

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ANDRESA MARIA VELOSO DA SILVA

**CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS COM HANSENÍASE**

PICOS – PI

2019

ANDRESA MARIA VELOSO DA SILVA

## **CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS COM HANSENÍASE**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof.<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Larissa Gomes Machado

PICOS – PI

2019

**FICHA CATALOGRÁFICA**  
**Universidade Federal do Piauí**  
**Campus Senador Helvídeo Nunes de Barros**  
**Biblioteca Setorial José Albano de Macêdo**  
**Serviço de Processamento Técnico**

**S586c** Silva, Andresa Maria Veloso da.  
Condições de saúde de idosos com hanseníase. / Andresa  
Maria Veloso da Silva. -- Picos,PI, 2019.  
62 f.  
CD-ROM: 4 ¾ pol.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em  
Enfermagem). – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2020.  
“Orientador(A): Profa. Dra. Ana Larissa Gomes Machado.”

1. Hanseníase. 2. Idoso. 3. Condição de Saúde. I. Título.

**CDD 616.998**

*Elaborada por Rafael Gomes de Sousa CRB 3/1163*

ANDRESA MARIA VELOSO DA SILVA

**CONDIÇÕES DE SAÚDE EM IDOSOS COM HANSENÍASE**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Data de aprovação: 05/12/19

**BANCA EXAMINADORA:**

Ana Larissa Gomes Machado

Prof. Ana Larissa Gomes Machado  
Titulação: Doutorado  
Presidente da Banca

Gilberto Valentim da Silva

Enf. Gilberto Valentim da Silva  
Titulação: Especialista  
2º. Examinador

José de Siqueira Amorim Júnior

Prof. José de Siqueira Amorim Júnior  
Titulação: Especialista  
3º. Examinador

Dedico este trabalho primeiramente ao Meu Bom Deus pelo amor e misericórdia a mim oferecidos de forma gratuita, pela Sua bondade e cuidado durante todo esse trajeto da minha vida. Aos meus pais, a minha base, por todo amparo, por sempre colocarem as minhas necessidades acima das suas, serei eternamente grata.

## **AGRADECIMENTOS**

Não poderia começar agradecendo de outra forma que não fosse ao meu Criador e Mantenedor da minha vida por sempre ser meu alicerce, por ser a minha esperança, sei que os Teus propósitos para a minha vida vão muito além do que eu possa imaginar, agradeço pelas lágrimas enxugadas e pelos ouvidos atentos as minhas orações serei sempre tua serva Aba Pai.

Em segundo lugar aos meus pais, Melquiades Gabriel da Silva e Josene Marcelina Veloso da Silva, nada que eu escreva pode descrever a gratidão que tenho a Deus por ser filha de vocês, obrigada pelos ensinamentos, por sempre me ensinar que confiar em Deus será sempre a melhor escolha, obrigada por serem exemplo de zelo e amor, são princípios que levarei dentro de mim onde for, essa conquista é nossa, e prometo que será apenas a primeira. Eu amo vocês infinitamente.

Aos meus irmãos Daniel Veloso da Silva e Eduarda Fernanda Veloso da Silva, vocês são os melhores irmãos que alguém poderia querer, obrigada pelo apoio, pelo incentivo pelas vezes em que vocês arrancaram sorrisos do meu rosto em momentos de tensão, será sempre nós três.

Aos meus avós paternos Gabriel Vicente da Silva e Maria do Carmo Silva, a minha avó materna Marcelina Veloso eu só consigo dizer obrigada!

Adoraria que esse parágrafo tivesse outro contexto, mas não poderia deixar de mencionar duas pessoas importantes na minha vida e que infelizmente não estão aqui para comemorar comigo esse momento, o meu avô Luís José Veloso (in memoriam) pelo zelo comigo, por sempre me incentivar. Vovô a tua neta conseguiu, e eu sei que onde estiver está orgulhoso. Ao meu irmão de alma, Assis de Sousa Junior (in memoriam) pelo incentivo pelo carinho, por todas as brincadeiras, por plantar no meu coração a convicção que eu conseguiria. Sobre nossos planos, eu prometo realiza-los, por nós amigo.

Aos meus irmãos que escolhi a dedo: Romelia de Sousa, Iara Fernanda, Uandala Dantas, Manoel Clementino, Antônio Gabriel, Keyla Rodrigues, Isis Leônidas, Ana Caroline Ibiapino, Ranna Gomes, Wictor Stefan, Evelton Barros e Francisco José, vocês tornam os meus dias mais felizes, obrigada pelo apoio por chorarem comigo e também se alegrarem com as minhas vitórias.

Aos mestres que se tornaram amigos e exemplos a serem seguidos obrigada pela paciência comigo durante todo caminho: Renato Felipe, Junior Siqueira, Viviane Pinheiro, Antônia Sylca e Aline Raquel. Às minhas instrutoras da UBS que me receberam tão bem: Ionara Holanda e Layse Luz, vocês são maravilhosas.

À minha segunda família, Cursinho Paulo Freire pelo apoio e incentivo, foi dentro desse projeto tão bonito que eu me encontrei enquanto ser humano, meu muito obrigada aos meus colegas e alunos, vocês foram ímpares nesta conquista.

A minha orientadora Ana Larissa Gomes Machado pela paciência e carinho ao me instruir, sim eu tive três grandes mestres! Agradeço por toda contribuição para que este trabalho pudesse ser concluído com êxito, a toda família GPESC pelo acolhimento e parceria durante todos esses anos.

A minha amada liga de Hanseníase, o primeiro projeto que me recebeu tão bem, vocês foram maravilhosos. Muitos fizeram parte desta grande equipe, mas gostaria de destacar aqui o nosso grande mestre Gilberto Valentim pela paciência e cuidado em todo esse tempo.

Ao meu PG filhos de Israel, pelo cuidado, por todas as sextas-feiras me ouvirem lamentando e chorando as famosas “pitangas”, e me instruir a seguir o caminho por mais árduo que fosse, em especial a minha amiga Ângela Honório pelo apoio e cuidado comigo. MARANATA!

Ao meu time do coração, não poderia deixar de agradecer por todas as risadas e encontros durante esse caminho, Mirian Lima, Jaqueline Chagas, Ingrid Lima, Kercia Andressa, Oriana Santos, Anália Frantelly, Jeferson Batista, Angerli Sá, Camila Geovana, Alice Gonçalves, Cleoma Lima, Ivana e Junior Sousa, Jayne Oliveira, Elias Rocha, Vanessa Herculano, Beatriz Alves, Denio Feitosa, Paulo Henrique, Creusilene Holanda, James Sousa, Maria Luana, Roniélia Barbosa, Leiani Leite, e aos demais que se mencionados aqui escreveria por anos. Vocês sempre estarão no meu coração.

Aos membros da banca examinadora por contribuírem de forma significativa para o aperfeiçoamento deste trabalho, e aos idosos que se disponibilizaram para a construção do presente trabalho.

Enfim, agradeço por todos aqueles que contribuíram ao seu modo para o desenvolvimento e conclusão deste trabalho, de maneira direta ou indireta. Sou eternamente grata!

**Consagre ao Senhor tudo o que você faz, e os seus planos serão bem-sucedidos.**

Provérbios 16:3



## RESUMO

O diagnóstico de hanseníase traz para o paciente uma série de questionamentos e o sentimento de medo em relação ao estigma existente na atualidade, mas qual o impacto na condição de saúde de idosos ao conviverem com a doença? Objetivou-se com o presente estudo, analisar as condições de saúde apresentadas pelos idosos com hanseníase a partir dos domínios de vida da escala Whodas, que consistem nos domínios de mobilidade e autocuidado, bem como descrever o perfil de funcionalidade. Trata-se de um estudo quantitativo e transversal, realizado com 41 indivíduos com diagnóstico de hanseníase entre 2014 e 2017, com dados arquivados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. A coleta de dados ocorreu entre setembro de 2018 e julho de 2019, através da aplicação da escala de avaliação da incapacidade funcional WHODAS 2.0. Também foi preenchido o formulário contendo informações referentes aos dados sociodemográficos com base nos dados relacionados a respeito do domínio de mobilidade dos idosos participantes da pesquisa. Pode-se perceber ao longo do estudo dificuldades para realização de atividades que se destacavam pela variável sexo, as tabelas 1 e 2 apresentam resultados onde a maioria do público hanseniano é mulher, e a forma clínica que mais se destaca é a Virchoviana, a tabela 1 traz consigo resultados da escala Whodas onde se destaca que a maior dificuldade que um idoso tem tendo hanseníase se destaca no campo de relações interpessoais, ainda foi possível perceber que dentro dos domínios mobilidade e autocuidado a única variável estatística significativa foi na tabela 5 que evidencia para o sexo masculino uma maior dificuldade em ficar em casa sem auxílio de outras pessoas em relação ao sexo feminino. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Piauí, sob o parecer de número: 03922918.6.0000.8057, conforme a Resolução 466/2012 que trata de pesquisa com seres humanos. Todos os participantes assinaram o TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido), que foi lido no momento da coleta dos dados. O estudo foi de grande valia para o campo científico pois trouxe achados importantes ao tratamento e cuidado com o idoso que tem hanseníase.

**Palavras chave:** Hanseníase; Idoso; Condição de saúde; Autocuidado; Mobilidade;

## ABSTRACT

The diagnosis of leprosy brings to the patient a series of questions and the feeling of fear regarding the stigma that exists today, but what is the impact on the health condition of elderly people living with the disease? The objective of this study was to analyze the health conditions presented by the leprosy elderly from the Whodas life domains, which consist of the mobility and self-care domains, as well as to describe the functionality profile. This is a quantitative and cross-sectional study, conducted with 41 individuals diagnosed with leprosy between 2014 and 2017, with data filed in the Notification of Disease Information System. Data collection took place between September 2018 and July 2019, by applying the WHODAS 2.0 functional disability assessment scale. The form containing information regarding sociodemographic data based on data related to the mobility domain of the elderly participants of the research was also completed. Difficulties in performing activities that were highlighted by the variable gender can be noticed throughout the study. Tables 1 and 2 show results in which the majority of the Hansenian public are women, and the most prominent clinical form is Virchovian, the table. 1 brings with it results from the Whodas scale where it is highlighted that the greatest difficulty that an elderly person has with leprosy stands out in the field of interpersonal relationships, it was still possible to realize that within the mobility and self-care domains, the only significant statistical variable was shown in table 5 It is more difficult for males to stay at home without assistance from others than females. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Piauí, under the opinion number: 03922918.6.0000.8057, according to Resolution 466/2012 that deals with research with human beings. All participants signed the informed consent form, which was read at the time of data collection. The study was of great value to the scientific field because it brought important findings to the treatment and care of the elderly with leprosy.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> Distribuição numérica (n) e percentual (%) das variáveis sociodemográficas de pessoas com hanseníase (n=41). Picos, 2019 .....	31
<b>Tabela 2</b> Distribuição numérica (n) e percentual (%) das variáveis clínicas de pessoas com hanseníase (n=41). Picos, 2019 .....	32
<b>Tabela 3</b> Associação entre o domínio mobilidade e a variável sexo (n=41). Picos, PI, 2019.....	34
<b>Tabela 4</b> Associação entre o domínio mobilidade e forma clínica da hanseníase (n=41). Picos, PI, 2019 .....	35
<b>Tabela 5</b> Associação entre o domínio autocuidado e a variável sexo (n=41). Picos, PI, 2019 .....	36
<b>Tabela 6</b> Associação entre o domínio autocuidado e forma clínica da hanseníase (n=41). Picos, PI, 2019 .....	37

