

Raimundo Sérgio de Oliveira Silva¹
 Sônia Maria Ferreira da Silva Serra²
 Eloisa da Graça do Rosario
 Gonçalves³
 Antonio Rafael da Silva⁴

HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE BURITICUPU, ESTADO DO MARANHÃO, BRASIL: ESTUDO DE INCAPACIDADES EM INDIVÍDUOS NO PÓS-ALTA

Leprosy in municipality of Buriticupu, State of Maranhão, Brazil: study of disabilities in individuals in post-discharge.

RESUMO

O município de Buriticupu apresenta indicadores epidemiológicos que o classificam como hiperendêmico para hanseníase. Levando em conta o potencial da doença em causar incapacidades físicas e limitações de natureza psicossocial foi desenvolvido um estudo com o objetivo de caracterizar o grau de limitação funcional, de atividade física e da participação social de indivíduos após alta por cura. O estudo, transversal e descritivo, foi desenvolvido no período de junho a dezembro de 2010 em uma amostra de 69 indivíduos que tinham recebido alta do tratamento entre 2007 e 2009. Foi feita avaliação simplificada da função neural, aplicação da escala SALS (para caracterizar a limitação de atividade e consciência de risco) e da escala de participação (para caracterizar a restrição à participação social do indivíduo), além do cálculo do escore OMP. Foi identificada uma população predominante do sexo masculino, na faixa etária economicamente ativa e com ocupação relacionada a demandas por esforço físico, com destaque para lavrador. O percentual de 76,8% dos pacientes não apresentava incapacidades físicas e 59,4% não apresentava limitação de atividades. Não foi constatada percepção de risco de sofrer lesões traumáticas por 69,6% dos indivíduos, enquanto 72,5% dos indivíduos não apresentaram restrição significativa à participação social. Apesar dos dados

Silva RSO, Serra SMFS, Gonçalves EGR, Silva AR. Hanseníase no Município de Buriticupu, Estado do Maranhão, Brasil: estudo de incapacidades em indivíduos no pós-alta. *Hansen Int.* 2012; 37 (2): p. 54-60.

favoráveis, o percentual que apresentou alterações reflete a necessidade de melhoria na atenção pós-alta ao indivíduo no município.

Palavras-chave: Hanseníase; Avaliação da Deficiência; Alta do Paciente

ABSTRACT

The municipality of Buriticupu presents the epidemiological indicators are classified as hiperendêmico for leprosy. Taking into account the potential of disease in causing physical disability and limitations of psychosocial nature was developed a study to characterize the degree of functional impairment, physical activity and social participation of individuals after high for cure. The

Submetido em 22/08/2013

Aprovado em 17/09/2014

- 1 Fisioterapeuta do Programa de Controle da Hanseníase da Secretaria de Estado da Saúde, Mestre em Saúde e Ambiente pela Universidade Federal do Maranhão .
- 2 Enfermeira do Programa de Controle da Hanseníase da Secretaria de Estado da Saúde, Mestre em Saúde e Ambiente pela Universidade Federal do Maranhão.
- 3 Doutora em Medicina Tropical, FIOCRUZ, RJ - (Professora Associada da UFMA).
- 4 Médico, professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente, pesquisador do Núcleo de Patologia Tropical e Medicina Social do Maranhão, coordenador do Centro de Referência em DIP.

study, transversal and descriptive, was developed during the period from June to December 2010 in a sample of 69 individuals who had received the treatment between 2007 and 2009. Simplified evaluation was made of neural function, applying the scale SALSA to characterize the limitation of activity and awareness of risk and of the scale of participation to characterize the restriction on the individual's social participation, in addition to the calculation of the OMP score. It was identified a predominantly male population, economically active age group and occupation related to demands for physical effort, highlighted by a farmer. The percentage of 76.8% of patients had no physical disabilities, while 59.4% had no limitation of activity. There was no perception of risk of suffering traumatic injuries by 69.6% of individuals, while 72.5% of individuals showed no significant constraint to social participation. However, the percentage which showed changing reflects the necessity of improving on discharging attention at the municipality.

