



LIMITAÇÃO DE ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM PACIENTES COM HANSENÍASE

ACTIVITIES LIMITATION AND SOCIAL PARTICIPATION IN PATIENTS WITH HANSEN'S DISEASE

LIMITACIÓN DE ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN SOCIAL EN PACIENTES CON LEPROA

Izabella Bezerra Lima¹, Clélia Albino Simpson², Ana Michele de Farias Cabral³

RESUMO

Objetivo: descrever as mudanças ocorridas nas atividades de vida diária e nos relacionamentos interpessoais da pessoa com hanseníase. **Metodologia:** estudo descritivo e exploratório, de caráter quantitativo, realizado no ambulatório de doenças infectocontagiosas no Hospital Giselda Trigueiro, Natal/RN, com 22 pessoas com hanseníase. Foi utilizado um questionário e as escalas SALSA e de Participação para a coleta de dados, que foram armazenados por meio do Microsoft Excel 2010 e apresentados em tabelas e figuras. Este estudo teve aprovado o projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Onofre Lopes, sob o CAAE nº 0017.0.051.000-08. **Resultados:** dez pacientes não apresentaram limitações; 11 apresentaram leve limitação e apenas um apresentou moderada limitação em suas atividades de vida diária. Em relação à participação social, apenas três dos entrevistados tiveram restrições sociais. **Conclusão:** indica-se a aplicação das Escalas SALSA e de participação na assistência à saúde às pessoas com hanseníase. **Descritores:** Hanseníase; Classificação Internacional de Incapacidades; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to describe the changes that have taken place in daily life activities and in interpersonal relationships of people with Hansen's disease. **Methodology:** this is a descriptive and exploratory study, with quantitative nature, performed at the outpatient clinic for infectious and contagious diseases at the Giselda Trigueiro Hospital (GTH), Natal/RN, with 22 people with Hansen's disease (leprosy). We made use of a questionnaire and the SALSA and Participation scales for data collection, which were stored by means of Microsoft Excel 2010 and presented in tables and figures. The study project was approved by the Research Ethics Committee of the Onofre Lopes Hospital, under the CAAE nº 0017.0.051.000-08. **Results:** ten patients showed no limitations; 11 showed mild limitation and only one showed moderate limitation in its daily life activities. Regarding the social participation, only three of the interviewees had social restrictions. **Conclusion:** one can indicate the application of the SALSA and Participation scales in health care towards people with Hansen's disease. **Descriptors:** Hansen's Disease (Leprosy); International Classification of Disabilities; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: describir los cambios ocurridos en las actividades de la vida diaria y las relaciones interpersonales con personas con lepra. **Metodología:** estudio descriptivo, exploratorio, de carácter cuantitativo, realizado en la Clínica de las enfermedades infecciosas en el Hospital Giselda Trigueiro, Natal/RN con 22 personas con lepra. Fue utilizado un cuestionario y las escalas SALSA y de Participación para la colección los datos, que fueron almacenados a través de Microsoft Excel 2010 y presentados en tablas y figuras. Este estudio tuvo aprobado el proyecto por el Comité de Ética en Investigación, CAAE No 0017.0.051.000-08. **Resultados:** 10 pacientes no presentaron limitaciones, 11 presentaron leve limitación y sólo uno presentó limitación moderada en sus actividades de la vida diaria. En relación a la participación social, sólo tres de los encuestados tenían restricciones sociales. **Conclusión:** indica la aplicación de la SALSA y la participación en la asistencia a la salud de personas con lepra. **Descritores:** Lepra; Clasificación Internacional de Deficiencias; Enfermería.