## LISTA DE GRÁFICOS

**Gráfico 1** Classificação da incapacidade de pessoas com hanseníase (n=41).

Picos, 2019.....34

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. OBJETIVOS .....	14
2.1 Geral.....	14
2.2 Específicos. ....	14
3. REVISÃO DE LITERATURA .....	15
4. METODOLOGIA.....	23
4.1 Tipo de estudo.....	23
4.2 População e amostra.....	23
4.3 Coleta de dados .....	23
4.4 Variáveis do estudo .....	24
4.4.1 Variáveis da escala WHODAS .....	27
4.4.2 Variáveis sociodemográficas.....	27
4.5 Análise de dados .....	28
4.6 Aspectos éticos.....	28
5. RESULTADOS .....	29
6. DISCUSSÃO.....	36
7. CONCLUSÃO.....	40
REFERÊNCIAS.....	41
APÊNDICES.....	44
APÊNDICE A – FORMULÁRIO: Questionário sociodemográfico e clínico.....	44
APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido .....	49
APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido .....	53
ANEXOS .....	54
ANEXO A - Escala WHODAS 2.0 .....	54
ANEXO B -Termo de compromisso de utilização de Dados. ....	58

## 1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*, um parasita intracelular obrigatório que apresenta um longo período de incubação e cuja transmissão ocorre através das vias aéreas. O bacilo possui um período de incubação lento, por isso pode-se dizer que o mesmo possui alta infectividade, porém baixa patogenicidade (FREITAS *et al.*, 2017; BELDARRAÍN, 2017).

Durante muitos anos a hanseníase tem sido um grande desafio para a saúde pública global, devido seu aspecto infectocontagioso, causando impacto nas áreas física e psicológica, provenientes, sobretudo das incapacidades físicas permanentes e as deformidades que acometem os indivíduos portadores deste agravo, o que contribui para o desenvolvimento de comportamentos de rejeição e discriminação, com eventual exclusão do indivíduo da sociedade (BARBOSA, *et al.*; 2014a; GENOVEZ; PEREIRA, 2016).

Para um idoso que tem Hanseníase as dificuldades relacionadas ao processo de envelhecer se tornam cada vez mais difíceis visto que existe dentro da sociedade um alto grau de preconceito capaz de impedir ou dificultar o tratamento adequado da doença. Um idoso por si só traz consigo dificuldades em aceitar a falta de autonomia e mudanças no contexto social e familiar, adjunto com a doença esse processo torna-se cada vez mais difícil, devido ao desconhecimento da doença e estigma relutante da sociedade.

Conhecer as condições de saúde de um idoso torna-se crucial na sociedade em que vivemos, devido ao grande nível de fragilidade que um idoso pode ter. Isto vai depender de suas patologias presentes ou ausentes ao decorrer da vida, desta forma para a família e cuidadores é efetivo a importância de se conhecer sobre as condições de saúde do idoso com quem convive.

A avaliação de condição de saúde em idosos atendidos pelo sistema único de saúde (SUS) através da escala de avaliação funcional Whodas se faz importante devido a necessidade do conhecimento do idoso sobre suas condições de saúde. Descobrir quais as limitações que a escala sinaliza pode trazer para a vida do idoso um melhor autocuidado com resultante melhora do seu estado de saúde.

Observa-se que a qualidade de vida de um indivíduo portador de hanseníase pode ser comprometida em diversas áreas como por exemplo físicas e mentais. Por isso é importante ressaltar a necessidade de se mensurar o impacto desta

enfermidade no cotidiano desses pacientes, inclusive as possíveis relações com suas particularidades clínicas (RETRESPO, 2013).

Para o idoso tratar a hanseníase existe um obstáculo ainda maior, devido ao nível de preconceito existente na sociedade. O tratamento da Hanseníase é ainda difícil de ser realizado e, além disso, a doença pode provocar um determinado grau de incapacidade com o passar dos anos, assim a questão deste estudo é: qual a condição de saúde do idoso com hanseníase, considerando os domínios de vida autocuidado e mobilidade, investigados pela escala de avaliação de incapacidades-Whodas?

Apesar de o Brasil estar passando pelo processo de envelhecimento populacional e consequente inversão na pirâmide populacional, a sociedade brasileira ainda não aprendeu a valorizar o idoso. Este já sofre preconceito devido às mudanças decorrentes do envelhecer, situação que é agravada quando o indivíduo é acometido por uma doença estigmatizante e de conotação pejorativa, como a hanseníase, que causa lesões de pele e de nervos periféricos, gera incapacidades e pode trazer limitações a vida desse indivíduo (SOUZA, 2014).

Além disso, o processo de envelhecimento biológico determina alterações físicas, como perda no equilíbrio, fragilidade óssea, dores articulares, decréscimo da função, bem como alterações sensorio-perceptivas. Essas alterações podem levar o idoso a um estado de fragilidade, de dependência e muitas vezes até a perda da autonomia (PEDRINELLI, 2009).

Portanto, a hanseníase se trata de uma doença complexa, onde alterações físicas influenciam, indubitavelmente, aspectos psicológicos, sociais e culturais nesses indivíduos, trazendo consequências a sua qualidade de vida. Sendo esse, um quadro que deve ser recuperado com brevidade, pois o número de idosos vem aumentando exponencialmente no Brasil e a hanseníase constitui-se um sério problema de saúde pública em muitas regiões do país.

Como o enfermeiro atuante na estratégia saúde da família ESF (Estratégia de saúde da família) deve lidar com situações como aumento da fragilidade do idoso, devido a presença da Hanseníase, para que haja um bom atendimento e um cuidado de forma integral é importante a utilização de materiais que auxiliam o profissional a melhor atender este paciente.

A escala de Whodas é um instrumento de trabalho que auxilia o enfermeiro de uma ESF a atender de forma completa o paciente idoso, pois o mesmo avalia

seis campos distintos de vida, favorecendo um olhar clínico e humanizado. A partir disso manifesta-se o interesse de analisar se os fatores que interferem no processo condicionante a condições de vida em idosos que convivem com a Hanseníase.



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

- Analisar as condições de saúde apresentadas pelos idosos com Hanseníase a partir dos domínios de vida da escala Whodas.

### **2.2 Específicos**

- Classificar o perfil sociodemográfico e clínico dos idosos;
- Verificar a associação dos domínios de vida, mobilidade e autocuidado com as variáveis sexo e formas clínicas da hanseníase;
- Classificar o perfil de funcionalidade dos idosos investigados.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

A hanseníase é uma doença crônica infecciosa, granulomatosa, causada pelo *Mycobacterium leprae* que acomete pele, sistema nervoso periférico e eventualmente outros órgãos e sistemas (BECHELLI; CURBAN, 1988). A condição crônica da hanseníase é expressa pela localização intracelular obrigatória do bacilo no sistema mononuclear, esse a cada 12 a 21 dias faz divisão binária (GOULART; PENNA; CUNHA, 2002). Segundo a Coordenadoria de Vigilância em Saúde do Estado do Ceará (2019), estima-se que 95% dos indivíduos expostos ao *M. leprae* são naturalmente resistentes à infecção.

Diversos estudos apontam a alta capacidade de contaminação do bacilo, mas poucos indivíduos são acometidos pela doença, essa relação se dá não só em função da sua patogenicidade, mas da sua relação com o hospedeiro e da endemecidade do meio (TALHARI; NEVES, 1997). Foi o médico norueguês Gerhard Armauer Hansen, notável pesquisador sobre o tema, que identificou, em 1873, este bacilo como o causador da lepra, a qual teve seu nome trocado para hanseníase em homenagem ao seu descobridor (FOSS, 1999; GOMES, 2000 *apud* EIDT, 2004).

A hanseníase é uma das patologias mais antigas já registradas e que assombrou a humanidade por longo tempo. As referências mais remotas datam de 600 a.C. e procedem da Índia que, juntamente com a África, parecem ser os focos iniciais da doença (OPROMOLLA, 1998). Segundo a Organização Mundial de Saúde (2016), é prevalente em países em desenvolvimento que apresentam condições socioeconômicas desfavoráveis, principalmente aqueles pertencentes aos continentes da África, Ásia e América Latina.

O pavor e estigma social são tão fortes que mesmo na Bíblia a doença é citada algumas vezes. Em Levítico 13, é descrito como os hebreus identificavam e lidavam com a doença. O estigma e o medo da doença eram tão presentes que aquele identificado como “leproso” era banido do convívio social. No Novo Testamento a aceitação e cura dos “leprosos” é colocada como uma das distinções divinas que acompanhava Jesus Cristo. Em Mateus 3: 2,3 e 4, Jesus toca, cura e ordena ao leproso que vá mostrar sua remissão ao sacerdote.

Na idade média a “lepra” era tão temida que foi utilizada como pena para condenar Isolda no romance “Tristão e Isolda” (LE GOFF, 1984):

Senhor dir-te-ei rapidamente o que penso. Vê, tenho aqui cem companheiros. Dá-nos Isolda e que ela pertença a todos! A doença excita-nos o desejo, dá-a aos teus leprosos. Nunca uma dama terá pior fim. Vê nossos farrapos estão colados a nossas chagas supurantes. Ela que junto a ti gozava os ricos tecidos forrados de pele, as joias, suas salas revestidas de mármore. Ela que gozava bons vinhos, as honrarias, a alegria, quando vir a corte dos leprosos, quando tiver que entrar nos nossos tugúrios e deitar-se conosco, então Isolda a Bela, a Loura, reconheceu o seu pecado e terá saudades desta bela fogueira de espinhos. (LE GOFF, 1984. p. 77).

Em 1873, foi identificada a bactéria causadora da doença pelo médico norueguês Armauer Hansen que afastou definitivamente as crenças sobre as origens da moléstia (CAVALIERE).

No Brasil, até meados do século XX, de acordo com Irene Cavaliere, no Portal *In vivo* da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), vigoraram os leprosários, comunidades destinadas aos doentes que ficavam confinados nestes espaços, numa espécie de internação, que só deixou de ser compulsória em 1962.