Keywords: Leprosy; Disability Evaluation; Patient Discharge

INTRODUÇÃO

No Brasil foram notificados 33.303 casos novos de hanseníase (coeficiente de detecção de 17,17/100.000hab.) no ano de 2012, com os maiores registros nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste. O Estado do Maranhão ocupa o terceiro lugar, levando-se em conta o coeficiente de prevalência de 5,22/10.000hab¹. No município de Buriticupu, o coeficiente de detecção, que era de 212,9/100.000hab em 2003, chegou a 107,3/100.000hab em 2010, índices que o classificam como hiperendêmico para hanseníase^{2,3,4,5}.

As deformidades físicas decorrentes da doença são responsáveis pela discriminação de pacientes e de seus familiares em muitas sociedades, havendo estimativa de que dois milhões de pessoas tenham incapacidades como sequelas da doença no mundo⁶.

Segundo Job et al (1989)⁷, "a hanseníase nos seres humanos é, essencialmente, uma doença dos nervos periféricos". Os autores enfatizam que na hanseníase sempre há neurite, sintomática ou não⁷. Podem ocorrer e coexistir durante as fases da doença diferentes mecanismos de lesão dos neurônios periféricos: alterações metabólicas nas células dos nervos periféricos, tais como as células de Schwann, células endoteliais e fibroblastos, como efeito direto ou indireto da presença do bacilo viável; alterações causadas pelo influxo de células inflamatórias e seus mediadores que podem resultar em uma reação contra componentes do

nervo; danos neurais fisiológicos devidos à persistência de antígenos bacterianos na célula de Schwann ou axônios, que podem justificar lesões silenciosas e progressivas dos nervos periféricos, após tratamento quimioterápico^{7,8}. Deficiências e deformidades em hanseníase são o resultado direto ou indireto do dano neural, ainda que nem todo comprometimento neural cause incapacidades clinicamente significativas. As lesões nervosas e as infiltrações cutâneas poderão desencadear distúrbios sensitivos, motores e deformidades secundárias como calosidades, fissuras, ulcerações, reabsorções ósseas, anquiloses, queda dos pelos corporais, ceratite e conjuntivite^{7,9}.

A Organização Mundial da Saúde propôs, em 1960, um sistema de graduação para classificar o dano físico na hanseníase, baseado em cinco graus de incapacidade física. Tal sistema foi reformulado em 1988 na tentativa de tornar o instrumento mais facilmente utilizado¹⁰. A incapacidade física do paciente portador de hanseníase passou, então, a ser classificada em três graus. O grau 0 refere-se à ausência de incapacidade física (quando não há comprometimento neural nos olhos, nas mãos e nos pés). O grau 1 refere-se à presença de incapacidade (quando há somente diminuição ou perda de sensibilidade nos olhos, nas mãos e/ou nos pés). O grau 2 refere-se à presença de incapacidade e deformidade (nos olhos traduz-se por lagoflato e/ou ectrópio, triquiase, opacidade corneana, acuidade visual menor que 0, 1 ou quando o paciente não conta os dedos do examinador a 6 metros de distância; nas mãos e nos pés corresponde às lesões tróficas e/ou traumáticas, garras, reabsorção óssea, "mão ou pé caídos" ou contratura do tornozelo.

A presença de incapacidades no momento do diagnóstico configura o dado de pior prognóstico para a instalação de deformidades após o término da poliquimioterapia¹¹. Estudos de observação epidemiológica em hanseníase concluíram que 25% dos pacientes não tratados em estágio precoce da doença desenvolveram anestesia e/ou deformidades nas mãos e pés, e 20 a 64% dos pacientes multibacilares apresentaram incapacidades no momento do diagnóstico; a metade delas foi considerada grave¹².

Em estudo prospectivo, com o objetivo de analisar os possíveis fatores de risco para o dano no nervo periférico até cinco anos após o término da PQT, foi observado que a maioria dos danos neurais ocorreu antes do diagnóstico e a abordagem adequada das neurites agudas, por meio do uso correto da prednisona, resultou em melhora de 88% dos casos¹³.

Diante da necessidade de maior compreensão das conseqüências das seqüelas da hanseníase uma abordagem mais integral ao paciente vem sendo pro-

posta¹⁴. O período após a conclusão da poliquimioterapia, conhecido como “pós-alta”, também deve ser considerado como relevante, além do momento do diagnóstico e do período de tratamento com a PQT, em uma perspectiva do cuidado longo e integral. Deficiência, limitação de atividade e restrição de participação social foram definidas na Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) como componentes significativos do estado de saúde de uma pessoa¹⁵.