¹Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Natal (RN), Brasil. E-mail: bellalimash@gmail.com; ²Enfermeira, Professora Doutora, Departamento de Enfermagem/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/PPGENF/UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: cleliasimpson@hotmail.com; ³Enfermeira, Mestranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/PPGENF/UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: anacabral12@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença envolta em tabus e crenças simbólicas, cercada por um forte estigma ao longo de sua história e que se configurou uma das doenças mais temidas de todos os tempos. Revela uma história marcada pelo sofrimento, pela marca do pecado e da culpabilidade, pela mutilação, pelo horror aos sinais e sintomas e pela rejeição e isolamento.¹

Em se tratando da epidemiologia, a hanseníase tem maior prevalência em áreas economicamente desfavorecidas, onde a população está exposta a fatores predisponentes como subalimentação, moléstias debilitantes e superpopulação. Representa grave problema de saúde pública no Brasil, ocupando o segundo lugar em detecção de casos novos de hanseníase no mundo, perdendo somente para Índia. Ademais, o Brasil é o único país americano a estar entre os 17 países com taxa de detecção ≥ 1.000 casos.²⁻³

Doença infectocontagiosa crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen, que se manifesta através de sinais e sintomas dermatoneurológicos, a hanseníase tem grande potencial para provocar incapacidades físicas que podem, inclusive, evoluir para deformidades.⁴ Parasita intracelular obrigatório, o *Mycobacterium leprae*, possui período de incubação em média de 2 a 7 anos, tendo no homem seu principal reservatório. Tem alta infectividade, ou seja, é capaz de infectar um grande número de pessoas; no entanto, tem baixa patogenicidade. Assim, poucos chegam a adoecer. Seu tropismo por células cutâneas, de mucosas e nervos periféricos é o principal causador de incapacidades da doença.⁴

O tratamento da hanseníase realiza-se ambulatorialmente, com o uso do esquema recomendado pela Organização Mundial da Saúde, conhecido por Poliquimioterapia (PQT), entre 6 a 12 meses em média, dependendo da classificação operacional, como paucibacilar (≤ 5 lesões e baciloscopia negativa) ou como multibacilar (> 5 lesões e/ou baciloscopia positiva). Sendo, dessa forma, uma doença curável.^{2,4}

Ressalta-se que, além do tratamento com o PQT, é necessária a realização de atividades de prevenção, de controle e de tratamento das incapacidades e deformidades, pois a hanseníase é fortemente marcada por repercussões psicossociais inerentes a essas complicações. Compreende-se que o processo de adoecimento na nossa sociedade costuma ser, na maioria dos indivíduos, uma condição

limitante, a qual, em muitos momentos, expõe o sujeito a algumas mudanças em sua vida. Essa condição pode gerar no indivíduo sentimentos de insegurança e menos merecimento. Por isso, questões como deficiência, limitação de atividade e restrição de participação social são fundamentais e devem ser consideradas como componentes significativos do estado de saúde de uma pessoa.^{1,5-8}

A natureza incapacitante da hanseníase, a sua baixa patogenicidade e o estigma relacionado ao seu processo de adoecimento são determinantes para dimensionar e identificar a natureza das dificuldades enfrentadas pelos indivíduos. Para isso, o Ministério da Saúde recomenda o uso das fichas de avaliação de incapacidade, a avaliação neurológica simplificada e a triagem, pelo uso da Escala SALSA (*Screening of Activity Limitation and Safety Awareness*) e da Escala de Participação, as quais são validadas e estão sendo aplicadas em diferentes regiões. Esses questionários devem ser aplicados, preferencialmente, no início do tratamento, na alta da PQT e no acompanhamento pós-alta.^{5,10}

A Escala SALSA foi criada com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e têm por objetivo avaliar a extensão da limitação de atividade e o risco de se aumentar as deficiências durante a realização de atividades em pessoas afetadas pela hanseníase, pela diabetes e por outras neuropatias periféricas. Trata-se de um questionário com perguntas referentes a atividades do dia a dia, de acordo com os seguintes domínios: mobilidade (pés), autocuidado, trabalho (mãos) e destreza (mãos). Gera um escore final, que varia de 1 a 80, sem pontos de corte para definir padrões.^{5,10}