O médico dermatologista responsável pela mudança de nomenclatura da enfermidade, o doutor Abrahão Rotberg, que durante toda sua vida profissional dedicou-se a humanizar o tratamento dos portadores de hanseníase, realizou a mudança de nomenclatura buscando enfrentar o estigma criado sobre a doença que na história sempre foi tratada como uma maldição, pairando como uma ameaça e condenação sobre a humanidade (ABD, 2006).

Considerando a distribuição espacial da hanseníase, descobriu-se tratar de agravo endêmico em países em desenvolvimento, correlacionado às condições socioeconômicas, culturais, de escolaridade, acesso a informações e essencialmente aos serviços de saúde (SOBRINHO *et al.*, 2007). Nos indivíduos que são acometidos pela doença ela se desenvolve de diversas maneiras, dependendo da resposta imunológica do doente frente ao bacilo (SOUZA, 1997).

De acordo com o Guia Prático sobre a Hanseníase, do Ministério da Saúde, Brasil (2017):

A hanseníase apresenta quatro formas clínicas, são elas: Indeterminada, Tuberculoide, Borderline e Virchoviana. Os principais sintomas são: Áreas da pele, ou manchas esbranquiçadas (hipocrômicas), acastanhadas ou

avermelhadas, com alterações de sensibilidade ao calor e/ou dolorosa, e/ou ao tato; Formigamentos, choques e câimbras nos braços e pernas, que evoluem para dormência – a pessoa se queima ou se machuca sem perceber; Pápulas, tubérculos e nódulos (caroços), normalmente sem sintomas; Diminuição ou queda de pelos, localizada ou difusa, especialmente nas sobrancelhas (madarose); Pele infiltrada (avermelhada), com diminuição ou ausência de suor no local; Dor, choque e/ou espessamento de nervos periféricos; Diminuição e/ou perda de sensibilidade nas áreas dos nervos afetados, principalmente nos olhos, mãos e pés; Diminuição e/ou perda de força nos músculos inervados por estes nervos, principalmente nos membros superiores e inferiores e, por vezes, pálpebras; Edema de mãos e pés com cianose (arroxamento dos dedos) e ressecamento da pele; Febre e artralgia, associados a caroços dolorosos, de aparecimento súbito; Aparecimento súbito de manchas dormentes com dor nos nervos dos cotovelos (ulnares), joelhos (fibulares comuns) e tornozelos (tibiais posteriores); Entupimento, feridas e ressecamento do nariz; Ressecamento e sensação de areia nos olhos.

Segundo Araújo *et al.* (2015) a hanseníase é uma doença endêmica no Brasil. O Data SUS (2019) aponta que há registros de aumento gradativo do número de casos novos, uma vez que, em 2017 foram diagnosticados 6.598 casos novos e, em 2018, 6.739 casos. Diante desse cenário a análise epidemiológica segundo faixa etária é de suma importância para subsidiar processos de elaboração, execução e implementação de políticas públicas para enfrentamento da hanseníase (COR. VIG. SAN., 2018).

Anualmente, 650 mil novos idosos são inseridos na população brasileira (SANTOS *et al.*, 2019). De acordo com Santos e Griep (2018) estima-se que em 2025, o Brasil ocupe o sexto lugar com relação aos países do mundo quanto ao envelhecimento populacional. Vale ressaltar que ao que se refere ao limite de idade, de acordo com Sousa, Silva e Henriques (2005), a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera como pessoa idosa aquele indivíduo com 65 anos ou mais, em países desenvolvidos, e 60 anos para países em desenvolvimento.

O crescimento da hanseníase ou sua detecção entre a população das faixas etárias superiores demanda o desenvolvimento de procedimentos de atendimento e atenção à saúde específicos para as necessidades particulares desse grupo populacional. Associado ao aumento da identificação dos casos diagnosticados

pela patologia, soma-se o crescimento da população idosa no Brasil que requer atendimento de saúde específico para sua condição.

Para Sousa, Silva e Henriques (2005) apesar de, no Brasil, a população idosa estar em expansão, a sociedade brasileira ainda não aprendeu a valorizá-la, e o idoso, muitas vezes, é considerado uma pessoa inútil, um encargo social indesejável, um indivíduo sem contribuição a dar e, essa questão é agravada quando o indivíduo, além da condição de idoso, é acometido de uma doença preconceituosa, como é o caso da hanseníase.

Para Pelarigo *et al.* (2014) quando a pessoa idosa é acometida pela doença, além das alterações biológicas, morfológicas, funcionais e bioquímicas próprias do envelhecimento humano, podem ser observados nessa fase da vida, processos de desenvolvimento social e psicológicos alterados.

Os idosos acometidos pela hanseníase encontram-se em uma situação no âmbito da saúde muito mais delicado que outros idosos. Além dos processos inerentes ao envelhecimento, esse grupo precisa lidar com uma doença profundamente debilitante. Soma-se aos fatores físicos, o pouco apreço que a sociedade brasileira apresenta em relação aos idosos e a carga psicológica de portar-se uma patologia com um histórico de estigma social muito forte, que mesmo enfrentado por campanhas de esclarecimento e difusão de informações e desmistificações, ainda permanece muito arraigado em nossa sociedade.

O diagnóstico de hanseníase, em grande parte do Brasil, ainda é tardio, cerca de um ano e meio a dois anos após o aparecimento dos sintomas (VIANA; AGUIAR; AQUINO, 2016). A moléstia pode manifestar uma gama de condições incapacitantes que compromete a qualidade de vida do acometido e dificulta sua convivência social.

Primitivamente, a hanseníase pode desenvolver incapacidades e deficiências de ordens neurológicas e inflamatórias (SANTANA *et al.*, 2018). Déficits motores, sensitivos e autonômicos são considerados causas primárias, enquanto lesões traumáticas, retrações e infecções pós-traumáticas são consideradas causas secundárias, pois ocorrem em função da falta de cuidados básicos com as causas primárias (ROSA *et al.*, 2016). Nas etapas iniciais, as primeiras manifestações incapacitantes são a redução de sensibilidade térmica acompanhadas de redução e eventual perda da sensibilidade dolorosa e tátil (SANTANA *et al.*, 2018). Danos

neurais ocorrem nas fases mais avançadas, acarretando eventuais plegias musculares e parestesias (ARAÚJO *et al.*, 2014).

O Ministério da Saúde publicou a portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010, para normatizar e padronizar os critérios sobre possíveis incapacidades decorrentes da hanseníase, o Programa Nacional de Controle da Hanseníase:

Avaliação do grau de incapacidade e da função neural é imprescindível avaliar a integridade da função neural e o grau de incapacidade física no momento do diagnóstico do caso de hanseníase e do estado reacional. Para determinar o grau de incapacidade física deve-se realizar o teste da sensibilidade dos olhos, das mãos e dos pés. É recomendada a utilização do 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 e do fio dental (sem sabor) para os olhos. Nas situações em que não houver a disponibilidade de estesiômetro ou monofilamento lilás, deve-se fazer o teste de sensibilidade de mãos e pés com a ponta da caneta esferográfica. Considera-se grau um de incapacidade a ausência de resposta ao monofilamento igual ou mais pesado que o de 2 g (cor violeta), ou não resposta ao toque da caneta (BRASIL, 2010).

Ainda de acordo com a portaria, para avaliação da força motora, preconiza-se o teste manual da exploração da força muscular, a partir da unidade músculo-tendinosa durante o movimento e da capacidade de oposição à força da gravidade e à resistência manual, em cada grupo muscular referente a um nervo específico.

As incapacidades poderão surgir devido aos comprometimentos neurogênicos e inflamatórios (VIEIRA; SILVA, 2001). Ainda segundo as autoras, nos processos inflamatórios identificam-se a uveíte, orquite e outras e os comprometimentos neurogênicos, ainda segundo as autoras, as neuroplasias mistas, comprometem:

Fibras nervosas sensitivas, podendo ocasionar diminuição ou perda da sensibilidade térmica, dolorosa e tátil, levando à anestesia; fibras motoras, causando diminuição ou perda da força muscular; fibras autonômicas, levando à diminuição ou perda da sudorese e lubrificação da pele (VIEIRA; SILVA, 2001. p. 14-15).

Todas as incapacidades possíveis de decorrerem da hanseníase são agravadas em casos ocorridos na população da terceira idade. Os processos naturais do envelhecimento acarretam o desgaste natural do organismo, potencializando os danos de qualquer doença. Esses fatores associados com a

presença da hanseníase coloca uma situação de alerta sobre a prevalência da hanseníase na população idosa.

O Programa Nacional de Controle da Hanseníase do Ministério da Saúde preconiza que o modelo de atenção à doença – baseado no diagnóstico precoce, tratamento oportuno, prevenção e tratamento das incapacidades físicas e vigilância dos contatos – seja executado em toda a rede de atenção primária à saúde (APS), com o suporte da atenção secundária e terciária, para reduzir os níveis endêmicos da doença e garantir a qualidade da assistência (BRASIL, 2010).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017):

A Atenção Básica considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde - a qual constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde - além disso, visa o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (BRASIL, 2017).

O reconhecimento de incapacidades é complexo porque afeta além do corpo físico, o convívio familiar e social (BRASIL, 2015). Diante dessa realidade que permeia a hanseníase, percebe-se a importância da educação em saúde na prevenção de incapacidades relacionadas ao autocuidado em hanseníase (PINHEIRO *et al.*, 2014).

As atividades de prevenção e tratamento de incapacidades físicas devem fazer parte do tratamento da hanseníase e todo profissional de saúde deve estar atento para diagnosticar e tratar precocemente qualquer indício de lesão neural a fim de evitar lesões futuras, assim como incentivar o autocuidado por parte dos pacientes (RODINI *et al.*, 2010). Os programas de prevenção de incapacidade em hanseníase têm como objetivo evitar as possíveis deformidades e incapacidades, visando interromper a propagação das perdas funcionais (OWEN; STRATFORD, 1994). Priorizar a educação em saúde e prevenção de incapacidades, por meio de técnicas simples de tratamento, como massagem, exercícios, férulas digitais com gesso, confecção de calçados e sandálias e estímulo à autoestima do doente foram sugeridas pelo Dr. Paul Brand (ARVELLO, 1997).

No Brasil, as orientações oficiais para a prevenção das incapacidades físicas por hanseníase tiveram início na década de 1962, com a divulgação do decreto

intitulado “Normas Técnicas Especiais para o Combate à Lepra no País” (BRASIL, 1962). Os profissionais da equipe de saúde detêm atualmente subsídios teóricos para uma abordagem avaliativa e de tratamento físico específico (BRASIL, 2009), mas os pacientes recebem apenas instruções verbais (RODINI *et al.*, 2010).

A Prevenção de Incapacidades tem como objetivo a manutenção ou melhora da sua condição física, sócio econômica, espiritual e emocional, tanto durante o diagnóstico, tratamento, quanto após a alta (VIEIRA; SILVA, 2001). As ações de Prevenção de Incapacidades englobam: educação em saúde; diagnóstico precoce da doença, tratamento regular com poliquimioterapia (PQT) e aplicação de BCG-id nos contatos; detecção precoce e tratamento adequado das reações e neurites; apoio à manutenção da condição emocional e integração social (família, estudo, trabalho, grupos sociais) e realização de autocuidado (BRASIL, 1999).

