos para a realização do exame dermatoneurológico, pelo oferecimento do exame baciloscópico e pela disponibilização de recursos para a divulgação dos sinais e sintomas da hanseníase para a população.

A busca pela qualidade pressupõe a disposição da equipe para efetuar mudanças com o objetivo de melhorar suas habilidades e o funcionamento dos serviços de saúde onde trabalham. O reconhecimento das incapacidades instaladas e do dano neural impõe reforçar algumas recomendações estabelecidas por organismos internacionais, como a OMS e *The International Federation of Anti-Leprosy Associations* (ILEP), para o acompanhamento da função neural, principalmente no grupo multibacilar, reconhecidamente o de maior risco<sup>17,18,19</sup>. Seguem as recomendações:

- oferecer assistência com foco nos pacientes, levando em consideração os direitos destes, o tratamento adequado e oportuno, asseguradas a privacidade e a confidencialidade;
- oferecer assistência integral e de qualidade, que inclui avaliação e acompanhamento multiprofissional com abordagem biopsicossocial;
- observar fatores como estigma e preconceito, que interferem na condição de trabalho e podem levar ao afastamento temporário e permanente e necessitam de abordagem para diminuir seus efeitos;
- promover sessões clínicas com profissionais da atenção primária e referências municipais, realizadas com profissionais com *expertise* no diagnóstico e manejo de reações para discussões clínicas de casos, aprimorando a capacidade técnica e favorecendo a instituição de tratamento adequado;
- ter ações voltadas para a reabilitação baseada na comunidade, uma área que necessita avançar em nosso país;

- ter atenção especial para pacientes com incapacidades físicas já instaladas no momento do diagnóstico;
- aproveitar a oportunidade e realizar a avaliação de incapacidade na consulta de alta da PQT<sup>13</sup>;
- preparar os profissionais para interpretação de mudanças em comparação com o escore anterior e os encaminhamentos a serem dados. Muitos serviços identificam a piora do nervo, mas a tomada de decisão não é realizada;
- ter a identificação do *status* de comprometimento por indivíduo. O Programa Nacional recomenda, em seus manuais e cursos de capacitação, planilhas de acompanhamento da evolução das incapacidades e deficiências;
- considerar a qualidade do programa de controle. Efetivamente, capacidade gerencial e existência de referências técnicas na coordenação ou como assessorias técnicas;
- supervisão técnica regular e monitoramento dos indicadores-chave do Programa;
- fortalecer a integração com a coordenação de atenção à pessoa com deficiência, identificando, na rede geral do SUS, serviços que integrem as pessoas afetadas pela hanseníase;
- promover a implementação da Portaria N. 594<sup>20</sup>, que assegura encaminhamentos e atendimentos oportunos para resolução dos problemas identificados, sejam clínicos ou de reabilitação física, nas diferentes esferas de complexidade do SUS, como o acesso a adaptações de calçados e sapataria, bem como a terapia ocupacional e adaptações para a vida diária;
- promover a instituição com um sistema de monitoramento e vigilância dos estados reacionais e do comprometimento neural, por um período mínimo de seis meses até cinco anos após a alta. O seguimento desses indivíduos no momento pós-alta é recomendado, principalmente pela manutenção do risco de desenvolver incapacidades e deformidades e da progressão das incapacidades já instaladas, além de considerar a existência de grupos de pacientes em que o comprometimento neurológico ocorre lenta e silenciosamente, com possibilidade de danos não só físicos, mas psicossociais<sup>19</sup>.



## Prevenção de Incapacidades: Condutas para Face, Membros Superiores e Inferiores; Adaptação de Calçados

Marcos Túlio Raposo

A atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define a atenção básica como um conjunto de ações de saúde de caráter individual ou coletivo, localizadas no primeiro nível de atenção, dirigidas para a promoção e reabilitação da saúde, prevenção, diagnóstico e o tratamento de agravos<sup>21</sup>. Nesse contexto, as ações de hanseníase voltadas para a prevenção de incapacidades físicas (PI) devem ser desenvolvidas e orientadas na atenção básica e complementadas, quando necessário, nos demais níveis de atenção. As informações aqui expostas correspondem a uma síntese e estão baseadas nas diretrizes operacionais estabelecidas na “Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase (2011-2015)”<sup>17</sup>, assim como nas publicações oficiais do Ministério da Saúde do Brasil, especialmente a série *Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase*, direcionadas essencialmente para a “prevenção de incapacidades”<sup>13</sup> e “adaptações de palmilhas e calçados”<sup>22</sup>. Descrições detalhadas sobre estes temas podem ser consultadas nas fontes mencionadas.

Na hanseníase, os mecanismos fisiopatogênicos determinantes de deformidades e incapacidades são neurogênicos e inflamatórios. Déficits sensitivos, motores e autonômicos são considerados causas neurogênicas primárias, ao passo que as secundárias correspondem a lesões traumáticas, retrações e infecções pós-traumáticas<sup>13</sup>. Devido ao envolvimento dermatoneurológico, a avaliação neurológica e a classificação do GI são aspectos essenciais para estabelecer a gravidade do comprometimento<sup>25,26</sup>. E também para que sejam estabelecidas as condutas voltadas para a PI e deformidades decorrentes da hanseníase<sup>13</sup>. Outro indicador empregado é o OMP, que utiliza a soma dos GI atribuídos a cada estrutura avaliada<sup>14</sup>. Em geral, as condutas prescritas na atenção básica são baseadas em técnicas simples e orientações para a prática regular do autocuidado. As medidas recomendadas aos pacientes podem ser aplicadas tanto no período de tratamento poliquimioterápico como no após a alta<sup>13</sup>. As ações de PI devem integrar a rotina de todos os serviços de saúde e serem recomendadas para todos os pacientes<sup>10</sup>. Um plano de cuidado estabelecido deve ter em conta que as necessidades dos pacientes sejam adequadamente encaminhadas dentro da rede de assistência<sup>25</sup>. As medidas de prevenção de incapacidades referentes às ações desenvolvidas nas unidades de referência para hanseníase, nos quadros 1 e 2, envolvem as ações também descritas para os outros níveis de atenção.

Os procedimentos de autocuidados compreendem práticas que devem ser realizadas individualmente pelo próprio paciente ou em grupos de ajuda mútua. As pessoas envolvidas devem ser devidamente orientadas pela equipe de saúde das unidades básicas, apoiadas e capacitadas para realizar inspeção diária, tomar os cuidados necessários para proteção de pele e estruturas envolvidas pela doença ou secundárias

a complicações, reconhecer sinais de intercorrências como reações e neurites, utilizar instrumentos de proteção diária, praticar os exercícios orientados e usar instrumentos adaptados, quando necessário<sup>13</sup>.