O escore SALSA baixo normalmente indica pouca dificuldade com atividades da vida diária, enquanto que escores mais altos indicam níveis crescentes de limitação de atividade. No entanto, o escore da consciência de risco, que é calculado separadamente, somando-se as opções demarcadas com um círculo, varia entre 0 e 11, pelo qual os valores mais altos indicam uma consciência crescente dos riscos envolvidos em certas atividades, mas também indicam uma maior limitação de atividade.^{5,10}

A pontuação SALSA está correlacionada com a idade, com o Escore EHF (Eye - Hand - Foot) e com o escore de participação. O Escore EHF dimensiona a gravidade do comprometimento da incapacidade física, através do somatório do grau de incapacidade

segundo cada seguimento (olhos, mãos e pés), esquerdos e direitos, alcançando um valor máximo de 12.^{5,10}

A Escala de Participação caracteriza-se por ser um instrumento para dimensionar a restrição à participação social de pessoas acometidas pela hanseníase, deficiências ou outras condições geradoras de estigma. A escala em questão é composta por 18 perguntas e inclui os seguintes domínios: aprendizagem e aplicação do conhecimento; comunicação; mobilidade; autocuidado; vida doméstica; interações interpessoais; áreas principais da vida (trabalho, educação, emprego, vida econômica, etc.); comunitário, social e cívica. Abrange, dessa maneira, os domínios listados pela CIF.¹¹

O escore final da escala varia de 0 a 90, sendo que, até 12 pontos, o indivíduo é considerado sem restrições; de 13 a 22 pontos, leve restrição; de 23 a 32 pontos, restrição moderada; de 33 a 52 pontos, grande restrição; e de 53 a 90 pontos, extrema restrição.¹¹

Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo:

- Descrever as mudanças ocorridas nas atividades de vida diária e nos relacionamentos interpessoais da pessoa de hanseníase.

MÉTODO

A produção apresentada é parte dos resultados do projeto de pesquisa << **Representações Sociais da Hanseníase: em foco o estigma no contexto da saúde mental** >>, que constituiu uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem quantitativa. Foi realizada no ambulatório de doenças infectocontagiosas no Hospital Giselda Trigueiro (HGT), unidade de referência na assistência ao portador de hanseníase na cidade de Natal, Estado do Rio Grande do Norte.

No referido ambulatório, as pessoas com hanseníase ou com sequelas são acompanhadas por uma equipe multidisciplinar (dermatologistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, equipe de enfermagem, dentre outros profissionais); recebem o tratamento com Poliquimioterapia (PQT) e para as reações decorrentes da doença; têm acesso aos mais diversos exames diagnósticos e de acompanhamento para a sua enfermidade (ex: baciloscopia, biopsia); os seus comunicantes são examinados e, se necessário, tratados; e ainda, têm à sua disposição um grupo de autoajuda.

Os usuários são residentes da Região Metropolitana de Natal e do interior do estado. Como critérios de inclusão, foram considerados os seguintes pontos: está fazendo tratamento com a PQT, no período da coleta de dados (julho a setembro de 2011), de ambos os sexos, com faixa etária entre 16 e 80 anos de idade, classificados como paucibacilar ou multibacilar.

Como critérios de exclusão, foram observados: ter concluído o tratamento com a PQT e continuar sendo acompanhado, no ambulatório, devido às sequelas ou reações hanseníacas; ser criança ou adolescente até 15 anos, 11 meses e 29 dias, ser idoso acima de 80 anos; ser portador de outras morbidades que prejudiquem as suas atividades de vida diária e não possuir condições psíquicas para responder as entrevistas.

Foram entrevistados 22 usuários, representando aproximadamente de 45% dos usuários com cadastro ativo na unidade de referência e que faziam o tratamento regulamente. Eles foram abordados no momento em que chegavam para receber a dose supervisionada da PQT, com auxílio da equipe de enfermagem, na sala destinada ao Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH).