O modelo conceitual do autocuidado, de Dorothea Orem, se ajusta aos propósitos da educação em saúde, baseando-se na premissa de que os pacientes podem cuidar de si próprios e as capacidades para tal são as habilidades que são desenvolvidas ao longo da vida das pessoas, especialmente quando existe um problema de saúde (COSTA; CASTRO; ACIOLI, 2013). A teoria de orem é baseada no raciocínio de que as pessoas podem cuidar de si, mas, quando não conseguem se auto cuidar, o enfermeiro oferece ajuda (COSTA *et al.*, 2014).

No território da Estratégia Saúde da Família-ESF, a enfermagem faz parte de um processo coletivo de trabalho, atuando diretamente nas ações de controle da hanseníase seja individualmente com o portador, sua família ou comunidade (FREITAS *et al.*, 2008). Os profissionais de enfermagem possuem um papel muito importante nas ações de controle da hanseníase, como a prevenção da hanseníase na busca e diagnóstico dos casos, tratamento e seguimento dos portadores, prevenção e tratamento de incapacidades, gerência das atividades de controle, entre outras (PEDRAZZANI, 1995).

No âmbito do gerenciamento do cuidado de enfermagem, Viana, Aguiar e Aquino (2016), apontam:

São capazes de guiar o processo de tomada de decisão e ação, considerando, por exemplo: a organização do ambiente físico; cuidados específicos ao paciente com hanseníase; a observação da tolerância à toxicidade provocada pelo tratamento poliquimioterápico, a evolução da doença; bem como atenção à família, etc. (VIANA; AGUIAR; AQUINO, 2016).



O Guia Prático sobre a Hanseníase (BRASIL, 2018) apresenta sugestões de como o profissional da saúde que realiza o primeiro contato com o paciente poderia abordar e se portar diante do diagnóstico:

Mostre-se interessado no problema do paciente; faça um primeiro contato cordial, dê bom dia e toque no paciente; elimine qualquer possibilidade de sentimento de preconceito seu ou do paciente em relação à doença; explique sobre a doença e os motivos pelos quais você está considerando o diagnóstico de hanseníase. Enfatize que a doença tem cura, que o tratamento é gratuito pelo SUS, alertando sobre a importância da adesão ao tratamento para evitar a resistência e a falência, e informe-o sobre a transmissão e sobre as reações medicamentosas mais comuns. Esclareça que todos os focos da doença devem ser eliminados e que o bacilo também pode estar presente em seus familiares (com ou sem sintomas), e que, por isso, todos devem ser examinados e acompanhados por pelo menos 5 anos. Informe ao paciente que ele será atendido gratuitamente uma vez ao mês durante todo o tratamento, e que, em caso de qualquer complicação ou dúvida relacionada à doença ou ao tratamento, terá pronto atendimento na unidade de saúde. Dessa forma, o paciente adquirirá confiança em você e irá aderir ao tratamento regular, diminuindo o risco de abandono (BRASIL, 2018. p. 18).

No começo de 2005, a eliminação da hanseníase havia sido alcançada em todos os países exceto nove: Angola, Brasil, Índia, Madagascar, Moçambique, Nepal, República Centro-Africana, República Democrática do Congo e Tanzânia (OMS, 2005). Ribeiro, Silva e Oliveira (2018) apontam que o Brasil não alcançou a meta mundial, entretanto se comprometeu a empenhar-se no controle da doença usando o impacto político da campanha global pela eliminação com prazo estendido para 2010, o qual não foi alcançado novamente e o prazo foi estendido para 2020.

Silva *et al.* (2018) expõem que é importante entender a situação da população idosa com hanseníase em termos de dados sociodemográficos e que se deve realizar intervenções para apoiar a recuperação da hanseníase, tendo em vista as sérias consequências se não for tratada precocemente.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo transversal, tendo abordagem quantitativa. Estudos transversais são definidos como um tipo de pesquisas observacionais que analisam dados coletados ao longo de determinado tempo, utilizando uma população amostral, ou um subconjunto predefinido. Já a pesquisa de ordem quantitativa utiliza diferentes técnicas estatísticas para quantificar opiniões e informações que podem ser utilizadas para mensuração de experiências humanas (GIL, 2017).

### **4.2 População e amostra**

A população foi composta por idosos acometidos pela hanseníase residentes na cidade de Picos – PI, com diagnóstico de hanseníase. Essas pessoas foram identificadas por meio dos registros no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) ou nos prontuários dos mesmos arquivados no período de 2014 a 2017. De acordo com dados de um centro de referência de hanseníase de Picos, no período de 2014 a 2017, havia o registro de 41 idosos que realizaram tratamento para hanseníase em Picos. Assim, a amostra deste estudo abrangeu todos os 60 idosos referidos, de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

- Ter o diagnóstico de Hanseníase notificado no período de 2014 a 2017.
- Residir na zona urbana da cidade de Picos-PI.
- Realizar o tratamento da hanseníase nos últimos cinco anos.

Foram excluídos do estudo os idosos que não foram localizados no período da coleta de dados.

### **4.3 Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada em três momentos distintos por integrantes do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GPeSC) da UFPI. O primeiro foi realizado por meio de consulta aos registros no SINAN em um centro de referência do município de Picos, no período de setembro a novembro de 2018.

No segundo momento, que aconteceu no período de abril a julho de 2019, o pesquisador convidou idosos na unidade de saúde onde realizam/realizaram o tratamento, explicando a eles do que se trata a pesquisa para coletar a assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido) – (APÊNDICE B). Com o

termo assinado e os participantes esclarecidos, foi realizado o terceiro momento da coleta de dados. Em seguida foi marcada uma data com o idoso na unidade de saúde da família para a aplicação da escala de avaliação da incapacidade funcional WHODAS 2.0. (ANEXO A).

#### **4.4 Variáveis do estudo**

A escala WHODAS (WHODAS 2.0) (ANEXO A) avalia o grau de incapacidade percebida pelo paciente associada à condição de saúde nos 30 dias que antecedem sua aplicação. Esse instrumento está dividido em seis domínios: cognição, mobilidade, autocuidado, relações interpessoais, atividade da vida diária e participação social. Permite a caracterização da percepção que o indivíduo tem de sua própria incapacidade (OMS, 2015). A mesma escala é um instrumento utilizado em muitas pesquisas de cunho investigativo.

Para todas as versões do WHODAS 2.0, respondentes devem responder as perguntas com os seguintes padrões de referência em mente:

- Padrão de referência 1 – grau de dificuldade
- Padrão de referência 2 – decorrente de condições de saúde
- Padrão de referência 3 – nos últimos 30 dias
- Padrão de referência 4 – tomando como média os dias bons e ruins
- Padrão de referência 5 – como o respondente usualmente faz a atividade
- Padrão de referência 6 – itens não experimentados nos últimos 30 dias não são pontuados.

Os entrevistadores devem alertar os respondentes sobre esses padrões de referência, quando necessário. Os padrões de referência são explicados com mais detalhes abaixo.

- Padrão de referência 1 – grau de dificuldade

Durante a entrevista, os respondentes são perguntados sobre o grau de dificuldade que eles experimentam ao fazer diferentes atividades. Para o WHODAS 2.0, ter dificuldade com uma atividade significa: aumento do esforço, desconforto ou dor, lentidão alterações na forma com que a pessoa realiza a atividade.

- Padrão de referência 2 – decorrente de condições de saúde

Os respondentes são perguntados sobre dificuldades decorrentes de quaisquer condições de saúde, como:

- Doenças;
- Enfermidades e outras condições de saúde;
- Lesões;
- Problemas mentais ou emocionais;
- Problemas com álcool;
- Problemas com drogas;

Os entrevistadores devem ficar à vontade para alertar os respondentes para pensar sobre dificuldades com atividades decorrentes de condições de saúde, ao invés de outras causas. Por exemplo, o item D3.1 do WHODAS 2.0 pergunta “quanta dificuldade você teve em lavar o seu corpo inteiro?”. As respostas possíveis são as seguintes:

Nenhuma Leve Moderada Grave Extrema ou não consegue fazer 1 2 3 4 5.  
Se um respondente tem dificuldade com tomar banho simplesmente porque está frio, o item seria pontuado “1” para nenhuma. No entanto, se o respondente não conseguiu tomar banho decorrente de artrite, o item seria pontuado “5” para extrema ou não consegue fazer.

- Padrão de referência 3 – nos últimos 30 dias

Habilidades de memória são mais acuradas para o período de um mês. Os últimos 30 dias foram, portanto, selecionados como período recordatório para o WHODAS 2.0.

- Padrão de referência 4 – tomando como média dias bons e ruins

Alguns respondentes experimentarão variabilidade no grau de dificuldade nos 30 dias. Nesses casos, os respondentes devem ser solicitados a dar uma pontuação que toma como média dias bons e dias ruins.

- Padrão de referência 5 – como o respondente usualmente faz a atividade

Os respondentes devem pontuar a dificuldade experimentada considerando como eles usualmente fazem a atividade. Se dispositivos assistivos ou assistência pessoal estão disponíveis usualmente, os respondentes devem ter isso em mente. Por exemplo, como mencionado acima, o item D3.1 pergunta “quanta dificuldade você teve em lavar o seu corpo inteiro?”, e respostas possíveis novamente variam de “nenhuma” a “extrema ou não consegue fazer”, ou “Não aplicável”.

Se o respondente com uma lesão medular tem um assistente pessoal que ajuda diariamente com o banho e, portanto, não experimenta dificuldade com lavar seu corpo inteiro por causa da ajuda disponível, o item seria pontuado “1” para

“nenhuma”. Entrevistadores que desejam avaliar o valor adicional de assistência pessoal ou técnica são aconselhados a fazer questão duas vezes (por exemplo, sem e com assistência pessoal ou técnica). No exemplo do respondente com uma lesão medular, o item seria pontuado “1” (para “nenhuma”) com ajuda, mas “5” (para “extrema ou não consegue fazer”) sem ajuda.

- Padrão de referência 6 – itens pontuados como não aplicáveis

#### 42 Avaliação de Saúde e Deficiência: WHODAS 2.0

O WHODAS 2.0 busca determinar o grau de dificuldade encontrado em atividades que uma pessoa realmente faz, ao invés de atividades que a pessoa gostaria de fazer ou pode fazer, mas não faz realmente. Os entrevistadores devem determinar se as respostas são aplicáveis. Por exemplo, o item D2.5 pergunta “quanta dificuldade você teve em andar por longas distâncias como por 1 quilômetro?”, e as respostas possíveis novamente variam de “nenhuma” a “extrema ou não consegue fazer” ou “Não aplicável”.