As incapacidades físicas que mais comumente afetam o cotidiano das pessoas que tiveram hanseníase estão relacionadas a: dificuldade para fechar os olhos; diminuição de sensibilidade, fraqueza muscular e deformidades nas mãos; diminuição de sensibilidade, ulceração, fraqueza muscular e deformidades nos pés<sup>17</sup>. Abaixo são descritos, nos quadros 4 e 5, os cuidados de PI que devem ser indicados para comprometimento de face, mãos e pés.

**Quadro 4: Cuidados com a face.**

Principais ocorrências	Autocuidado no domicílio	Atenção primária	Serviços de referência e especializados
Ressecamento de mucosa nasal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hidratar e lubrificar a mucosa nasal várias vezes ao dia (aspirar água em temperatura ambiente e deixar que ela escorra).</li> <li>- Colocar uma gota de óleo mineral ou outra solução emoliente (por exemplo à base de glicerina ou vaselina) em cada narina e massagear levemente na parte externa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar hidratação e lubrificação.</li> </ul>	
Hipersecreção	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hidratação e lubrificação.</li> </ul> <p>Recomendação: não assoar o nariz com força.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar hidratação, lubrificação e higiene.</li> </ul>	
Crostas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hidratação e lubrificação.</li> </ul> <p>Recomenda-se não retirar crostas com dedo, hastes flexíveis (cotonete® e similares) ou outros objetos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar hidratação, lubrificação e higiene.</li> </ul>	
Úlceras	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Limpeza, remoção das crostas, aplicação de pomada de antibiótico (conforme prescrição).</li> </ul> <p>Recomendação: repetir até a cicatrização.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fornecer pomada antibiótica e orientar para o uso adequado.</li> </ul>	

Principais ocorrências	Autocuidado no domicílio	Atenção primária	Serviços de referência e especializados
Quadros que não melhoram ou pioram		- Encaminhar para serviço de referência ou otorrinolaringologista.	- Casos não resolvidos na unidade de referência devem ser encaminhados ao serviço de otorrinolaringologia.
Desabamento nasal			- Encaminhamento: cirurgia plástica.
Lagofalmo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inspeccionar os olhos no espelho (verificar presença de hiperemia, corpo estranho, hansenoma).</li> <li>- Fazer exercícios de piscar (Técnica: fechar os olhos suavemente e, em seguida, apertar com força máxima durante 5 segundos; abrir os olhos e descansar. Fazer de 1- 3 séries de 10 repetições, 3 vezes ao dia).</li> <li>- Uso de proteção diurna (óculos de sol com hastes laterais largas; chapéu ou boné) e noturna (oclusores feitos de pano forrado com espuma ou borracha EVA - para evitar o contato dos olhos com o tecido).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fornecer colírio para lubrificação artificial (pomada quando necessário).</li> <li>- Orientar uso de colírio e/ou pomada.</li> <li>- Orientar exercícios de piscar frequente.</li> <li>- Tratar a conjuntivite com antibióticos e um tampão.</li> <li>- Encaminhar problemas oculares mais graves ao serviço de oftalmologia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualquer problema agudo nos olhos deverá ser tratado em um serviço de oftalmologia.</li> <li>- Cirurgia corretiva poderá ser útil nos casos de lagofalmo grave.</li> </ul>
Blefarocalase			Encaminhar para Oftalmologia – Cirurgia.
Catarata			Encaminhar para Oftalmologia. A hanseníase não impede a realização da cirurgia de catarata feita rotineiramente.
Conjuntivite	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Higiene ocular com água limpa fria ou soro fisiológico.</li> <li>- Evitar infecções secundárias pelas mãos, toalhas e lenços.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientações gerais para higiene.</li> <li>- Orientações para uso adequado de colírio antibiótico, a critério médico.</li> </ul>	

Principais ocorrências	Autocuidado no domicílio	Atenção primária	Serviços de referência e especializados
Dacriocistite	- Uso de colírio	- Colírio antibiótico e antibiótico sistêmico a critério médico. - Orientar para o uso adequado.	- Cirurgia, quando necessário.
Ectrópio	- Lubrificação artificial, proteção diurna (uso de óculos) e noturna.	- Fornecer colírio/lágrima artificial e orientar para o uso adequado.	- Cirurgia, quando necessário.
Entrópio			- Cirurgia.
Esclerite	- Higiene ocular. - Uso de colírio.	- Orientar higiene ocular e para o uso adequado do colírio antibiótico e corticosteroide a critério médico. - Controle da pressão intraocular no uso do corticosteroide.	
Glaucoma		- Encaminhamento urgente para oftalmologia.	- Encaminhamento urgente para oftalmologia.
Iridociclite	- Uso de colírio.	- Encaminhamento urgente para oftalmologia. - Colírio corticosteroide, colírio midriático, compressas mornas, analgésicos. - Orientar uso do colírio. - Controle da pressão intraocular.	- Encaminhamento urgente para oftalmologia.
Madarose			- Maquiagem permanente. - Cirurgia, se necessário.
Pterígio	- Lubrificação artificial / uso de colírio conforme orientação. - Proteção diurna.	- Orientar lubrificação artificial e proteção diurna. - Colírio a critério médico.	- Cirurgia, se necessário.
Ressecamento de córnea	- Lubrificação artificial com colírio e/ou pomada. - Exercícios de piscar frequente.	- Orientar lubrificação artificial com colírio e/ou pomada. - Instruir exercícios de piscar frequente.	

Principais ocorrências	Autocuidado no domicílio	Atenção primária	Serviços de referência e especializados
Triquiase		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retirada manual dos cílios voltados para o globo ocular (quando necessário).</li> <li>- Orientar lubrificação artificial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cirurgia, quando necessário.</li> </ul>
Úlcera de córnea		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encaminhamento urgente ao serviço de oftalmologia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Limpeza ocular, curativo com lubrificante artificial e pomada epitelizante ou antibiótica.</li> <li>- Em casos de lagoftalmo e ectrópio, é indispensável o uso de lente no curativo oclusivo.</li> <li>- Não ocluir em casos de queimaduras químicas e lavar com uma grande quantidade de água, no mínimo por 15 a 30 minutos.</li> </ul>

**Fonte:** Adaptação de:

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015: diretrizes operacionais (atualizadas). Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2010. 84 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de prevenção de incapacidades. 3. ed., rev. e ampl. Brasília, DF, 2008.