Em local reservado, os usuários foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e as etapas da entrevista. Após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e devida autorização, iniciavam-se as entrevistas, que eram realizadas em três etapas: 1) Preenchimento do questionário de identificação, pelo qual os dados eram colhidos primeiramente pelas informações do entrevistado e, posteriormente, completada as informações sobre características da doença junto aos prontuários; 2) Aplicação da Escala SALSA; 3) Aplicação da Escala de Participação.

Para garantir a privacidade dos participantes da pesquisa, eles foram identificados por nomes fictícios comuns na sociedade brasileira, escolhidos aleatoriamente de forma a não identificá-los com nenhum grupo específico ou personagem.

Os dados foram processados por meio do Microsoft Excel 2010, apresentados em tabelas e figuras. A análise descritiva foi realizada de acordo com a literatura.

O estudo teve o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Onofre Lopes, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sob o Protocolo nº 147/08 e CAAE nº 0017.0.051.000-08.

RESULTADOS

Dos 22 sujeitos de pesquisa, 14 eram do sexo masculino (64%) e oito eram do sexo feminino (36%). A idade variou de 50 a 60 anos (36%) e de 28 a 38 anos (23%), com destaque para três sujeitos menores de 18 anos. A maioria (68%) era composta por casados ou de pessoas viviam em união estável. Em relação à escolaridade, um sujeito não tinha escolaridade; nove (41%) participantes tinham Ensino Fundamental incompleto; cinco (23%), tinham Ensino Fundamental completo; seis (28%) tinham Ensino Médio incompleto ou completo; e outro sujeito cursava Ensino Superior.

A população de estudo estava, em sua maioria, mantendo suas atividades profissionais; apenas quatro pessoas eram aposentadas e uma estava desempregada. A renda familiar foi de um a dois salários mínimos e de três a quatro salários mínimos, em 13 (59%) e seis (27%) dos entrevistados, respectivamente.

No que tange às características da doença, 14 casos (64%) foram classificados como multibacilares (MB) e oito (36%) como paucibacilares (PB). A manifestação clínica predominante foi a forma dimorfa, com nove

representantes, seguida pela forma tuberculoide, com oito representantes. A forma virchowiana estava presente em quatro dos sujeitos e um não tinha forma clínica definida. A forma indeterminada não teve representante.

A aplicação da Escala SALSA foi antecedida pelo preenchimento do formulário de informações sobre o cliente, o qual é dividido em perguntas de identificação do cliente e o registro de deficiências. Em seguida, foi aplicada a Escala de Participação. Pela aplicação desse formulário, foi possível identificar à presença de outras condições médicas concomitantes à hanseníase que poderiam dificultar a realização das atividades de vida diária, como a síndrome do túnel do carpo, diabetes, catarata, hérnia de disco, “problemas nos ossos” e restrições próprias da idade. O escore EHF também foi calculado, variando de 0 a 5 pontos, sendo representado na Tabela 1 abaixo.

Em relação ao uso de adaptações/órteses, apenas apontou-se o uso de óculos, por oito sujeitos, dos quais, uma pessoa apresentou alterações da acuidade visual decorrentes da hanseníase. A ausência de úlceras em qualquer área do corpo foi unânime entre todos os pacientes.

Tabela 1. Escore EHF da população de estudo

Escore EHF	n	%
0	11	50%
1	4	18%
2	6	27%
3	0	0%
4	0	0%
5	1	5%
Total	22	100%

O Escore SALSA variou de 14 a 49 pontos. Observou-se pouca variação dos escores entre os entrevistados. As pontuações com maior número de indivíduos foram a de 17 e a de 30 pontos, ambas com três sujeitos. As pontuações 22, 23 e 25 pontos foram

representadas por dois participantes cada e as demais tiveram apenas um sujeito que alcançou a pontuação. A Tabela 2 apresenta a relação do Escore SALSA com os sujeitos da pesquisa.