Se um respondente não pode caminhar um quilômetro porque ele ou ela tem uma fratura na perna, o item seria pontuado “5” para extrema ou não consegue fazer. No entanto, se um respondente não tentou caminhar um quilômetro simplesmente porque ele ou ela dirige para todos os lugares, então o item seria codificado “N/A” para não aplicável.

Outro exemplo é o item D3.4 que pergunta “quanta dificuldade você teve em ficar sozinho sem a ajuda de outras pessoas por alguns dias?”, e respostas possíveis novamente variam de “nenhuma” a “extrema ou não consegue fazer” ou “Não aplicável”. Se um respondente mora com a sua família e não tem estado sozinho por alguns dias nos últimos 30 dias o item seria codificado “N/A” para “Não aplicável”.

O método de pontuação se chama pontuação baseada na “teoria-item-resposta” leva em conta níveis múltiplos de dificuldade para cada item do WHODAS 2.0. Esse tipo de pontuação da escala permite análises mais refinadas que aproveitam todas as informações das categorias de resposta para a análise comparativa entre populações ou subpopulações. Esse método usa codificação para cada resposta de item como “nenhum (0-5)”, “leve (5-24)”, “moderada (25-49)”, “grave (50-95)” e “extrema (96-100)” separadamente e depois usa um computador para determinar o resumo da pontuação por atribuição de pesos separadamente para os itens e para os níveis de severidade. Basicamente, a pontuação tem três

etapas: na primeira etapa acontece à soma das pontuações de itens recodificadas dentro de cada domínio, na segunda etapa ocorre à soma de todas as pontuações dos seis domínios e na última etapa vai ocorrer à conversão do resumo de pontuação em uma métrica variando de 0 a 100 (onde 0 = nenhuma deficiência; 100=deficiência completa) (OMS, 2015).

Além da escala WHODAS também foi utilizado o instrumento de caracterização do perfil sociodemográfico e clínico dos participantes. (APÊNDICE A).

#### **4.4.1 Variáveis da escala WHODAS**

Entendendo a abrangência que a escala de WHODAS 2.0 traz para o estudo foi elegido duas dimensões a serem estudadas: mobilidade e autocuidado, tendo como objetivo identificar as condições de saúde do idoso nos referidos âmbitos.

#### **4.4.2 Variáveis sociodemográficas**

Os dados a respeito das condições sociodemográficas foram coletados através de um formulário de fácil compreensão, abordando as seguintes informações:

- Sexo: Masculino e Feminino;
- Idade: esta foi avaliada por faixa etária a partir de 60 anos ou mais;
- Cor (auto referida): Branca, parda, negra, amarela, outra;
- Estado civil: solteiro, casado, separado/ viúvo;
- Grau de escolaridade fundamental incompleto, fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, superior completo, superior incompleto, não sabe/ não quer responder;
- Renda familiar: Menos de um salário mínimo, de um a três salários mínimos, mais de três salários mínimos;
- Tempo de tratamento: 6 meses, 1 ano, mais de 1 ano.

#### **4.5 Análise de dados**

Os dados foram digitados no programa Microsoft Office Excel 2010 e analisados estatisticamente através do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) Versão 20.0. Para a análise estatística foi realizado o teste de normalidade da amostra o kolmogorov-smirnov, em seguida para a estatística descritiva com as

variáveis socioeconômicas e clínicas e a inferência estatística foram utilizados os testes de U *Mann-Whitney* que procura comparar a diferença entre dois grupos e o de Kruskal-wallis que compara a média de duas ou mais amostras independentes. Para todos os testes realizados foi considerado como diferença significativa  $p < 0,05$  com intervalo de confiança de 95%.

Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos contemplando os objetivos propostos.

#### **4.6 Aspectos éticos**

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí com o CAAE de número: 03922918.6.0000.8057 (ANEXO B) conforme a Resolução 466/2012 que trata de pesquisa com seres humanos (BRASIL,2012). Todos os participantes assinaram o TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido), que foi lido no momento da coleta dos dados.

O estudo representou riscos mínimos para os idosos como desconforto ou constrangimento no momento de responder ao questionário. Tais riscos foram minimizados utilizando-se de locais reservados para a realização da entrevista e esclarecendo os participantes sobre os objetivos e benefícios do estudo. Eles também foram esclarecidos que sua participação é voluntária e que podem fazer perguntas a qualquer momento e poderia desistir a qualquer momento da pesquisa.

Como benefícios da pesquisa, os resultados serão utilizados para a implementação de estratégias que visem identificar e tratar formas de incapacidade funcional leve ou grave em pacientes idosos acometidos pela hanseníase. Os dados desse estudo serão utilizados para fins científicos e a identidade dos participantes será preservada.

## 5 RESULTADOS

A amostra constituiu-se de (n=41) pessoas com hanseníase. Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos contemplando aos objetivos propostos.

Em relação ao perfil sociodemográfico dos participantes Tabela 1, predominou-se o sexo feminino 21 (51,2%), com faixa etária entre 60 e 74 anos, 36 (87,8%) e média de 66,5 com desvio padrão de 7,7. No que tange à etnia/cor, 19 (46,3%) autodenominaram-se brancos, e quanto à escolaridade, 29 (70,7%) eram analfabetos.

Relacionado ao estado conjugal, 19 (46,3%) referiu ser divorciado ou viúvo e 41 (100%) dos participantes residiam na zona urbana. No que toca a renda familiar, 32 (78%) possuíam renda de um salário mínimo, predominando-se a aposentadoria como fonte financeira 20 (48,8%).

**Tabela 1:** Distribuição numérica (n) e percentual (%) das variáveis sociodemográficas de pessoas com hanseníase (n=41). Picos, 2019

<b>Variáveis</b>		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Média</b>
<b>Sexo</b>	Masculino	20	48,8	M: 66,5 DP: 7,7
	Feminino	21	51,2	
<b>Faixa etária</b> (Mínimo: 60; Máximo: 90)	60-74 anos	36	87,8	
	75-84 anos	4	9,8	
	85 ou mais anos	1	2,4	
<b>Cor</b>	Branca	19	46,3	
	Parda	12	29,3	
	Preta	10	24,4	
<b>Escolaridade</b>	Analfabeto	29	70,7	
	Ensino fundamental incompleto	5	12,2	
	Ensino fundamental completo	2	4,9	
	Ensino médio incompleto	2	4,9	
	Ensino médio completo	2	4,9	
	Ensino superior incompleto	-	-	
	Ensino superior completo	1	2,4	
<b>Estado conjugal</b>	Solteiro/Nunca foi casado	7	17,1	
	Casado/Unido	15	36,6	



	Divorciado/Viúvo	19	46,3
<b>Reside</b>	Zona Urbana	41	100,0
	Zona Rural	-	-
<b>Profissão</b>	Aposentado	20	48,8
	Agricultor	7	17,1
	Outros	14	34,1
<b>Renda</b>	1 salário mínimo	32	78
	Menos que 1 salário mínimo	3	7,3
	Não possui renda/Não sabe	6	14,6

Fonte: Dados da pesquisa

Concernente as variáveis clínicas (tabela 2), 30 (73,2%) dos participantes possuía a classificação Multibacilar da hanseníase, com a forma clínica predominante Dimorfa, 18 (43,9%). Em relação ao tempo de tratamento, 26 (63,4%) dos participantes realizaram o tratamento para a doença durante um ano e 2 (4,9%) relataram ter abandonado o tratamento.

Quanto a avaliação do grau de incapacidade, 24 (58,5%) apresentaram grau 1. Quando indagados se possuíam outras morbidades, 33 (80,5%) responderam que sim, sendo a mais referida a hipertensão arterial, 23 (56%). Em relação à atividade física, 26 (56,5%) relatou não possuir tal prática.

**Tabela 2:** Distribuição numérica (n) e percentual (%) das variáveis clínicas de pessoas com hanseníase (n=41). Picos, 2019

<b>Variáveis</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Classificação da Hanseníase</b>	Multibacilar	30	73,2
	Paucibacilar	11	26,8
<b>Forma clínica da Hanseníase</b>	Indeterminada	4	9,8
	Tuberculóide	9	22,0
	Dimorfa	18	43,9
	Vichorwiana	10	24,4
<b>Tempo de tratamento</b>	6 meses	20	43,5
	1 ano	26	56,5
	Abandonou tratamento	2	4,9
<b>Teve reações do tratamento?</b>	Sim	20	48,8
	Não	21	51,2

<b>Grau de incapacidade</b>	Grau 0	17	41,5
	Grau 1	24	58,5
	Grau 2	-	-
<b>Possui morbidade?</b>	Sim	33	80,5
	Não	8	19,5
<b>Qual? *</b>	Hipertensão Arterial Sistêmica	23	56,0
	Diabetes <i>mellitus</i>	10	24,3
	Outros	17	41,4
<b>Tabagismo</b>	Sim	9	22,0
	Não	32	78,0
<b>Etilismo</b>	Sim	6	14,6
	Não	35	85,4
<b>Atividade Física</b>	Sim	19	46,3
	Não	22	53,7

Fonte: Dados da pesquisa

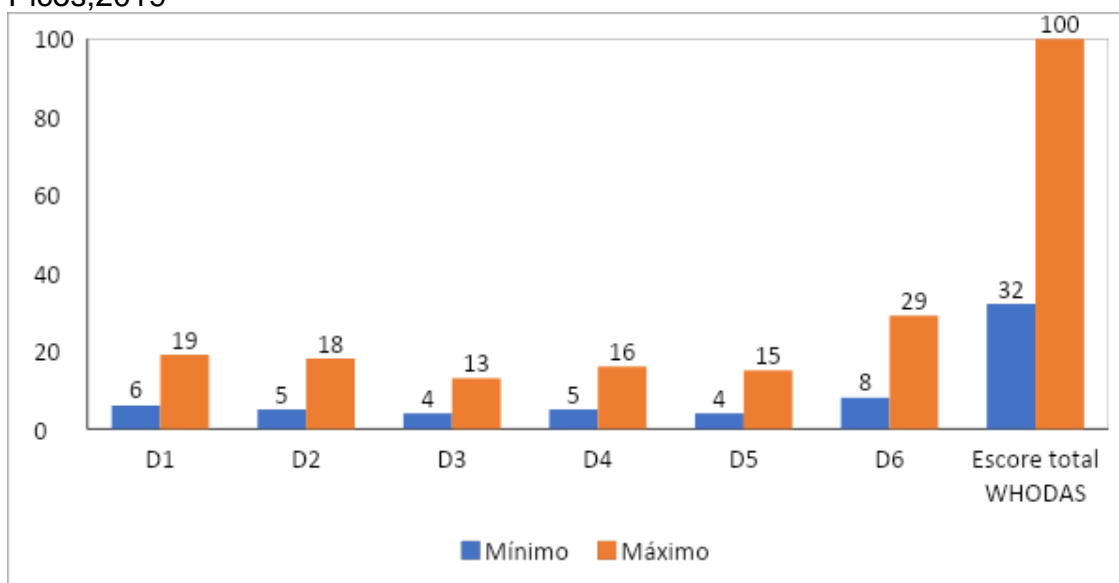
\*Respostas múltiplas

Reportando-se a avaliação da funcionalidade dos idosos com hanseníase, houve predomínio no grau de incapacidade grave, 23 (56%), seguido de incapacidade moderada, 17 (41,0%) e incapacidade extrema, com 1 (1,3%). Não houve pontuações nas classificações de incapacidade leve e nenhuma incapacidade para a realização das tarefas.