Para avaliação mais precisa do grau de incapacidade foram desenvolvidas a escala SALSA – *Screening of Activity Limitation and Safety Awareness*, - e a escala de restrição à participação social^{16,17}.

A escala SALSA é um instrumento padronizado para medir a limitação da atividade física e a consciência de risco de sofrer lesão traumática dos indivíduos atingidos pela hanseníase, diabetes e outras neuropatias periféricas. O nível de limitação de atividade é estabelecido pela pontuação seguinte: Sem limitação: 0 – 24; Limitação Leve: 25 – 39; Limitação Moderada: 40 – 49; Limitação Grave: 50 – 59; Limitação Muito Grave: 60 – 80. Já a avaliação da *consciência de risco* é um escore entre 1 e 11. Escores mais altos indicam uma consciência crescente dos riscos envolvidos em certas atividades, mas também indicam que há uma limitação de atividade devido a isso¹⁶.

A escala que mede a restrição à participação social é composta de uma entrevista com 18 itens, aos quais é atribuída uma pontuação. O valor total de pontos varia de 0 a 90 e a média recomendada para ser considerado normal é 12. As pessoas que atingirem até 12 pontos são classificadas como não tendo nenhuma restrição significativa à participação e, a partir desse valor, identificam-se os seguintes graus de restrição: leve, moderado, grave e extremo¹⁷.

Outra medida relacionada à incapacidade física é o escore OMP (olhos, mãos e pés), que apresenta uma maior precisão diagnóstica do que a avaliação do maior grau de incapacidade adotado no Brasil, pois determina o grau máximo para cada um dos seis locais do corpo definidos e então se soma os seis números, podendo o valor do mesmo variar de 0 a 12¹⁸.

Levando-se em conta os parâmetros mencionados e o número expressivo de registros da doença no município, decidiu-se desenvolver o presente estudo, com o objetivo de caracterizar a situação dos indivíduos no pós-alta, em relação às incapacidades e limitações da atividade física e à restrição à participação social.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, cuja

coleta de dados envolveu, numa primeira etapa, a definição de uma base populacional a partir do banco de dados do SINAN NET específico para hanseníase, identificando-se indivíduos que tinham concluído o tratamento e recebido alta por cura, no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2009.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão para o estudo atual ter idade superior a 15 anos; residir no município de Buriticupu no momento da pesquisa e aceitar participar da pesquisa pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Procedeu-se, então, a abordagem direta dos indivíduos incluídos, de julho a dezembro de 2010, pela aplicação de quatro instrumentos: a) questionário para identificação do perfil sócio-demográfico do indivíduo; b) avaliação neurológica simplificada e determinação do escore OMP para a caracterização funcional c) escala SALSA para a caracterização da limitação de atividade física e da consciência de risco de sofrer lesão traumática e d) escala de participação social para avaliar a restrição do indivíduo à participação social.

Os instrumentos foram aplicados pelo mesmo pesquisador, após agendamento, nas unidades básicas de saúde nas quais os indivíduos foram cadastrados para o tratamento. Ao final, foi feita revisão dos instrumentos de coleta e dos dados obtidos, visando checar dúvidas e sanar possíveis falhas e erros no preenchimento das fichas.

O estudo, submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Maranhão, foi aprovado sob Parecer nº 23115009942/2010-39.

RESULTADOS

Foram registradas no SINAN da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES - MA) 178 altas no município. Desse total 69 (50,4%) atenderam aos critérios de inclusão e constituíram nosso objeto de estudo. Houve um predomínio de atendimento nas unidades básicas de saúde localizadas na zona urbana, com 47 (68,1%) participantes.

A maioria dos participantes é do sexo masculino (62,3%) e de baixa instrução, sendo 39,1% não alfabetizados e 17,4% com 1ª a 4ª séries incompletas, provenientes na maioria da zona urbana (68,1%) e estando mais de 50% situados na faixa etária economicamente ativa.