**Quadro 5: Cuidados com as mãos e os pés.**

Plano de cuidados	Autocuidado no domicílio	Atenção primária	Serviços de referência e especializados
Cuidados com as mãos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inspeccionar as mãos diariamente em busca de sinais de feridas.</li> <li>- Fazer hidratação da pele com as mãos e antebraços imersos em água à temperatura ambiente por 10 a 15 minutos.</li> <li>- Utilizar uma pedra áspera (pedra-pomes) ou lixa para lixar os calos e depois massagear a pele com hidratante, óleo mineral, vegetal, glicerina ou vaselina.</li> <li>- Utilizar um pano limpo e seco para cobrir feridas abertas, e buscar serviço de saúde para avaliação e curativo, se necessário.</li> <li>- Em caso de fraqueza da musculatura da mão, alongamentos ou exercícios ativos podem prevenir contrações e manter ou melhorar a força muscular.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar autocuidados descritos na coluna anterior, voltados para a integridade da pele e prevenção de lesões.</li> <li>- Fornecer óleo, glicerina, vaselina ou creme hidratante.</li> <li>- Orientar a prática de exercícios*: <i>exercícios passivos</i> são prescritos para retração de tecidos moles (dedos em garra, diminuição do espaço da primeira comissura e outros), paresias e paralisias; <i>exercícios ativos assistidos</i> são aconselhados para dedos em garra e fraqueza muscular (paresia); <i>exercícios ativos livres</i> são recomendados para fraqueza muscular (paresia); <i>exercícios ativos resistidos</i> são indicados para casos com discreta diminuição de força.</li> <li>- Reavaliar o caso periodicamente e encaminhar, se necessário.</li> <li>- Adaptar instrumentos de trabalho e da vida diária.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Confeccionar e adaptar instrumentos para uso na vida diária e vida prática para que a pessoa não machuque as mãos anestésicas.</li> <li>- Remover calos grossos e desbridar úlceras com uma lâmina de bisturi.</li> <li>- Em casos de fraqueza muscular ou contração, confeccionar órteses.</li> <li>- Confeccionar órteses de repouso para quadros de neurite aguda ou mão reacional.             <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) Para neurite ulnar: imobilizar o cotovelo em 120° de extensão, antebraço e punho em posição neutra, dedos em posição intrínseca e polegar livre. Gesso colocado do terço proximal do braço até os dedos.</li> <li>(b) Para neurite de mediano: imobilizar o punho em posição neutra, dedos em posição intrínseca e polegar em abdução. Colocar o gesso na face anterior do terço proximal do antebraço até as pontas dos dedos.</li> <li>(c) Para neurite do radial: imobilizar punho em dorsiflexão de 40° e cotovelo em 100° de extensão. Gesso posto na face anterior do terço proximal do braço até as pontas dos dedos, com o polegar em abdução, metacarpofalangiana em flexão e interfalangianas em extensão.</li> <li>(d) Para mão reacional: dorsiflexão do punho em 30°, flexão das articulações metacarpofalangianas e extensão das interfalangianas, separação discreta dos dedos e abdução do polegar. É importante manter as articulações metacarpo-falangianas em flexão máxima.</li> </ul> </li> </ul>

Plano de cuidados	Autocuidado no domicílio	Atenção primária	Serviços de referência e especializados
			<p>Colocar o gesso na face anterior do terço proximal do antebraço até as pontas dos dedos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adaptar instrumentos de trabalho e da vida diária.</li> <li>- A infecção invasiva é emergência e o paciente deverá ser encaminhado para antibioticoterapia intensiva e cirurgia.</li> <li>- Cirurgia pode ser útil em casos de grave comprometimento de força muscular e de mão em garra.</li> </ul>
<p>Cuidados com os pés</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inspeccionar os pés diariamente para verificar a existência de feridas, calos, traumatismos.</li> <li>- Fazer hidratação da pele com os pés imersos em água à temperatura ambiente por 10 a 15 minutos.</li> <li>- Utilizar uma pedra áspera (pedra-pomes) ou lixa para lixar os calos e depois massagear a pele com hidratante, óleo mineral, vegetal, glicerina ou vaselina.</li> <li>- Diminuir a distância percorrida e caminhar lentamente. Descansar com frequência.</li> <li>- Repouso é fundamental para que as úlceras cicatrizem.</li> <li>- Utilizar um pano limpo e seco para cobrir feridas abertas, e buscar serviço de saúde para avaliação e curativo, se necessário.</li> <li>- Para os casos de “pé caído”, exercícios de alongamento previnem contração do tendão de Aquiles.</li> <li>- Uso de calçados adequados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar autocuidados descritos na coluna anterior, voltados para a integridade da pele e prevenção de lesões.</li> <li>- Fornecer óleo, glicerina, vaselina ou creme hidratante.</li> <li>- Orientar a prática de exercícios*: <i>exercícios passivos</i> são prescritos para retração de tecidos moles, parestias e paralisias; <i>exercícios ativos assistidos</i> são aconselhados para dedos em garra e fraqueza muscular (pareesia); <i>exercícios ativos livres</i> são recomendados para fraqueza muscular (pareesia); <i>exercícios ativos resistidos</i> são indicados para casos com discreta diminuição de força.</li> <li>- Reavaliar o caso periodicamente e encaminhar, se necessário.</li> <li>- Orientar o uso e indicar tipos de calçados adequados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Remover calos grossos e desbridar úlceras com uma lâmina de bisturi.</li> <li>- Úlceras crônicas podem melhorar com a utilização de órteses ou com cirurgia.</li> <li>- No caso do pé caído, confeccionar um aparelho dorsiflexor para manter o pé na posição correta ao andar.</li> <li>- Confeccionar calçado adequado ou adaptações, quando necessário.</li> <li>- Confeccionar órteses de repouso para quadros de neurite aguda ou pé reacional.</li> <li>(a) Para neurite do fibular comum: posicionar o paciente em decúbito ventral, com o joelho em flexão de 20° a 30° e o tornozelo em 90°. Aplicar o gesso na parte posterior do membro inferior, aproximadamente quatro dedos abaixo da prega glútea, até as pontas dos dedos.</li> <li>(b) Para neurite do tibial: posicionar o paciente em decúbito ventral e o tornozelo em 90°. Aplicar o gesso na parte posterior da perna, aproximadamente quatro dedos abaixo do joelho até a ponta dos dedos.</li> </ul>

Plano de cuidados	Autocuidado no domicílio	Atenção primária	Serviços de referência e especializados
			(c) Para pé reacional: colocar uma tala com o pé em dorsiflexão. Indicar elevação da perna e repouso. Quando necessário, aplicar a técnica utilizada na confecção de órtese para neurite do tibial. - A infecção invasiva é emergência e o paciente deverá ser encaminhado para antibioticoterapia intensiva e cirurgia. - Cirurgia para correção de pé caído e dedos em garra.

\* As contraindicações dos exercícios ativos são neurite aguda, mão/pé reacional, traumatismo, úlceras e outros processos infecciosos. Após a fase aguda, os exercícios devem ser introduzidos ou reiniciados.

Fonte: Adaptação de:

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015: diretrizes operacionais (atualizadas). Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2010. 84 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de prevenção de incapacidades. 3. ed., rev. e ampl. Brasília, DF, 2008.