As pontuações mínima e máxima de cada domínio e o escore total do WHODAS, estão dispostos no gráfico 1. Os domínios de vida que obtiveram a menor pontuação foram o autocuidado (4) e as atividades domésticas (4), o que indica menor grau de dificuldade para tais atividades. Em contrapartida, a participação social foi o domínio que apresentou a maior pontuação (29), demonstrando que os participantes avaliados tem maior dificuldade em lidar com as atividades desenvolvidas na comunidade, trabalho, dentre outros.

Em relação ao escore total do instrumento, a média das pontuações foi de 56,4 com desvio padrão de 18,6, o valor mínimo foi de 32 e o máximo de 100.

**Gráfico 1:** Classificação da incapacidade de pessoas com hanseníase (n=41). Picos,2019



Legenda: D1: Cognição; D2: Mobilidade; D3: Autocuidado; D4: Relações interpessoais; D5: Atividades domésticas; D6: Participação social. Média: 56,4. DP: 18,6.

Prosseguindo a análise, foi realizada a inferência estatística entre cada pergunta do domínio mobilidade e autocuidado do instrumento WHODAS com o sexo e a forma clínica da doença. Para isso, as respostas foram dicotomizadas (Não apresenta nenhuma dificuldade e apresenta qualquer grau de dificuldade).

A seguir, na tabela 3, ao realizar-se a comparação entre o domínio mobilidade agrupada por sexo, observou-se que, entre o sexo masculino houve dificuldade em ficar em pé por longos períodos, e andar por longas distâncias, 14 (34,1%) respectivamente. Em contrapartida, a tarefa movimentar-se dentro de sua casa, e sair de sua casa foram as que obtiveram nenhum grau de dificuldade para ser realizadas, com 9 (22,0%) respectivamente.

Quanto ao sexo feminino, a tarefa que houve o maior índice de dificuldade foi andar por longas distâncias, 14 (34,1%). A que obteve nenhum nível de dificuldade para ser realizada foi movimentar-se dentro de sua casa, 15 (36,6%). No entanto, não houve associação estatística significativa entre as variáveis avaliadas.

**Tabela 3:** Associação entre o domínio mobilidade e a variável sexo (n=41). Picos, PI, 2019

Domínio mobilidade*		Masculino		Feminino		p-Valor <sup>1</sup>
		n	%	N	%	
P1	Nenhuma dificuldade	6	14,6	9	22,0	0,393
	Apresenta qualquer grau de dificuldade	14	34,1	12	29,3	
P2	Nenhuma dificuldade	7	17,1	10	24,4	0,412
	Apresenta qualquer grau de dificuldade	13	31,7	11	26,8	
P3	Nenhuma dificuldade	9	22,0	15	36,6	0,086
	Apresenta qualquer grau de dificuldade	11	26,8	6	14,6	
P4	Nenhuma dificuldade	9	22,0	11	26,8	0,636
	Apresenta qualquer grau de dificuldade	11	26,8	10	24,4	
P5	Nenhuma dificuldade	6	14,6	7	17,1	0,819
	Apresenta qualquer grau de dificuldade	14	34,1	14	34,1	

Fonte: Dados da pesquisa

<sup>1</sup>Teste Qui-quadrado de Pearson

\*Legenda: P1: Ficar em pé por longos períodos como 30 minutos; P2: Levantar-se a partir da posição sentada; P3: Movimentar-se dentro da sua casa; P4: Sair da sua casa; P5: Andar por longas distâncias como por um quilômetro.

Na tabela 4, associou-se o domínio mobilidade com a forma clínica da hanseníase. Notou-se que o grupo que apresentou a forma clínica Dimorfa não obteve dificuldade em movimentar-se dentro de sua casa, 10 (24,4%), contudo, destaca-se que o mesmo grupo foi o que mais relatou dificuldade em ficar em pé por longos períodos, 12 (29,3%) e andar por longas distâncias 12 (29,3%). Não houve diferença significativa entre os grupos.

**Tabela 4:** Associação entre o domínio mobilidade e forma clínica da hanseníase (n=41). Picos, PI, 2019

Domínio* mobilidade		Indeterminada		Tuberculóide		Dimorfa		Virchowiana		p-Valor
		n	%	n	%	n	%	n	%	
P1	Nenhuma dificuldade	1	2,4	5	12,	6	14,	3	7,3	0,594 <sup>a</sup>
		3	7,3	4	2	12	6	7		

	Apresenta qualquer grau de dificuldade				9,8		29,3		17,1	
<b>P2</b>	Nenhuma dificuldade	1	2,4	4	9,8	8	19,4	4	9,8	0,90
	Apresenta qualquer grau de dificuldade	3	7,3	5	12,2	10	24,4	6	14,6	7 <sup>a</sup>
<b>P3</b>	Nenhuma dificuldade	2	4,9	6	14,6	10	24,4	6	14,6	0,93
	Apresenta qualquer grau de dificuldade	2	4,9	3	7,3	8	19,5	4	9,8	2 <sup>a</sup>
<b>P4</b>	Nenhuma dificuldade	2	4,9	4	9,8	7	17,7	7	17,7	0,44
	Apresenta qualquer grau de dificuldade	2	4,9	5	12,2	11	26,8	3	7,3	7 <sup>b</sup>
<b>P5</b>	Nenhuma dificuldade	1	2,4	4	9,8	6	14,6	2	4,9	0,70
	Apresenta qualquer grau de dificuldade	3	7,3	5	12,2	12	29,3	8	19,5	3 <sup>a</sup>

Fonte: Dados da pesquisa

<sup>a</sup>Teste Qui-quadrado de Pearson <sup>b</sup>Teste Exato de Fisher

\*Legenda: P1: Ficar em pé por longos períodos como 30 minutos; P2: Levantar-se a partir da posição sentada; P3: Movimentar-se dentro da sua casa; P4: Sair da sua casa; P5: Andar por longas distâncias como por um quilômetro.

Em relação ao autocuidado segundo o sexo, quanto à realização da tarefa de se alimentar, ambos referiram nenhuma dificuldade, 14 (34,1%) para os homens e 18 (43,9%) para mulheres. Quando indagados sobre ficar sozinho em casa sem a ajuda de outra pessoa, 12 (29,3%) dos homens referiu algum nível de dificuldade. Houve diferença significativa entre as distribuições, o teste demonstrou que o sexo masculino sente maior dificuldade em ficar sozinho em casa sem ajuda de outras pessoas (p- 0,019) (Tabela 5).

**Tabela 5:** Associação entre o domínio autocuidado e a variável sexo (n=41). Picos, PI, 2019

Domínio autocuidado*		Masculino		Feminino		p-Valor <sup>1</sup>
		n	%	N	%	
P1	Nenhuma dificuldade	12	29,3	16	39,0	0,265
	Apresenta qualquer grau de dificuldade	8	19,5	5	12,2	
P2	Nenhuma dificuldade	10	24,4	16	39,0	0,082
	Apresenta qualquer grau de dificuldade	10	24,4	5	12,2	
P3	Nenhuma dificuldade	14	34,1	18	43,9	0,224
	Apresenta qualquer grau de dificuldade	6	14,6	3	7,3	
P4	Nenhuma dificuldade	8	19,5	16	39,0	<b>0,019</b>
	Apresenta qualquer grau de dificuldade	12	29,3	5	12,2	

Fonte: Dados da pesquisa

<sup>1</sup>Teste Qui-quadrado de Pearson

\*Legenda: P1: Lavar seu corpo inteiro; P2: Vestir-se; P3: Comer; P4: Ficar sozinho sem a ajuda de outras pessoas por alguns dias.

Relativo ao domínio autocuidado e a forma clínica da doença (Tabela 6), predominou-se na categoria dificuldade para comer o grupo com a classificação Dimorfa, com nenhuma dificuldade, 12 (29,3%), todavia, os maiores índices foram obtidos pelo mesmo grupo na categoria vestir-se e ficar sozinho sem ajuda de outras pessoas, com 8 (19,5%) respectivamente. Não houve associação estatística significativa entre as comparações.

**Tabela 6:** Associação entre o domínio autocuidado e forma clínica da hanseníase (n=41). Picos, PI, 2019

Domínio* autocuidado		Indeterminada		Tuberculóide		Dimorfa		Virchowiana		p-valor <sup>1</sup>
		n	%	n	%	n	%	n	%	
P1	Nenhuma dificuldade	4	9,8	7	17,	11	26,	6	14,	0,395
	Apresenta qualquer grau de dificuldade	-	-	2	4,9	7	17,	4	9,8	
						1	(Continua)			

<b>P2</b>	Nenhuma dificuldade	3	7,3	7	17,	10	24,	6	14,	0,668
	Apresenta qualquer grau de dificuldade	1	2,4	2	1	8	4	4	6	
<b>P3</b>	Nenhuma dificuldade	4	9,8	8	19,	12	29,	8	19,	0,547
	Apresenta qualquer grau de dificuldade	-	-	1	5	6	3	2	5	
<b>P4</b>	Nenhuma dificuldade	2	4,9	7	17,	10	24,	5	12,	0,602
	Apresenta qualquer grau de dificuldade	2	4,9	2	1	8	4	5	2	

Fonte: Dados da pesquisa

<sup>1</sup>Teste Qui-quadrado de Pearson

\*Legenda: P1: Lavar seu corpo inteiro; P2: Vestir-se; P3: Comer; P4: Ficar sozinho sem a ajuda de outras pessoas por alguns dias.

## 6 DISCUSSÃO

No tocante a caracterização por gênero e faixa etária, os resultados apresentados neste estudo divergem dos achados da pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, no período de 2012 a 2016, e divulgado através do Boletim Epidemiológico de Hanseníase de 2018, onde se observou que o maior coeficiente de detecção da doença aponta para o gênero masculino, e que se apresenta dessa forma em relação a todas as faixas etárias. Bem como no perfil epidemiológico da população analisada por Viana *et al.* (2016), onde demonstrou que 58,3% dos idosos hansenianos também eram homens. Ao se observar a faixa etária, há consenso na literatura de que o predomínio da hanseníase se encontra na população com idade entre 50 e 70 anos, destes, a ocupação prevalente são aposentados (VELÔSO *et al.*, 2018).