Com relação à ocupação, 42,0% dos participantes eram trabalhadores agropecuários, florestais ou da pesca, destacando-se os lavradores; 13% eram prestadores de serviços e vendedores de comércio em lojas e mercados. Outras categorias identificadas foram: do lar com 15,9%; estudantes com 8,7%; aposentados com

4,3%, Outros 16% não tinham ocupação definida ou estavam desempregados no momento da pesquisa.

Houve um equilíbrio entre os participantes classificados como paucibacilares e multibacilares (Tabela 1).

Tabela 1 Hanseníase: características clínicas de indivíduos no pós-alta. Buriticupu (MA), 2007 a 2009.

Características	n	%
Classificação operacional		
Paucibacilar	35	50,7
Multibacilar	34	49,3
Forma clínica		
Indeterminada	12	17,4
Tuberculoide	23	33,3
Dimorfa	20	29,0
Virchowiana	14	20,3
Grau de incapacidade atual		
Grau 0	53	76,8
Grau 1	13	18,8
Grau 2	3	4,4
Total	69	100,0

As formas clínicas tuberculoide (33,3%) e dimorfa (29,0%) foram as mais frequentes. A avaliação neurológica simplificada mostrou que houve predomínio do grau zero de incapacidade (76,8%). Em relação ao escore OMP houve uma variação apenas de 0 a 6, com predomínio do grau 0 (76,8%).

Na aplicação da escala SALSA, que mede o grau de limitação de atividade, a maioria (59,4%) não apresentou limitação, como pode ser constatado na Tabela 2.

Tabela 2 Hanseníase: classificação, segundo escala SALSA, de indivíduos no pós-alta. Buriticupu – MA, 2007 a 2009.

Escala SALSA	n	%
Sem limitação	41	59,4
Limitação leve	23	33,3
Limitação moderada	3	4,4
Limitação grave	2	2,9
Total	69	100,0

Indivíduos sem limitação ou com limitação leve de atividade apresentavam-se em diferentes faixas etárias inclusive os três indivíduos mais idosos do estudo. A avaliação da consciência de risco que varia de 1 a 11 pontos, variou, no grupo do estudo, somente até 5, com 48 (69,6%) indivíduos exibindo escore 0. Com relação à participação social, a maioria (72,5%) não apresentou restrição significativa à participação, enquanto 7,2% (cinco indivíduos) foram classificados como tendo grave restrição (Tabela 3).

Tabela 3 Hanseníase: classificação, segundo escala de participação social, de indivíduos no pós-alta. Buriticupu (MA), 2007 a 2009.

Escala de Participação	n	%
Sem restrição significativa	50	72,5
Restrição leve	10	14,5
Restrição moderada	4	5,8
Restrição grave	5	7,2
Total	69	100,0

Tabela 4 Hanseníase: classificação, segundo escala SALSA x escore OMP, de indivíduos no pós alta Buriticupu (MA), 2007 a 2009.

Classificação SALSA	Escore OMP							Total	
	0	1	2	3	4	5	6	n	%
Sem Limitação	29	3	3	2	3	1	0	41	59,4
Limitação Leve	20	0	2	0	0	0	1	23	33,3
Limitação Moderada	2	0	1	0	0	0	0	3	4,4
Limitação grave	2	0	0	0	0	0	0	2	2,9
Limitação muito grave	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	53	3	6	2	3	1	1	69	100

Tabela 5 – Hanseníase: classificação, segundo escala SALSA x classificação segundo escala de participação social, de indivíduos no pós-alta. Buriticupu (MA), 2007 a 2009.

SALSA	Sem Restrição	Leve Restrição	Moderada Restrição	Grave Restrição	Total	
					n	%
Sem Limitação	38	3	0	0	41	59,4
Limitação leve	11	6	4	2	23	33,3
Limitação moderada	1	1	0	1	3	4,3
Limitação grave	0	0	0	2	2	2,9
Total	50	10	4	5	69	100

Observa-se que dos 53 participantes que apresentaram escore OMP zero, 29 não apresentaram limitação de atividade (54,7%) e 20 tiveram apenas limitação leve (37,7%). O indivíduo com o maior OMP encontrado (escore 6) também apresentou limitação leve. Foram encontrados dois indivíduos (2,9%) com escore OMP zero, classificados como grave limitação de atividade (Tabela 4).