Tabela 2. Escore SALSA da população de estudo

Escore SALSA	Sujeitos	
	n	%
14	1	5%
17	3	14%
18	1	5%
20	1	5%
22	2	9%
23	2	9%
25	2	9%
26	1	5%
27	1	5%
30	3	14%
33	1	5%
34	1	5%
35	1	5%
37	1	5%
49	1	5%

A análise combinada entre o Escore EHF e o Escore SALSA (Figura 1) constatou que a relação entre esses dois escores não apresenta regularidade, haja vista que os dois extremos

do Escore SALSA apresentaram Escore EHF igual à zero; e os sujeitos que apresentaram escore 30 apresentaram escores EHF iguais a 0, 2 e 5.

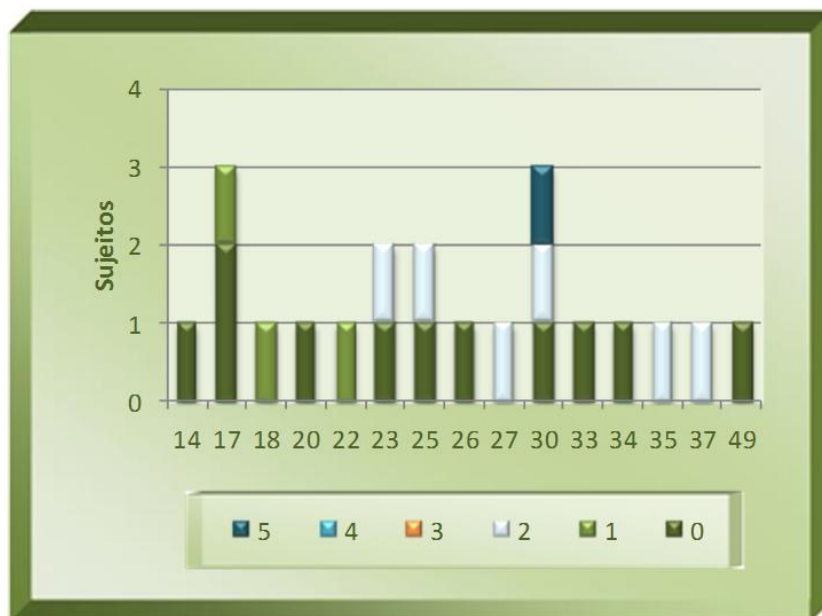


Figura 1. Análise combinada entre o Escore SALSA e o Escore EHF

Em relação à Escala de Participação, a maioria não apresentou restrições, apenas dois apresentaram restrição leve e um sujeito tinha restrição moderada. Na Figura 2, nota-se que os sujeitos que apresentaram leve restrição e restrição moderada também apresentaram Escore SALSA com uma

pontuação maior ou igual a 30 pontos. Em contrapartida, na Figura 3, observa-se que os sujeitos que apresentaram leve restrição e restrição moderada possuíam Escore EHF igual a zero e o outro que apresentou leve restrição possuía escore EHF igual a 2 pontos.