Em levantamento realizado em todos os estados brasileiros pelo Ministério da Saúde entre 2012 e 2016, a prevalência de novos casos é maior entre idosos que nas outras faixas etárias. A faixa etária que apresentou o maior número de casos diagnosticados foi de 60-64 anos com 2.641(33.7%) casos, seguidas pelas faixas etárias de 70- 79 anos com 2.449(31.2%) casos, 65-69 anos 1.962(25.0%) e 80 e mais com 781(10.0%) casos (BRASIL, 2018). Nesta mesma análise, percebeu-se que na população masculina de 60 anos ou mais a taxa média de detecção foi

aproximadamente oito vezes maior que na população menor de 15 anos (BRASIL, 2018).

Dessa maneira, Silva *et al.* (2018) apontam que o estudo da hanseníase em idosos é pertinente, já que esse grupo tende a experimentar quadros mais complexos da doença. De acordo com Nobre *et al.* (2017), através de estudo epidemiológico realizado no Brasil entre 2001 e 2013, dos 541,090 (99,5%) indivíduos, 54,8% reportados eram homens e 17,5% tinham 60 ou mais anos de idade.

Ao avaliar a etnia/cor, observa-se uma maior proporção de casos de hanseníase na população indígena e negra, respectivamente (BRASIL, 2018). Sarmiento *et al.* (2015) relatam o predomínio da doença na população da cor parda, o que retrataria da reprodução do processo histórico de colonização e miscigenação ocorrido no Brasil.

A baixa escolaridade é um dos fatores contribuintes para o desenvolvimento da doença, principalmente por estabelecer múltiplas relações com outras vulnerabilidades sociais, como a dificuldade ao acesso aos serviços de saúde. Esse fator de risco tem estreita relação com a pobreza, que se caracteriza como sendo um dos mais importantes determinantes sociais para a ocorrência da hanseníase (SOUZA *et al.*, 2017). Desse modo, o nível de escolaridade da maior parte da população hanseniana é analfabeto ou com ensino fundamental incompleto, seguido pelo grupo de ensino fundamental completo e ensino médio incompleto (BRASIL, 2018). Moreira *et al.* (2014) evidenciam em seus estudos a importância de se utilizar ações educativas sobre a hanseníase como forma de propagar conhecimento à população. Muitas informações sobre a doença são desconhecidas pela comunidade, o que acaba por favorecer a transmissibilidade e/ou o agravamento da patologia. Vale ressaltar também que uma das causas de evasão terapêutica é justamente a falta de informação/conhecimento acerca da doença.

Os resultados referentes ao estado conjugal obtido aqui, divergem dos encontrados por

Ribeiro e colaboradores (2018) corroboram com os resultados desse estudo ao evidenciar que as regiões mais endêmicas de hanseníase são as habitadas por populações de baixo poder socioeconômico. Sendo tais disparidades observadas, inclusive, entre diferentes populações de um mesmo estado ou cidade,



expressando a complexidade da interação entre determinantes de saúde como desigualdades de renda, alimentação, moradia, saneamento, educação e, também, dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

A análise da distribuição espacial da doença demonstra que a hanseníase não ocorre de forma homogênea, com maior número de casos diagnósticos na zona urbana, o que pode ser observado também nas pesquisas desenvolvidas por De Jesus *et al.* (2019), onde foi evidenciado que 71% dos casos concentram-se na zona urbana. De Cássia Ribeiro *et al.* (2018), reafirma o achado científico relatando que de 92 pessoas diagnosticadas e que participaram de sua pesquisa, 83 residiam na zona urbana. O que favorece o referenciamento desses casos para um serviço de saúde especializado.

As pessoas mais vulneráveis a desenvolverem hanseníase e outras doenças associadas são as que vivem nas regiões mais pobres, com baixa renda e saneamento básico precário ou inexistente. Por isso possuem altas taxas de morbimortalidade por doenças crônicas (FARIA; CALÁBRIA, 2018).

Há consenso na literatura de que a forma predominante da doença é a multibacilar. Albuquerque *et al.* (2018), Queiroz *et al.* (2015), Holanda *et al.* (2018) e Faria e Calábria (2018) solidificam os resultados desta pesquisa ao evidenciar a análise de seus dados e demonstrarem que entre as classificações da hanseníase apresentadas pela amostra populacional em seus estudos, a forma multibacilar, ou seja, a forma mais avançada da doença, é a mais prevalente entre os casos diagnosticados.

No presente estudo a forma clínica da hanseníase que foi mais notificada é a Dimorfa (43,9%), seguida das formas wirchowiana (24,4%) e Tuberculoide (22%), de forma respectiva. Palú e Cetolin (2015) encontraram resultados diferentes, com a forma wirchowiana sendo a mais prevalente (46,51%), seguida das formas Dimorfa (21,71%) e Tuberculoide (13,18%). Já Mendonça (2018), corrobora com a presente pesquisa ao relatar que a maior parte dos casos são de forma Dimorfa (53,20%), seguida das formas Tuberculoide (15,25%) e wirchowiana (14,12%).

Em acordo com a pesquisa realizada por Nogueira *et al.* (2017), a hipertensão arterial sistêmica e o *Diabetes mellitus*, seguida pela catarata são, respectivamente, as comorbidades mais expressadas pela população hanseniana que apresentam algum tipo de morbidade associada a doença.

As incapacidades geradas a partir da doença refletem em dores e incômodos na realização de atividades físicas específicas e ações corriqueiras como trabalhar. Para Silva, Silveira e Morgado (2016) e La Rocque (2014) a prática de exercícios físicos é altamente recomendada no autocuidado e deve ser feita de forma direcionada para as partes afetadas e específica para cada grau de força muscular. Em estudo realizado por Nunes, Oliveira e Vieira (2011), pessoas acometidas com hanseníase, principalmente mulheres, relataram que a doença lhes causa moderadas dores por todo o corpo, pondo em risco a harmonia de sua vida, o que os impede de trabalhar e realizar tarefas diárias, limitando assim às suas atividades, acarretando no isolamento, diminuição de afazeres sociais.

O grau de incapacidade apresentado como resultado dessa pesquisa tem como predominante o grau I. Assim como Ramos (2010) relatou que 23,3% dos casos registrados anualmente apresentam grau de incapacidades I e II. De acordo com Corrêa *et al.*, (2014), o grau II de incapacidade se apresenta de forma predominante, do qual o paciente perde boa parte de suas funções. Sendo as sequelas mais frequentes as alterações sensitivas e deformidades. Por outro lado, Holanda *et al.* (2017) e Nogueira (2017), observaram em suas pesquisas que a maioria dos casos apresentam grau 0, seguido por grau II. Em trabalhos realizados por Paiva (2011) e Castro *et al.* (2009) quanto as incapacidades físicas, casos com grau 1 de incapacidade apresentaram um alto comprometimento da qualidade de vida em função da pele, resultados que diferem do estudo em questão.

Os resultados obtidos pelo presente estudo acerca das dificuldades em executar ações básicas diárias, como vestir-se e comer corroboram os resultados de Gonçalves *et al.* (2018), onde pacientes não relatam ter dificuldades.

Em síntese, os resultados obtidos fornecem informações que podem auxiliar no enfrentamento de dificuldades focais, pois trazem dados claros e precisos sobre as variáveis específicas da população hanseniana do município de Picos. Estes poderão também, ser utilizados para a idealização e desenvolvimento de programas educativos/assistenciais de controle da hanseníase, visando direcionar intervenções para as populações de maior risco.

Com base nos dados relacionados a respeito do domínio de mobilidade dos idosos participantes da pesquisa, que são discutidos, pode-se observar que os homens apresentam maior dificuldade em relação às mulheres nas situações ficar em pé por longos períodos e levantar-se a partir da posição sentada as mulheres

apresentam mais dificuldades quando comparados aos homens, e nas situações sair de sua casa e andar por longas distancias houve um empate no grau de dificuldades.

O estudo apresenta dados estimados em relação à mobilidade e forma clínica da doença, nota-se que a forma Dimorfa apresentou maior prevalência dentro dos casos, caracterizada como multibacilar, onde o tratamento dura 1 ano. Dados apresentam que na forma Dimorfa a amostra não apresentou dificuldades em movimentar-se dentro de casa, ao mesmo tempo em que as formas Tuberculoide, Virchoviana e indeterminada apresentam características relacionadas à dificuldade dentro do mesmo parâmetro.

De forma contínua as seguintes situações também apresentaram o mesmo resultado diante do exposto. Devido a não adesão ao tratamento ou ao desconhecimento da doença e o estigma prevalente na sociedade, que contribui de forma negativa para o tratamento da doença.

A forma Dimorfa apresentou mais dificuldade nas questões apresentadas, ao passo que as formas indeterminada, Tuberculoide e Virchoviana obtiveram menor dificuldade para a realização das atividades questionadas nas referentes perguntas.

Os resultados relacionados a variante sexo e domínio autocuidado, obtiveram resultados igualitários para ambos os sexos, os sexos feminino e masculino não apresentaram nenhuma dificuldade nas perguntas lavar seu corpo inteiro, comer e vestir-se, ao passo que o sexo masculino apresentou maior dificuldade do que o sexo feminino para ficar em casa sem ajuda de outras pessoas. O estudo ainda

trabalha com a variante forma clínica dentro do domínio autocuidado, ao mesmo modo da tabela 4 a forma Dimorfa apresentou maior dificuldade nas atividades mencionadas ao passo que as formas indeterminada, Tuberculoide e

Virchoviana não apresentaram dificuldades significativas. No entanto forma Dimorfa não apresentou nenhuma dificuldade na realização da atividade comer.

Desse modo percebe-se que idosos que possuem Hanseníase tem sua condição de saúde mais fragilizada levando em conta idosos que não possuem a doença, por se tratar de uma doença onde o estigma prevalece dentro da sociedade, o idoso por vezes se nega a realizar o tratamento por medo da descoberta da sociedade sobre a sua patologia, e por consequência ao não

tratamento a doença progride podendo causar incapacidades que dificultam a suas vidas.

## 6 CONCLUSÃO

No Piauí e no município de Picos a hanseníase continua sendo caracterizada como um grande problema de saúde pública, acometendo principalmente a população idosa, o que justifica a necessidade de se analisar os aspectos epidemiológicos e as variáveis específicas dos idosos acometidos por essa doença. Com base nisso, o presente estudo conseguiu realizar uma análise crítica dos dados obtidos que retratam o perfil sociodemográfico, bem como sua associação com as condições clínicas, aspectos socioeconômicos, através do presente estudo foi possível entender as variantes como sexo e forma clínica da doença em idosos, e o impacto que a doença traz para a sua condição de saúde, e ainda o perfil de funcionalidade da população em questão, contribuindo como embasamento teórico para que a equipe de enfermagem possa prestar uma assistência integral a esses indivíduos.