Ao se comparar os dados relativos à restrição à participação social (Escala de Participação) com a limitação de atividade (Escala Salsa) verificou-se que 92,7% dos participantes apresentaram-se sem limitação ou com limitação leve de atividade; 71% (49 indivíduos) também não apresentaram restrição à participação e outros 13% (9 indivíduos) tinham apenas leve restrição. Convém ressaltar que cinco pacientes (7,2%) tiveram restrição grave à participação, mas apenas dois também apresentaram limitação grave de atividade (Tabela 5).

A comparação entre a escala de participação e idade demonstrou que os pacientes sem restrição à participação estavam distribuídos em praticamente todas as idades. De 11 pacientes acima de 60 anos, apenas um apresentou grave restrição à participação social. Todos os demais foram classificados como sem restrição à participação. Na comparação com o escore OMP, a escala de participação mostra que de 86,9% de indivíduos sem restrição significativa ou com leve restrição à participação, apenas um apresentou escore OMP maior que cinco, enquanto 7,2% com OMP zero apresentaram restrição grave à participação.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O estudo permitiu avaliar, pelas características demográficas, clínicas e de participação social, em que situação se encontram os indivíduos no pós-alta recente de hanseníase no município de Buriticupu (MA). A pessoa acometida pela hanseníase, sem dúvida, en-

frenta desde o momento do diagnóstico, problemas relacionados ao forte caráter estigmatizante da doença. Os indivíduos que já concluíram o tratamento ficam afastados dos olhares da própria rede de serviços que os atende.

O comportamento epidemiológico da hanseníase é influenciado pelas condições de vida da população e por questões relacionadas aos serviços de saúde¹⁹. Considerando que as condições de vida estão ligadas diretamente com o processo de adoecimento, as diferenças epidemiológicas em um dado território estão associadas a diferentes modos de organização espacial e social, determinando, dessa forma, diferentes riscos de adoecer para certos grupos sociais.

O perfil de escolaridade encontrado corrobora estudos anteriores que encontraram elevado percentual de não alfabetizados. Levando-se em conta que o grau de escolaridade interfere tanto no conhecimento da doença quanto na sua aderência aos cuidados preconizados, esta variável deve ser levada em consideração pelos serviços de saúde quando do planejamento de ações educativas sobre a doença, a forma de prevenção e o tratamento de incapacidades²⁰.

Os resultados sinalizam que a alta concentração de casos na faixa populacional produtiva pode contribuir com o absenteísmo ao trabalho e, por meio de possíveis limitações físicas, também com o fortalecimento do estigma¹⁹. O meio socioeconômico tem influenciado na distribuição das doenças e a hanseníase ocorre com maior frequência nas classes menos favorecidas, cujas ocupações, mal remuneradas e de baixo padrão econômico contribuem para o desenvolvimento da doença²¹. Tal observação vem ao encontro dos achados no presente estudo, uma vez que o maior percentual era de trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca, a maioria representada pelos lavradores que dependem de grande esforço físico para realização de suas tarefas. Da mesma forma, à semelhança do que foi encontrado neste estudo, outros autores mostraram equilíbrio entre as formas multibacilares e

paucibacilares, ou mesmo predomínio da última^{13, 22}. Isso pode indicar a manutenção da cadeia de transmissão através dos classificados como multi-bacilares, colaborando para manter a endemia. Detectou-se deficiência na avaliação de incapacidade, tanto no diagnóstico, quanto na alta, com apenas 40,2% e 28,4% dos prontuários examinados, respectivamente. Esses percentuais encontram-se bem abaixo da meta do PNCH para 2008-2011, que pactua avaliar o grau de incapacidade em 75% dos casos novos no diagnóstico e em 50% dos casos novos na alta¹⁴.

Apesar das limitações referidas, chama-se a atenção para os dados obtidos na avaliação do grau de incapacidades dos pacientes, demonstrando uma população com poucas incapacidades e poucos segmentos comprometidos, ou seja, com baixo percentual de limitação de atividade. No entanto, os 2,9% que apresentaram grave limitação e os 4,4% que apresentaram limitação moderada, indicam a necessidade de implantação de ações de reabilitação no município e também um adequado acompanhamento no pós-alta.