O uso de calçados adequados e adaptados para pessoas com insensibilidade plantar e ulceração é uma estratégia empregada para evitar instalação de incapacidades e agravamento das já existentes. O seu uso deve ser diário<sup>17</sup>. Faz-se necessário avaliar e monitorar as alterações estruturais e/ou funcionais na perna e no pé para proceder à indicação de calçados adequados ou órteses. As adaptações realizadas objetivam oferecer proteção, apoio e/ou melhora da função do pé<sup>22</sup>.

A maioria das pessoas com hanseníase não precisa fazer uso de calçados confeccionados sob medida e pode se beneficiar com calçados disponíveis no comércio local. Calçados tipo “tênis” e sandálias ou sapatos com solado firme, palmilha macia e que estejam bem ajustados e confortáveis são, em geral, bem aceitos. Aconselha-se o uso de calçados com velcro em substituição a outros tipos de fechos, devido ao fato de algumas vezes também existirem comprometimentos de funcionalidade nas mãos. Sandálias, quando indicadas, devem ter uma tira em torno do calcanhar, para melhor fixação<sup>17</sup>.

A escolha do calçado adequado deve ter em conta evitar pressão nas áreas de proeminências ósseas e de acordo com as características do pé. Em alguns casos, são necessárias modificações externas nos calçados. Outras situações podem exigir a confecção de calçado especial ou órteses, como palmilhas e outros dispositivos auxiliares<sup>22</sup>. Para maior detalhamento acerca de calçados adaptados e órteses, sugere-se consultar as publicações do Ministério da Saúde do Brasil<sup>22,13</sup>.



## Hanseníase e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde–CIF: Progressos e Desafios

Marcos Túlio Raposo

A Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), lançada em caráter experimental pela OMS em 1980 como *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (ICIDH), teve sua primeira publicação em português no ano de 1989<sup>26</sup>. Os termos “impairments”, “disability” e “handicap” foram traduzidos, respectivamente como “deficiência”, “incapacidade” e “desvantagem”<sup>27</sup>.

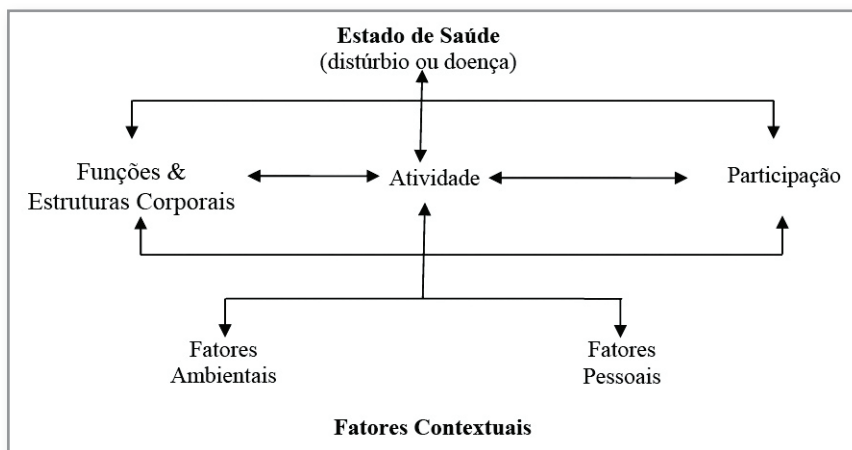
Deficiência foi definida, à época, como “qualquer perda ou alteração de uma estrutura ou de uma função psicológica, fisiológica ou anatômica”; incapacidade, como “qualquer restrição ou falta (resultante de uma deficiência) da capacidade para realizar uma atividade dentro dos moldes e limites considerados normais para o ser humano”; considerou-se desvantagem uma situação em que ocorre prejuízo, para um indivíduo, em consequência de uma deficiência ou uma incapacidade que limita ou impede o desempenho de papéis de acordo com idade, sexo, fatores sociais e culturais<sup>27-29</sup>.

Discussões acerca desse sistema de classificação mobilizaram especialistas da área e, em 1997, a OMS reapresentou essa classificação internacional sob o novo título “Classificação Internacional das Deficiências, Atividades e Participação: um manual da dimensão das incapacidades e da saúde – ICIDH-2”, e novas conceituações. A sigla aqui foi mantida devido à sua versão original em inglês. Em vez de valorizar as incapacidades e limitações, o documento estabeleceu princípios que enfatizam o apoio, os contextos ambientais e as potencialidades<sup>28</sup>. Outras versões foram produzidas e, após discutir a versão da ICIDH-2 proposta em 1999, no ano 2000, foi elaborada a versão pré-final, até que, em 2001, a Assembleia Mundial de Saúde aprovou a nova Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde-CIF<sup>28,30</sup>.

Essa nova conceituação concebe “deficiência” como uma perda ou anormalidade de uma estrutura do corpo ou nas funções fisiológicas, inclusive psicológicas; incorpora o tópico “atividade”, relacionada com a execução de uma tarefa ou ação desenvolvida por um indivíduo em qualquer nível de complexidade; e, ampliando o conceito, inclui a “participação” como o envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real. Estas duas últimas, imbricadas num contexto socioambiental<sup>26,31</sup>. Sob essa perspectiva, a *incapacidade* designa um fenômeno multidimensional que resulta da interação entre as pessoas e o seu ambiente físico e social; passa a ser um termo genérico para deficiências, limitações de atividade e restrições na participação<sup>31</sup>.

Em seu escopo, o aspecto mais inovador da CIF é o seu “Modelo de Funcionalidade e Incapacidade” que reflete de modo articulado as múltiplas interações entre os diferentes componentes e construtos, como no diagrama representado na figura 7.

**Figura 7: Interações entre os componentes da CIF. Adaptação de: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (6).**



O reconhecimento e aplicação da CIF como ferramenta clínica e epidemiológica<sup>13</sup> propicia análises e interpretações de bases de saúde em diferentes populações, regiões e países, ao longo do tempo<sup>26,31</sup>, por diversos setores da saúde e diferentes profissionais. Nesta concepção a CIF desloca o foco da atenção sobre a causa da deficiência para o seu efeito, evidencia o papel do ambiente (físico, cultural, social, político) e não considera a deficiência como uma disfunção “médica” ou “biológica”. Ela integra uma abordagem “biopsicossocial”<sup>31</sup>.