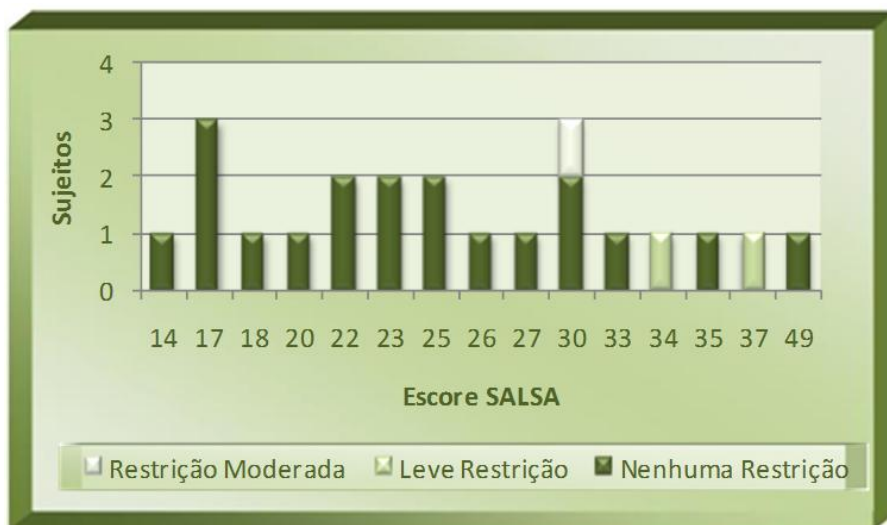


Figura 2. Análise combinada entre o Escore SALSA e a Escala de Participação

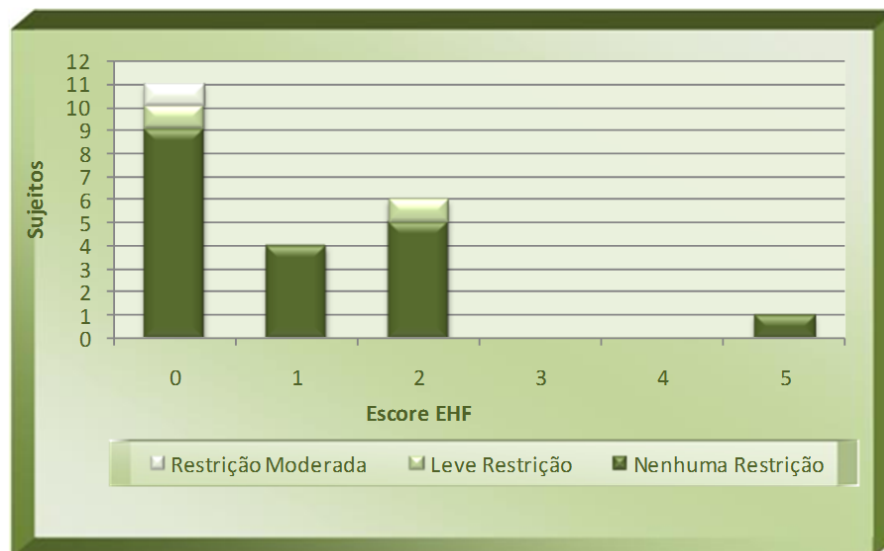


Figura 3. Análise combinada entre o Escore EHF e a Escala de Participação

Para fins didáticos, o grupo colaborador da escala SALSA sugere uma categorização para os escores SALSA, a saber: de 10 a 24 (sem limitação); de 25 a 39 (leve limitação); de 40 a 49 (moderada limitação); de 50 a 59 (severa limitação) e de 60 a 80 (muito severa limitação)¹¹. Seguindo essa categorização, torna-se mais fácil identificar as reais limitações nas atividades de vida diária. Dessa maneira, no presente estudo, constata-se que dez pacientes não apresentam limitações; 11 pacientes apresentam leve limitação e apenas um paciente apresenta moderada limitação em suas atividades de vida diária.

DISCUSSÃO

As escalas SALSA e de Participação foram construídas para avaliar a limitação física e a realização de atividades em pacientes com hanseníase, diabetes e outras neuropatias periféricas, como também a restrição social em pacientes com problemas estigmatizantes. A Escala SALSA é um questionário de 20 itens que pode ser administrado dentro de dez minutos e fornece uma medida padronizada de limitações nas atividades diárias relacionadas com a mobilidade, destreza e autocuidado e de trabalho. A Escala de Participação é um instrumento de 18 itens para medir o quanto os entrevistados classificam sua participação em comparação com um “peer”, definida como “alguém semelhante ao entrevistado em todos os aspectos, exceto para a doença ou deficiência”.⁶

A população de estudo apresentou, em sua maioria, as formas multibacilares, que são frequentemente responsáveis pelas incapacidades e deformações decorrentes da hanseníase, sendo relevante a análise da relação entre a incapacidade física e os escores das escalas.¹²⁻¹⁶ Observou-se que dez sujeitos, com as formas multibacilares, apresentaram escore ≥ 25 pontos na Escala