A constatação de que a maioria dos indivíduos não tinha consciência do risco de sofrer traumatismos em suas atividades pela aplicação da escala SALSA é semelhante aos resultados encontrados noutros estudos que também verificaram baixa percepção de risco entre os participantes²³. Na comparação entre os escores OMP e escala SALSA verificou-se que 90,0% dos participantes com escore OMP inferior a cinco não apresentaram limitação de atividade ou tiveram limitação leve, corroborando o que diz o manual de validação da escala. Entretanto, os dois indivíduos que tiveram as maiores pontuações OMP (cinco e seis) e que também se apresentaram sem limitação ou com limitação leve de atividade podem indicar uma provável adaptação às incapacidades adquiridas, de forma que não interfiram em suas atividades. Convém destacar o fato de que dois indivíduos (2,9%) com escore OMP zero foram classificados como grave limitação de atividade. No entanto, tal situação poderia ser explicada pela presença de co-morbidades referidas pelos mesmos: artrose avançada de quadril em um, e de joelhos no outro.

Os dados obtidos no estudo sugerem, embora não submetidos à análise estatística, correlação entre a escala SALSA e o escore OMP na maioria dos pacientes. Fatores como a provável adaptação às incapacidades e presença de co-morbidades associadas podem ter contribuído para que a relação não tenha ocorrido integralmente. Esperava-se que a gravidade da limitação de atividade medida pela escala SALSA aumentasse com a idade. Entretanto, não foi observada essa relação, pois pacientes de idades mais

avançadas pontuaram principalmente pelos graus menores de limitação de atividade. Os dois pacientes que pontuaram como limitação grave tinham 51 e 52 anos, respectivamente, numa variação etária de 15 a 88 anos. Neste estudo, verificamos que 71% dos participantes não apresentaram restrição à participação e ao relacioná-los à escala SALSA os mesmos estavam classificados como sem limitação de atividade ou com limitação leve, sugerindo relação entre as duas variáveis. Convém ressaltar que dos cinco indivíduos que tiveram restrição grave à participação dois também apresentaram limitação grave de atividade. Porém esta limitação poderia estar associada às co-morbidades apresentadas pelos mesmos.

Visto que dois dos pacientes que apresentaram restrição grave à participação tinham apenas limitação leve de atividade, não se pode associar graus maiores de limitação de atividade a aumentos na restrição à participação.

Percebemos durante a aplicação dos instrumentos que a restrição à participação poderia estar relacionada a outros fatores como a perda da autoestima gerada pelas discriminações sofridas, o que demonstra o peso do estigma na vida dos indivíduos acometidos pela hanseníase.

A comparação entre a escala de participação e a idade demonstrou que os pacientes sem restrição à participação estavam distribuídos em praticamente todas as idades. Inclusive indivíduos mais idosos, acima de 60 anos, pontuando como sem limitação ou limitação leve de atividade.

Também não foi demonstrado que escores maiores de OMP implicaram em aumento da restrição à participação social. Vale ressaltar o fato de que quatro indivíduos com escore OMP zero apresentaram restrição grave à participação. Na nossa percepção, essa restrição estaria associada a aspectos emocionais. Assim, quando o município puder contar com psicólogo em seu quadro funcional, poderá melhorar na qualidade do atendimento integral que buscamos.

Constatou-se que muitas vezes os fatores emocionais são mais determinantes na restrição à participação social do indivíduo do que propriamente uma incapacidade/deforridade física que ele possa apresentar. Essa observação parece reforçar o termo "funcionalidade humana" proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), uma inter-relação entre as estruturas e as funções do corpo, a atividade individual e a participação na sociedade, dentro de uma experiência humana relacionada à saúde²⁴.

A incapacidade, portanto, não pode mais ser encarada como um atributo da pessoa, mas sim, como uma experiência que pode abranger alguns ou todos

dentre os seguintes componentes: deficiências no nível do corpo, limitação às atividades e restrição à participação²⁴.

A aplicação das escalas SALSA e de participação durante este trabalho representou um desafio por se tratar de um instrumento com validação ainda recente e dispormos de poucas publicações a respeito, mas, ao mesmo tempo, conseguimos percebê-las como valiosos instrumentos de triagem para elaboração de planos de ação, visando uma assistência integral na reabilitação do indivíduo com incapacidades.