A CIF é composta, essencialmente por duas partes, cada uma com dois componentes:

**Parte 1.** Funcionalidade e Incapacidade

- (a) Funções do Corpo e Estruturas do Corpo
- (b) Atividades e Participação

**Parte 2.** Fatores Contextuais

- (a) Fatores Ambientais
- (b) Fatores Pessoais

Cada um dos 4 componentes (classificações) da CIF é codificado com uma letra, padronizada internacionalmente, as quais foram mantidas com base nas palavras originais escritas em inglês:

- b** : para Funções Corporais (“*body*”)
- s** : para Estruturas Anatômicas (“*structure*”)
- d** : para Atividade e Participação: (“*domain*”)
- a** : para atividade (“*activity*”)

**p** : para participação (“*participation*”)

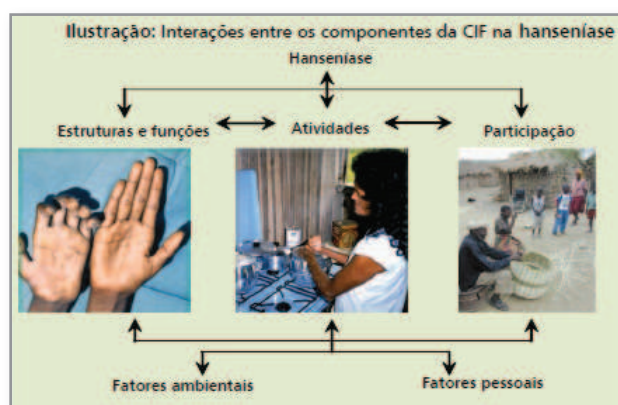
**e** : para Fatores Ambientais (“*environment*”)

Cada elemento componente da CIF consiste de vários domínios; para cada domínio existem categorias, que são unidades de qualificação. A condição de saúde e funcional de uma pessoa pode ser, então, expressa por meio do(s) código(s) estabelecido(s) para a(s) categoria(s). A cada código também podem ser acrescentados qualificadores que descrevem a extensão ou magnitude de uma condição na categoria específica, ou a extensão em que um fator ambiental é facilitador ou barreira<sup>31</sup>.

No que se refere ao campo das deficiências, na hanseníase, o dano neural pode ocorrer antes do diagnóstico, durante o tratamento ou depois dele<sup>32</sup>, durante as reações ou independente delas<sup>33</sup>. Os mecanismos de destruição do nervo envolvem: presença de *Micobacterium leprae* ou seus antígenos em locais mais frios do nervo, trauma, aumento na pressão intraneural e alterações oclusivas nos vasos sanguíneos intraneurais. Outro aspecto também citado é o granuloma por hipersensibilidade do nervo<sup>34</sup>. As bases moleculares e da resposta imune envolvidos na neuropatia e consequentes incapacidades desenvolvidas são apontadas em estudos mais recentes<sup>33-35</sup>.

O mais contundente é que o dano neural pode determinar incapacidades e deficiências, tais como limitações de atividades que envolvam o uso das mãos, dos pés e dos olhos e restrições na participação social<sup>17</sup>. A figura 8 representa as interações entre os componentes da CIF, na hanseníase. Identifica-se que um comprometimento da *condição de saúde*, como a “hanseníase”, determina uma *deficiência* caracterizada por “perda de sensibilidade e de força muscular”, a qual acarreta *limitação da atividade* verificada pela “dificuldade para segurar objetos”. Estes fatores podem corroborar para *restrição à participação*, que pode ser refletida no “estigma associado à hanseníase, que leva ao desemprego”<sup>26</sup>.

**Figura 8: Interações entre os componentes da CIF, na hanseníase.**



**Fonte:** BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de prevenção de incapacidades*. 3. ed. rev. e ampl. Brasília, DF; 2008 (13).

Ante a multiplicidade de aspectos envolvidos na hanseníase, mesmo antes que a versão atual da CIF fosse publicada, já era premente a ideia de que conceitos e terminologias da ICIDH-2 fossem adotados nas investigações e ações de hanseníase, principalmente na prevenção de incapacidades e deficiências, assim como na reabilitação<sup>14</sup>. Posteriormente, por meio de um estudo multicêntrico, realizado no Brasil, Índia e Nepal, foi elaborada e validada uma escala baseada nos domínios da CIF, confiável para medir a participação de pessoas com hanseníase<sup>38</sup>.

As estimativas da prevalência de deficiências são, grosso modo, baseadas em dados escassos e coletados por uma multiplicidade de instrumentos<sup>39</sup>. A carência de informações sobre as necessidades e os problemas enfrentados pelas pessoas com hanseníase, relacionados com a deficiência, ganha uma nova perspectiva com a incorporação de instrumentos avaliativos padronizados e validados como a CIF, que tem caráter ampliado e não restrito a aspectos médicos<sup>40</sup>.

Embora as publicações científicas realizadas com a CIF no Brasil ainda sejam incipientes, sua utilização como ferramenta clínica e epidemiológica tem sido impulsionada pelo seu desenvolvimento e processo global, com crescente evidência<sup>41</sup>, sendo incorporada em diversos setores e por equipes multidisciplinares<sup>13</sup>.

As ações programáticas de controle da hanseníase atualmente desenvolvidas ainda possuem limitações e ganham configuração assistemática, adicionalmente ao desempenho técnico de alguns profissionais envolvidos com a rede de assistência à saúde, em diferentes níveis<sup>42</sup>. O desafio que se estabelece é a incorporação da visão ampliada acerca de funcionalidade e saúde que a CIF determina, assim como a assimilação, por parte dos programas de saúde e dos diferentes profissionais neles inseridos, de rotinas que envolvam ações programáticas fundamentadas no modelo conceitual ampliado de funcionalidade, incapacidade e saúde.

Espera-se que essa nova maneira de abordar o sujeito e as deficiências, que leva em consideração os aspectos biopsicossociais, possa repercutir positivamente no conjunto de ações de saúde de caráter individual ou coletivo, nos distintos níveis de atenção, em especial na organização tecnológica já instituída nos serviços de atenção básica, dotados de particular complexidade, para que incorporem, nesta nova prática, os saberes ampliados, a dimensão cuidadora, a inter-setorialidade, a inclusão social, a valorização do outro e a corresponsabilização.

## Abordagens Inovadoras: Limitação de Atividade e Participação Social em Hanseníase

Jaqueline Caracas Barbosa

Diante da necessidade de enfrentamento das dimensões que perpassam a hanseníase, novas propostas vêm sendo desenvolvidas em busca de uma atenção mais integral às pessoas<sup>13,43-45</sup>.

Aspectos como estigma, restrição à participação social, limitação de atividade e consciência de risco passam a ser trabalhados e incorporados em estudos voltados para o desenvolvimento de instrumentos passíveis de serem utilizados pela rede de serviços de saúde<sup>46-54</sup>. Nesse capítulo, são apresentadas abordagens práticas para a mensuração de aspectos como limitação de atividade e participação social. Essas duas dimensões são recomendadas pelo Ministério da Saúde como componentes de uma abordagem mais integral das pessoas atingidas.

A inclusão da dimensão de participação como uma categoria fundamental representa uma das formas para ampliar a abordagem da hanseníase<sup>44-45</sup>, envolvendo diferentes momentos e vivências no processo de adoecimento, potencializando as ações voltadas para a reabilitação dessas pessoas.