SALSA e que todos aqueles que apresentaram alguma restrição de participação possuíam as formas mais difusas da doença. Em contrapartida, neste estudo e em outros consultados, essa relação entre os escores EHF e os escores SALSA e de Participação não atende as expectativas da validação das escalas, pois alguns participantes apresentaram comportamento inesperado, como explicitado anteriormente.^{12,17}

Com relação ao escore de consciência de risco, observou-se que existe uma baixa percepção de risco entre os entrevistados, variando apenas de 0 a 4 pontos, o que está relacionado com a sua baixa limitação de atividades. Todavia, fica a lacuna sobre a educação em saúde e para o autocuidado.⁹

O uso da Escala SALSA e da Escala de Participação foi de fácil aplicação e pode ser um excelente instrumento para favorecer no atendimento integral ao portador de hanseníase, realizado pela equipe multiprofissional, todavia necessita da caracterização do contexto de vida da pessoa entrevistada, pois não permite a afirmativa de que a restrição identificada é resultado exclusivo da hanseníase.^{9,16} Encontrou-se, no entanto, outras pesquisas que trabalharam com a relação entre o adoecer em hanseníase e a mudança nas condições de vida diária e relacionamentos interpessoais, através da utilização de outros instrumentos, os quais identificaram prejuízos na qualidade de vida dos usuários, principalmente em decorrência de algumas situações específicas da doença, como forma clínica multibacilar, reação hansênica e incapacidade física. Esses prejuízos provocam grande sofrimento e causa grande impacto social e psicológico.¹⁷⁻¹⁹

Identificando significados, este estudo chama atenção para a maneira singular em que cada pessoa vivencia o seu adoecimento, e indica a aplicação das escalas SALSA e de Participação para a melhoria da qualidade da

assistência a saúde aos portadores de hanseníase, com um olhar que vai além dos aspectos físicos, visando não só o controle da doença, mas também a prevenção de incapacidades, estímulo à adesão ao tratamento e o combate ao estigma/preconceito social, a fim de minimizar o impacto da doença sobre a vida do indivíduo.¹⁸

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hanseníase tem grande poder incapacitante, quando não diagnosticada precocemente, e carrega em si, ainda nos tempos atuais, forte fator estigmatizante, podendo acarretar grandes mudanças na vida de seus portadores. A utilização das escalas SALSA e de Participação, na rotina de trabalho da equipe de saúde, como recomendado pelo Ministério da Saúde, pode favorecer a prevenção das incapacidades físicas e psicossociais atreladas à doença em questão.

Dessa maneira, alerta-se aos profissionais de saúde e, em especial, a enfermagem, para a necessidade de conhecer esses instrumentos a fim de nortear o cuidado ao portador de hanseníase, buscando assim compreender as condições psicossociais que interferem e são determinantes no seu processo de adoecimento. No mais, sugere-se a continuação da educação permanente em hanseníase, junto aos profissionais de saúde, como estratégia para a divulgação e capacitação para a utilização dessas escalas, tanto nos centros de referências quanto no âmbito da Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