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Informe Técnico. Campanha Nacional de Hanseníase, Geohelmintíases e Tracoma 2014. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- 2 Silva AR, Portela EGL, Matos WB, Silva CCB, Gonçalves EGR. Hanseníase no município de Buriticupu, Estado do Maranhão: busca ativa na população estudantil. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2007;40(6):657-60.
- 3 Silva AR, Matos WB, Silva CCB, Gonçalves EGR. Hanseníase no município de Buriticupu, Estado do Maranhão: busca ativa de casos na população adulta. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2010;43(6):691-4.
- 4 Silva AR, Santos ARR, Santos GMC, Silva VEB, Gonçalves EGR. Leprosy in Buriticupu, State of Maranhão: active search in the general population. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2012;45(2):199-202.
- 5 Aquino DM, Caldas AJ, Silva AA, Costa JML. Perfil dos pacientes com hanseníase em área hiperendêmica da Amazônia do Maranhão. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2003;36(1):56-64.
- 6 Lockwood DNJ, Suneetha S. Leprosy: too complex a disease for a simple elimination paradigm. *Bull World Health Organ.* 2005 Mar;83(3):230-5.
- 7 Job CK, Path FRC. O comprometimento neural na hanseníase. *Hansen Int.* 1989;14(1):50-8.
- 8 Shetty VP, Mistry NF, Antia NH. Current understanding of leprosy as a peripheral nerve disorder: significance of involvement of peripheral nerve in Leprosy. *Indian J Lepr.* 2000;72(3):339-50.
- 9 Srinivasan H. Disability, deformity and rehabilitation. In: Hastings RC. *Leprosy*. 2nd. New York: Churchill Livingstone; 1994. p. 411-47.
- 10 Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Comité OMS d'experts de la Lepre [Internet]. Geneve: Organisation Mondiale de la Santé; 1988. [citado em 2010 nov. 10]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_768_fre.pdf
- 11 Suárez GRE. Notas sobre la epidemiologia de la lepra. Washington: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud; 1989. p. 23-8. (PNSP 89-42).
- 12 Goulart IB, Dias CM, Oliveira ACS, Silva AA, Alves RR, Quaresimin CR, et al. Grau de incapacidade: indicador de prevalência oculta e qualidade do programa de controle da hanseníase em um Centro de Saúde - Escola no Município de Uberlândia - MG. *Hansen Int.* 2002;27(1):5-13.
- 13 Sauderson P. The epidemiology of reactions and nerve damage. *Lepr Rev.* 2000 Dec.;71(Suppl):106-10.
- 14 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de Prevenção de Incapacidades. 3ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
- 15 World Health Organization (WHO). International Classification of Functioning, Disability and Health. [place unknown]: ICF; 2001.
- 16 Escala SALSA: pacote de teste Beta - versão 1.0. 2004. [citado em 2010 out. 15]. Disponível em: <http://www.alm-brasil.com.br/arquivos/Escala%20SALSA.doc>
- 17 Participation Scale Users. Manual, 4.6. 2005. [citado em 2010 nov. 10]. Disponível em: <http://www.leprastichting.nl/assets/infolep/Participation%20Scale%20Users%20Manual%20v.4.6.pdf>
- 18 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 May 15;29(9):689-700.
- 19 Lana FCF, Davi RF, Lanza FM, Amaral EP. Detecção da hanseníase e Índice de Desenvolvimento Humano dos municípios de Minas Gerais, Brasil. *Rev Eletr Enf.* 2009;11(3):539-44.
- 20 Longo JDM, Cunha RV. Perfil clínico-epidemiológico dos casos de hanseníase atendidos no Hospital Universitário em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, de janeiro de 1994 a julho de 2005. *Hansen Int.* 2006;31(1):9-14.
- 21 Araújo RRDF, Oliveira MHP. A irregularidade dos portadores de hanseníase ao serviço de saúde. *Hansen Int.* 2003;28(1):59-64.
- 22 Croft RP, Nicholls PG, Steyerberg EW, Richardus JH, Cairns W, Smith S. A clinical prediction rule for nerve function impairment in leprosy patients. *Lancet.* 2000 May 6;355(9215):1603-6.
- 23 Barbosa JC, Ramos NA Junior, 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.
- 24 Stucki G, Reinhardt JD, Grimby G, Melvin J. O desenvolvimento da pesquisa em funcionalidade humana e reabilitação a partir de uma