Participação social representa o envolvimento em uma situação da vida que se refere à interação e à participação de alguém nos aspectos e nas áreas mais amplas da sua vida normal ou da vida em comunidade. Essas situações podem incluir: áreas sociais, econômicas, cívicas, interpessoais, domésticas e educacionais da vida diária que qualquer pessoa, independente de sua saúde, idade, sexo ou classe social experimenta, em maior ou menor grau<sup>46,49-52,48</sup>.

Entre as causas potenciais de restrição à participação, incluem-se: incapacidade/limitação das atividades, doenças autoestigmatizantes, problemas financeiros, falta de equipamento, ambiente, apoio/relacionamentos, atitudes e sistemas/políticas/leis. A participação na comunidade refere-se, portanto, ao fenômeno de desempenhar o seu papel na sociedade ou tomar parte em atividades em uma situação de grupo<sup>46,49-52</sup>. No contexto da hanseníase, a restrição à participação relaciona-se às atitudes estigmatizantes com as quais a doença está envolvida, independente da fase em que se encontram as pessoas atingidas, bem como ao estigma percebido ou ao autoestigma que as pessoas afetadas expressam<sup>55-56,38</sup>.

A Escala de Participação foi proposta para avaliar a restrição à participação de pessoas atingidas pela hanseníase. Possibilita a quantificação da restrição à participação percebida ou experimentada por pessoas atingidas pela hanseníase, por deficiência ou por outro problema estigmatizante<sup>46,49-52</sup>. É baseada em oito das nove principais áreas da vida definidas pela CIF<sup>57,31</sup>.

O Manual da Escala de Participação está disponibilizado em cinco versões. A primeira é a versão 4.1, única que está traduzida para o português. A segunda versão é a 4.6, que teve modificações relacionadas aos critérios de inclusão (a partir de 15 anos de idade), à pontuação e à criação de uma classificação final. As versões seguintes 4.8 e 5.2 tiveram alterações na escrita do texto, sendo que, na versão 5.2, houve também mudança na ordem das perguntas da escala<sup>46,49-51</sup>. Em 2010, foi elaborada a versão 6.0, que apresentou alteração de conteúdo, foi retirada uma questão e realizada a inserção de outra em uma dimensão diferenciada<sup>52</sup>.

A versão 4.6 da escala de participação é aplicada em até 20 minutos, sendo composta por uma entrevista com dezoito itens e que, ao final, apresenta escore sistematizado já indicado. O valor total de pontos varia de 0 a 90, sendo que o ponto de corte recomendado considerado normal é até 12: as pessoas que atingirem até 12 pontos são classificadas como não tendo nenhuma restrição significativa à participação. A partir deste valor, identificam-se diferentes graus de restrição: leve, moderada, grande e extrema.

A aplicação dessa escala é relativamente fácil. O pressuposto de comparação com “pares” foi trabalhado junto às pessoas atingidas pela hanseníase, mas esse aspecto foi levantado como um dos pontos questionáveis da escala e que pode, potencialmente, dificultar a compreensão<sup>58</sup>.

Após a aplicação da Escala de Participação, percebe-se que, em muitas situações, há uma melhor compreensão do que está influenciando na restrição à participação. Há fortes indicativos da necessidade da realização de abordagem mais aprofundada, como recomenda o manual, incluindo abordagem individual (tratada ao longo desse capítulo, e pesquisas de natureza qualitativa)<sup>46,49-52</sup>.

Outra abordagem atual e ampliada sobre aspectos relativos à hanseníase foi o desenvolvimento e a aplicação de um instrumento padronizado para medir a limitação da atividade e a consciência de risco nos indivíduos atingidos pela hanseníase, diabetes e outras neuropatias periféricas, tanto em áreas desenvolvidas, quanto em desenvolvimento<sup>47,53-54</sup>.

A construção da Escala de Triagem de Limitação da Atividade e Consciência de Risco (*Screening of Activity Limitation and Safety Awareness* –escala SALSAS) possibilitou o estabelecimento de uma avaliação mais acurada do processo de reabilitação das pessoas atingidas pela hanseníase.

O seu desenvolvimento foi conduzido por um grupo internacional. No seu processo de validação, definiu-se que o valor do escore total fornecido pela escala seria uma medida indicativa da limitação de atividade. Um escore baixo indicaria pouca dificuldade com atividades da vida diária, enquanto escores mais altos indicariam níveis crescentes de limitação de atividade. Os escores da escala SALSAS tendem a aumentar com a idade, não havendo diferença significativa entre homens e mulheres<sup>47,53-54</sup>.

A escala SALSAS apresentou boa correlação com o escore OMP. Ressalta-se que o escore OMP representa uma alternativa mais precisa de avaliação ao grau máximo de incapacidade da OMS<sup>47,53,15,54</sup>.

A análise da SALSAS, cujo escore máximo é de 80 pontos, é feita de forma integrada com a avaliação pelo escore OMP<sup>47,53</sup>. O escore OMP pode variar de 0 a 12. Na validação da escala, constatou-se que, quando o escore OMP foi menor que 5, o escore médio da escala SALSAS foi abaixo de 30. Por sua vez, quando o escore OMP foi maior ou igual a 5, o escore médio da escala SALSAS foi maior que 40<sup>47,53-54</sup>.

A partir de 2008<sup>59</sup>, houve um avanço na escala SALSAS com a inserção da classificação relacionada à limitação perpassando a não existência de limitação, leve limitação, moderada limitação, grande limitação e extrema limitação. Também foram retirados os domínios (mobilidade, cuidado com as mãos, autocuidado, destreza com as mãos). Estas alterações foram confirmadas na versão atualizada do manual<sup>54</sup>.

Outra alteração na versão atualizada em 2010 foi a retirada do escore de consciência de risco. Considera-se que era um desafio à abordagem de múltiplas dimensões em uma única medida que aborda dimensões subjetivas em uma escala quantitativa. Embora a avaliação da consciência de risco tenha sido pouco explorada na validação da escala, ela pode contribuir para uma abordagem mais ampliada por profissionais de saúde em termos do que está sendo apreendido a partir das orientações de autocuidado fornecidas para as pessoas atingidas pela hanseníase.

O tempo de aplicação da escala SALSAS, em média, é de 10 minutos, sendo de fácil aplicação. Ela pode ser sistematicamente utilizada no momento do diagnóstico, ao longo do tratamento específico com PQT e no momento do pós-alta. Nesse último caso, a proposta é garantir o planejamento de uma abordagem integral mesmo após a definição de alta por cura, por conclusão do tratamento.