- Bezerra FN, Brandão CP, Vasconcelos EMR, Torres AL, Ramos VP. Impact of the Diagnosis of Leprosy. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2011 Dec [cited 2013 Feb 04];5(spe):2624-34. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2369/pdf_757
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria Nº 3.125, de outubro de 2010 [internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010 [cited 2013 Jan 15]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_n_3125_hansenise_2010.pdf
- World Health Organization. Leprosy prevalence rates, data reported to who as of beginning January 2011. 2011 [cited 2012 Dec 03]]:[about 5 p]. Available from: http://www.who.int/lep/situation/Leprosy_P_R_2010.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008 [cited 2013 Jan 15]; 195p. Available from: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/abcdad21.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância a Saúde. Manual de prevenção de incapacidades: cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase; n. 1 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008 [cited 2013 Jan 15]:[about 5 p]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_prevencao_incapacidades.pdf
- Van Brakel WH, Sihombing B, Djarir H, Beise K, Kusumawardhani 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 July [cited 2013 Feb 04];5:1-11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3402069/pdf/GHA-5-18394.pdf>
- World Health Organization. Global Strategy for Further Reducing the Leprosy burden and sustaining Leprosy control activities 2006-2010 [Internet]. 2005 [cited 2013 Feb 04]. Available from: <http://www.who.int/lep/resources/SEAGLP20062.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa; 2004 [cited 2013 Jan 15]:[about 5 p]. Available from: http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_202004.pdf
- Barbosa JC, Ramos Jr AN, Alencar MJF, Castro CGJ. Pós-alta em Hanseníase no Ceará: Limitação da atividade funcional, consciência de risco e participação social. Rev bras enferm [Internet]. 2008 [cited 2012 Dec 15];61(esp):727-33. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a12v61esp.pdf>
- Escala SALSA: pacote de teste beta [programa de computador]. Versão 1.0. 2004. [cited 2013 Jan 20]. Available from: <http://www.almbrasil.com.br/arquivos/Escala%20salsa.doc>
- Lima HMN, Sauaia N, Costa VRL, Coelho Neto GT, Figueiredo PMS. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos em Centro de Saúde em São Luís, MA. Rev Soc Bras Clin Med [Internet]. 2010 [cited 2013 Jan 12];8(4):323-7. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n4/a007.pdf>

12. Sobrinho RAS, Mathias TAF, Lincoln PB. Perfil dos casos de hanseníase notificados na 14ª regional de saúde do Paraná após descentralização do programa para o nível municipal. Cienc cuid saúde [Internet]. 2009 Jan/Mar [cited 2013 Jan 8];8(1):19-26. Available from:

<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/7767/4403>

13. Soares FN, Clementino APG, Silva CS. Characterization of the participants of a prevention programme of disability for leprosy. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 Feb [cited 2013 June 20];7(2):491-6. Available from:

http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3047/pdf_2039

14. Ilkehara E, Nardi SMT, Ferrigno ISV, Pedro HSP, Paschoal VD. Escala SALSA e grau de Incapacidades da Organização Mundial da Saúde: avaliação da limitação de atividades e deficiência na hanseníase. Acta fisiátrica [Internet]. 2010 [cited 2013 Jan 5];17(4):169-74. Available from:

http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=36

15. Simpson CA, Pinheiro MGC, Duarte LMCP, Silva TMS. Schoolchildren's knowledge on prevention, diagnosis and treatment of leprosy. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2011 July [cited 2013 Feb 04];5(5):1161-7. Available from:

http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1533/pdf_546

16. Nunes JM, Oliveira EM, Vieira NFC. Hanseníase: Conhecimentos e mudança na vida das pessoas acometidas. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2011 [cited 2013 Jan 5];16(supl.1):1311-8. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a65v16s1.pdf>

17. Luna IT, Beserra EP, Alves MDS, Pinheiro PNC. Adesão ao tratamento da Hanseníase: dificuldades inerentes aos portadores. Rev bras enferm [Internet]. 2010 Nov-Dec [cited 2012 Dec 15];63(6):983-90. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/18.pdf>

18. Martins BDL, Torres FN, Oliveira MLW. Impacto na qualidade de vida em pacientes com hanseníase: correlação do *dermatologylifequality index* com diversas variáveis relacionadas à doença. An bras dermatol [Internet]. 2008 [cited 2012 Nov 15];83(1):39-43. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/abd/v83n1/a05.pdf>

Submissão: 07/02/2013

Aceito: 16/02/2014

Publicado: 01/04/2014

Correspondência

Izabella Bezerra de Lima

Rua Minas Gerais, 239

Bairro Neópolis

CEP: 59080-370 – Natal (RN), Brasil