No manual das escalas, existem orientações referentes a tópicos importantes para entrevista (Escala de Participação)<sup>46,49-52</sup> e atualmente um programa de treinamento de dois dias (escala SALSAS, v.1.1)<sup>54</sup> está disponível, considerando a experiência no desenvolvimento da aplicação das escalas no Brasil. Percebe-se que as orientações fornecidas pelo manual não são totalmente suficientes para uma adequada aplicação das escalas. É fundamental que o profissional tenha habilidade com entrevista e reconheça a necessária abordagem multiprofissional, reconhecendo-se as especificidades de formação de cada um. Considerando essas realidades, sugere-se um breve treinamento com um profissional habilitado na aplicação das escalas. Ressalta-se que as escalas são instrumentos de triagem que deverão auxiliar na conduta com a pessoa acometida pela hanseníase.

A alteração no grau de limitação de atividade pode direcionar para uma antecipação e/ou acréscimo na realização da ANS. Na prática, percebe-se que a Escala de Participação também possibilita uma abordagem direcionada aos aspectos emocionais, facilitando a identificação da necessidade de abordagem individual ou em grupos.

A identificação da necessidade do atendimento psicológico não invalida e nem dificulta a sua utilização, considerando-se que o psicólogo é parte integrante da equipe de saúde. No entanto, não existe uma classificação que indique diretamente esse encaminha-

mento, geralmente alguém que se apresenta com uma grande ou extrema restrição é mais provável que precise de encaminhamento, mas não se pode afirmar que o fato de ter sido classificado como leve restrição não invalida essa conduta, ou seja, não são os números que definem, mas os aspectos que levaram a essa pontuação.

Uma pessoa pode atingir o nível de leve restrição simplesmente pelas questões relacionadas ao trabalho que está dificultado pela questão da incapacidade. Como também ele poderá não apresentar incapacidade física e ter questões referente às relações interpessoais que poderão ser relacionadas ao estigma. Enfim, para definir um encaminhamento para avaliação com o psicólogo, considere o que foi relatado durante a aplicação da Escala de Participação e que ainda esteja presente hoje.

Com a aplicação ampliada dessas escalas, há, ao longo dos anos, um claro aprimoramento dos instrumentos e de seus manuais, inclusive no Brasil. Inserem-se nessa perspectiva novas propostas, como a utilização de instrumentos reduzidos, tanto para a atenção individual quanto para pesquisas que insiram essas dimensões nas agendas do setor saúde.

Independentemente das limitações, há um avanço na adoção dessas estratégias na rede não apenas durante o tratamento, mas também no pós-alta, proporcionando atenção integral e de qualidade à pessoa acometida pela hanseníase. Deve-se lembrar de que, como condição crônica, a hanseníase demanda dos serviços de saúde uma atenção longitudinal qualificada.

Apesar do potencial, ressalta-se que ambas as escalas ainda estão sendo utilizadas principalmente em atividades de pesquisa. Isso reforça a necessidade de se desenvolverem materiais de referência no país para a aplicação desses instrumentos de forma adequada aos seus objetivos. Espera-se que a recomendação do Ministério da Saúde<sup>13</sup> para a utilização dessas escalas na atenção às pessoas atingidas pela hanseníase não só contribua para um cuidado qualificado em uma perspectiva individual, familiar e comunitária, mas também para integração de múltiplas dimensões (clínicas e psicossociais) nas ações de promoção à saúde, prevenção, atenção e reabilitação.



## Referências

- 1 - Oliveira CR, Alencar MJF, Santana SC, Sena Neto SA, Ramos Jr AN. Fatores que influenciaram a inadequação do diagnóstico e do acompanhamento dos estados reacionais em hanseníase no estado de Rondônia, Brasil. *Hansen Int.* 2007; 32(2): 185-96.
- 2 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Série E. Legislação em Saúde. 1ª ed. 1ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
- 3 - Legislação Comentada para Pessoas Portadoras de Deficiência e Sociedade Civil Organizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
- 4 - Brasil. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Tradução oficial/Brasil. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2007.
- 5 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro; 2011. [acesso em 2012 fev 13]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados\\_gerais\\_amostra/default\\_resultados\\_gerais\\_amostra.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_gerais_amostra/default_resultados_gerais_amostra.shtm).
- 6 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência. Viver sem Limite. Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- 7 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 793, 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial União.* 25 abr 2012; Seção 1.
- 8 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 835, 25 de abril de 2012. Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único da Saúde. *Diário Oficial União.* 26 abr 2012; Seção 1.
- 9 - Brasil. Distribuição da hanseníase no Brasil. Brasília; 2012 [acesso em 2013 mar. 03]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/indi\\_operacionais\\_epimieologicos\\_hans\\_br\\_2011.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/indi_operacionais_epimieologicos_hans_br_2011.pdf).
- 10 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. *Diário Oficial União.* 15 out 2010; Seção 1:55.

- 11 - Como reconhecer e tratar reações hansênicas. Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais. 2ª ed. Belo Horizonte; 2007.
- 12 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Hanseníase: relatório executivo período janeiro de 2009 a dezembro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- 13 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de prevenção de incapacidades. 3ª ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
- 14 - van Brakel WH, Reed NK, Reed DS. Grading impairment in leprosy. *Lepr Rev.* 1999; 70(2):180-8.
- 15 - Ebenso J, Ebenso BE. Monitoring impairment in leprosy: choosing the appropriate tool. *Lepr Rev.* 2007; 78(3): 270-80.
- 16 - Lanza F, Lana FCF. Acesso às ações de controle da hanseníase na atenção primária à saúde em uma microrregião endêmica de Minas Gerais. *Rev APS.* 2011; 14(3): 343-53.
- 17 - Organização Mundial da Saúde. Estratégia Global aprimorada para redução adicional da carga de hanseníase: 2011-2015 Diretrizes Operacionais (Atualizadas). Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- 18 - ILEP. Orientações do Comitê Técnico - Uma ferramenta para medir a qualidade dos serviços de hanseníase. ILEP Technical Bulletin 17 Agosto;2010.
- 19 - Alencar MJF. Reações hansênicas em pós alta de poliquimioterapia: fatores associados e visão dos usuários numa área endêmica do Brasil [tese]. Ceará: Faculdade de Medicina da UFC; 2012.
- 20 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 594, de 29 de outubro de 2010. Serviço de Atenção Integral em Hanseníase. *Diário Oficial União.* 4 nov. 2010; p.78.
- 21 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- 22 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de adaptações de palmilhas e calçados. 2ª ed., rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
- 23 - World Health Organization. WHO Expert Committee on Leprosy. Sixth Report. Geneva: WHO; 1998. (WHO Technical Report Series; 768).
- 24 - Brandsma JW, Van Brakel WH. WHO disability grading: operational definitions. *Lepr Rev.* 2003; 74:366-73.
- 25 - van den Broek J, van Jaarsveld T, de Rijk A, Samson K, Patrobas P. Capture-recapture method to assess the prevalence of disabled leprosy patients. *Lepr Rev.* 2001; 72(3): 292-301.

- 26 - Organização Mundial da Saúde. Rumo a uma linguagem comum para funcionalidade incapacidade e saúde – CIF. Geneva: OMS; 2002.
- 27 - Portugal. Secretariado Nacional de Reabilitação. Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (Handicaps): um manual de classificação das conseqüências das doenças (CIDID). Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação; 1989.
- 28 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual de Legislação em Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
- 29 - Amiralian MLT, Pinto EB, Ghirardi MIG, Lichtig I, Masini EFS, Pasqualin L. Conceituando deficiência. Rev Saúde Pública. 2000; 34(1): 97-103.
- 30 - Üstun TB. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a common framework for describing health states. In: Murray CJL, Solomon JA, Mathers CD, Lopez AD, editors. Summary Measures of Population Health: Concepts, Ethics, Measurement and Applications. Geneva: WHO; 2002. p. 344-8.
- 31 - CIF: Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2008.
- 32 - Lockwood DNJ, Kumar B. Treatment of leprosy: the evidence base for newer drug combinations and shorter regimens is weak. BMJ. 2004; 328,1447-48.
- 33 - World Health Organization. WHO Expert Committee on Leprosy. Seventh Report. Geneva: WHO; 1998 (WHO Technical Report Series: 874).
- 34 - Job CK. Nerve damage in leprosy. Int J of Lepr Other Mycobact Dis. 1989; 57(2):532-9.
- 35 - Sampaio EP, Sarno EN. Expression and cytokine secretion in the state of immune reactivation in leprosy. Braz J Med Biol. 1998; 31(1):69-76.
- 36 - Rambukkana A, Salzer JL, Yurchenco PD, Tuomanen EI. Neural targeting of Mycobacterium leprae mediated by the G domain of the laminin-alpha2 chain. Cell. 1997; 88(6):811-821.
- 37 - Lockwood DNJ. Steroids in leprosy type 1 (reversal) reactions: mechanisms of action and effectiveness. Lepr Rev. 2000; 71(Suppl.): 111-14.
- 38 - van Brakel WH, Anderson AM, Mutatkar RK, Bakirtzief Z, Nicholls PG, Raju MS, Das-Pattanayak RK, et al. The participation scale: measuring a key concept in public health. Disabil Rehabil. 2006; 28(4):193-203.
- 39 - van Brakel WH, Officer A. Approaches and tools for measuring disability in low and middle-income countries. Lepr Rev. 2008; 79:50-64.
- 40 - van Brakel, WH, Sihombing B, Djarir H, Beise K, Kusumawardhanis L, Yulihane R, Kurniasari I, Kasim M, Kesumaningsih KI, Wilder-Smith A. Disability in people

- affected by leprosy: the role of impairment, activity, social participation, stigma and discrimination. *Glob Health Action*. 2012; 5:18394
- 41 - Ruaro JA, Ruaro MB, Souza DE, 2, Fréz AR, Guerra RO. An overview and profile of the ICF's use in Brazil a decade of history. *Rer Bras Fisioter*. 2012; 16(6): 454-62.
- 42 - Raposo MT. Avaliação da implantação do programa do controle da hanseníase na rede básica de Aracajú [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2011.
- 43 - Brasil. Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Hanseníase e direitos humanos: direitos e deveres dos usuários do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
- 44 - Barbosa JC, Ramos JRAN, Alencar MJF, Castro CGJ. Pós-alta em Hanseníase no Ceará: limitação da atividade funcional, consciência de risco e participação social. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(esp):727-33.
- 45 - Barbosa JC. Pós-alta em hanseníase no Ceará: olhares sobre políticas, rede de atenção à saúde, limitação funcional, de atividades e participação social das pessoas atingidas. [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2009.
- 46 - Escala de participação: manual do usuário – versão 4.1. [2003?] [acesso em 2005 maio 31]. Disponível em: <<http://www.almbrasil.com.br/arquivos/4.ManualdoUsuario%20da-BB6D.doc>>.
- 47 - Escala SALSA: pacote de teste Beta – versão 1.0. 2004 [acesso em 2005 maio 31]. Disponível em <http://www.almbrasil.com.br/arquivos/Escala%20SALSA.doc>.
- 48 - Nicholls PG, Bakirtzief Z, van Brakel WH, Daspatanaya RK, Raju M, Norman G, Mutatkar RK, et al. Risk factors for participation restriction in leprosy and development of a screening tool to identify individuals at risk. *Lepr Ver*. 2005; 76(4):305-15.
- 49 - Participation scale users: Manual v.4.6. 2005. [acesso em 2006 fev 12]. Disponível em: <http://www.leprastichting.nl/assets/infolep/Participation%20Scale%20Users%20Manual%20v.4.6.pdf>.
- 50 - Participation scale users: Manual v.4.8. 2006. [acesso em 2006 nov 11]. Disponível em: <http://www.ilep.org.uk/library-resources/infolep-information-services/subjectguides/participation-scale/>.
- 51 - Participation scale users: Manual v.5.2. 2008. [acesso em 2007 maio 08]. Disponível em: <http://www.ilep.org.uk/library-resources/infolep-information-services/subjectguides/participation-scale/>.
- 52 - Participation scale users: Manual v.6.0. 2010. [acesso em 2010 ago 20]. Disponível em: [http://www.ilep.org.uk/fileadmin/uploads/Documents/Infolep\\_Documents/Participation\\_Scale/Participation\\_Scale\\_Users\\_Manual\\_v.\\_6.0.pdf](http://www.ilep.org.uk/fileadmin/uploads/Documents/Infolep_Documents/Participation_Scale/Participation_Scale_Users_Manual_v._6.0.pdf).

- 53 - SALSA collaborative study group. The development of a short questionnaire for screening of activity limitation and safety awareness (SALSA) in clients affected by leprosy or diabetes. *Disabil. Rehabil.* 2007; 29(9):689-700.
- 54 - SALSA scale users: Manual v.1.1. 2010. [acesso em 2011 jan 20]. Disponível em: [http://www.ilep.org.uk/fileadmin/uploads/Documents/Infolep\\_Documents/Salsa/SALSA\\_manual\\_v1.1.pdf](http://www.ilep.org.uk/fileadmin/uploads/Documents/Infolep_Documents/Salsa/SALSA_manual_v1.1.pdf).
- 55 - Jopling WH. Leprosy stigma. *Lepr Rev.* 1991; 62:1-12.
- 56 - Bakirtzief Z. Identificando barreiras para aderência ao tratamento de hanseníase. *Cad Saúde Pública* 1996;12(4):497-505.
- 57 - World health organization. The international classification of functioning, disability and health Geneva; 2001.
- 58 - Dijkers M. Comments on van Brakel et al's Participation Scale. *Disabil. Rehabil* 2006; 28(21):1360-62.
- 59 - Velema JP. Application of the SALSA scale for screening of activity limitation and safety awareness's. *Anais do 17<sup>th</sup>. 2008. International Leprosy Congress; Hyderabad, India; 2008.*