A condição de saúde do idoso está claramente atrelada às suas patologias, no entanto para um idoso que tem hanseníase além dos agravos da doença ainda existem estigmas dentro da sociedade que dificultam o tratamento adequado e a prevenção de incapacidades, fortalecendo uma condição de saúde debilitada e que ocasionalmente traz consigo uma má qualidade de vida.

As incapacidades causadas pela doença são ínfimas em relação ao estigma social, reflexo da desinformação e preconceito. Estudos acerca das estratégias de informação da população sobre a hanseníase se fazem cada vez mais importantes, diante da exclusão dos hansenianos, principalmente os idosos.

Contudo, espera-se que este estudo possa estimular mais discussões acerca de estratégias para alcançar novas pesquisas, e contribua para a realização de pesquisas em âmbito regional, e até estadual.

Durante o estudo foi possível perceber a importância de se conhecer ainda mais questões relacionadas ao cuidado que deve existir em idosos que sofrem com a Hanseníase, durante o período de estudo as principais dificuldades foram encontrar idosos que falassem de suas experiências com a doença e o tratamento, bom como a percepção do medo que o público sentia em ser rejeitado por causa da patologia, foi de grande importância e valia para a construção de um olhar mais humanizado frente a pessoas já fragilizadas pelo processo de envelhecer assim como a construção de profissionais que melhor atendam a toda sociedade.

## REFERÊNCIAS

- AVELINO, A. P. *et al.* Perfil epidemiológico da hanseníase no período de 2009 a 2013 no município de Montes Claros (MG). **Revistada Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 13, n. 3, p. 180-184, 2015.
- BARBOSA, D. R. M., *et al.* Perfil epidemiológico da hanseníase em cidade hiperendêmica do maranhão, 2005-2012. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v.8, n.1, p. 1-13, 2014.
- BASSO, M. E. M.; SILVA, R. L. F. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes acometidos pela hanseníase atendidos em uma unidade de referência. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v.15, n.1, p.27-32, 2017.
- BELDARRAÍN, E. Historical Overview of Leprosy Control in Cuba. **Rev. Med.**, v.19, n.1, January, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Hanseníase. **Boletim epidemiológico: hanseníase**, 2018.
- CORRÊA, B. J. *et al.* Associação entre sintomas depressivos, trabalho e grau de incapacidade na hanseníase. **Acta Fisiatr.**, v. 21, n. 1, p. 1-5, 2014.
- DE CÁSSIA RIBEIRO, G.; FERNANDES, D. R. F.; MAGELA, R. M. Hanseníase: incapacidades físicas e distribuição espacial em um município do Vale do Jequitinhonha/Minas Gerais. **HU Revista**, v. 44, n. 3, p. 289-294, 2018.
- DE JESUS, M. S. *et al.* Características epidemiológicas e análise espacial dos casos de hanseníase em um município endêmico. **Rev Rene**. v. 20, p. e41257, 2019.
- DE SOUZA, C. D. F. *et al.* Grau de incapacidade física na população idosa afetada pela hanseníase no estado da Bahia, Brasil. **Revista Acta Fisiátrica**, v. 24, n. 1, p. 27-32, 2017.
- FARIA, L.; CALÁBRIA, L. K. Aspectos históricos e epidemiológicos da hanseníase em Minas Gerais. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, v. 6, n. 3, 2018.
- FREITAS, B. H. B. M., CORTELA, D. C. B., FERREIRA, S. M. B. Tendência da hanseníase em menores de 15 anos em Mato Grosso (Brasil), 2001-2013. **Rev. Saúde Pública**, Mato Grosso, v.51, n.28, 2017.
- GENOVEZ, P. F.; PEREIRA, F. R. O “drama” da hanseníase: Governador Valadares, as políticas públicas de saúde e suas implicações territoriais na década de 1980. **Hist. Ciênc., Saúde**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.379-396, abr./jun., 2016.
- GIL, A. C. *et al.* **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo, v 6º, 2017.
- GONCALVES, M. *et al.* Trabalho e hanseníase: as mulheres em suas dores, lutas e labutas. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71. p. 660-667, 2018.

HOLANDA, R. L. *et al.* PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE ARACATI-CE. **Revista Expressão Católica Saúde**, v. 2, n. 1, p. 49-57, 2018.

LA ROCQUE, S. **Qualidade de vida de pacientes com hanseníase e a influência da atividade física na dor neuropática**. Repositório UFPA (internet). 2014.

MENDONÇA, C. A. S. **Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase no estado do Maranhão de 2006 a 2015**. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 2018.

MOREIRA, A. J. *et al.* Ação educativa sobre hanseníase na população usuária das unidades básicas de saúde de Uberaba-MG. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 234-243, 2014.

NOGUEIRA, P. S. F. *et al.* Fatores associados à capacidade funcional de idosos com Hanseníase. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo. v. 70, n. 4, p. 744-751, 2017.

NUNES, J. M.; OLIVEIRA, E. N.; VIEIRA, N. F. C. Hanseníase: conhecimentos e mudanças na vida das pessoas acometidas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1311-1318, 2011.

OMS. Avaliação de saúde e deficiência: **Manual do WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)** Organização Mundial da Saúde 2015.

PALÚ, F. H., CETOLIN, S. F. Perfil clínico epidemiológico dos pacientes com hanseníase no extremo oeste catarinense, 2004 a 2014. **Arq. Catarin Med.** São Paulo; v. 44, n. 2, p. 90-98, 2015.

PEDRINELLI, A.; GARCEZ-LEME, L. E.; NOBRE, R. S. A. O efeito da atividade física no aparelho locomotor do idoso. **Rev Bras Ortop** [Internet]. 2009 [citado em 26, março de 2019]; 44 (2):96-101

QUEIROZ, T. A. *et al.* Perfil clínico e epidemiológico de pacientes em reação hansênica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Minas Gerais 2015.

RESTREPO, C., *et al.* Instrumentos de evaluación de localidade de vida en dermatologia. **IATREIA**, Antioquia, v. 26, n.4, p. 467-475, out./nov., 2013. Disponível em:

<<https://aprendeonlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iatreia/article/view/13662/14494>>. Acesso em: 25 março, 2019.

RIBEIRO, M. D. A.; SILVA, J. C. A.; OLIVEIRA, S. B. Estudo epidemiológico da hanseníase no Brasil: reflexão sobre as metas de eliminação. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e42, 2018.

SILVA, D. L.; SILVEIRA, E. M. K. X.; MORGADO, F. F. R. **Atividades e exercícios físicos por pessoas acometidas pela hanseníase**. Anais do VIII CSCE. 2016.

SOUZA, J. F. M.; SENA, T. C. C. B. O envelhecer institucionalizado de sujeitos sequelados pela Hanseníase da U/E Abrigo João Paulo II. **Revista Kairós Gerontol** [Internet]. 2014

VELÔSO, D. S. *et al.* Perfil Clínico Epidemiológico da Hanseníase: Uma Revisão Integrativa. **REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde**. Rio de Janeiro v. 10, n. 1, p. 1429-1437, 2018.

VIANA, L. S. *et al.* Aspecto físico e as repercussões na qualidade de vida e autonomia de idosos afetados por hanseníase. **Rev. Enfermeria global**. São Paulo. (citado em 26, março de 2019); 2-3.

VIANA, L. S., AGUIAR, M. I. F., AQUINO, D. M. C. Perfil socioepidemiológico e clínico de idosos afetados por hanseníase: contribuições para a enfermagem. **J Res Fundam Care**. São Paulo v. 8, n. 2, p. 4435-46, 2016.



## APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO



### MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

Nome: Data de Nascimento: Endereço:
---

1	Sexo	Masculino Feminino	1 2	
2	Diagnostico positivo para Hanseníase	Sim Não	1 2	
3	Forma Clinica	Multibacilar Paucibacilar Não se lembra	1 2 3	
4	Tempo de Tratamento	6 Meses 1 Ano	1 2	
5	Abandonou o Tratamento	Sim Não	1 2	
6	Qual a etnia/cor	Branca Parda Negra/Preta Amarela Indígena	1 2 3 4 5	
7	Qual a escolaridade?	Analfabeto 1° até o 5° ano incompleto 5° ano completo 6° ao 9° ano incompleto Fundamental completo (9°ano completo) Médio incompleto Médio completo Superior completo Superior incompleto	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
8	Qual o estado conjugal?	Solteiro(a)/Nunca foi casado(a) Casado(a)/ Unido(a)	1 2 3	

		Separado(a)/Divorciado(a)/Viúvo(a)		
9	Mora na zona	Rural	1	
		Urbana	2	
10	Profissão	_____		
11	Renda	1 Salário Mínimo	1	
		2 Salários Mínimos	2	
		3 Salários Mínimos	3	
		Mais de 3 Salários Mínimos	4	
12	Outros Agravos	Hipertensão	1	
		Diabetes	2	
		Doença Mental	3	
		Alcoolismo	4	
		Doença Renal	5	
		Outras	6	

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**Título do projeto:** Avaliação do grau de incapacidade funcional de idosos acometidos por hanseníase.

**Pesquisador responsável:** Ana Larissa Gomes Machado

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal do Piauí, CSHNB – Departamento de Enfermagem

**Pesquisadores participantes:** Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva – Linha Saúde do adulto e do Idoso

**Telefone para contato (inclusive a cobrar):** (85)999258736

**Email do pesquisador:** analarissa2001@yahoo.com.br

**Prezado(a) Sr./Sra.,**

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa **“Avaliação do grau de incapacidade funcional de idosos acometidos por hanseníase”**. Sua participação é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Este estudo tem como objetivo analisar as possíveis limitações físicas e na realização de atividades de idosos acometidos pela hanseníase no período de 2014 a 2017.

**Riscos:** O estudo irá representar riscos mínimos para o (a) senhor (a) como desconforto ou constrangimento no momento de responder ao questionário. Tais riscos serão minimizados utilizando-se de locais reservados para a realização da entrevista e esclarecendo os objetivos e benefícios do estudo. Sua participação é voluntária e o (a) senhor (a) pode fazer perguntas a qualquer momento.

**Benefícios:** Os resultados do estudo serão utilizados para a implementação de estratégias que visem identificar e tratar formas de incapacidades leve ou grave em

pacientes idosos acometidos pela hanseníase. Os dados desse estudo serão utilizados para fins científicos e a identidade dos participantes será preservada.

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Asseguro que caso aceite participar da pesquisa, todas as informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos do estudo **“Avaliação do grau de incapacidade funcional de idosos acometidos por hanseníase”**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas com o pesquisador responsável. Foi esclarecido que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar da pesquisa se assim o desejar.

Picos - PI, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do(a) sujeito ou responsável legal*

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do(a) pesquisador*

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.**

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI – Campus Senador Helvídio Nunes de Barros – Rua Cícero Duarte, Nº 905, Bairro: Junco – CEP: 64607-670 – Picos – PI. Tel.: (89) 3422-3007 – email:ceppicos@gmail.com. Horário de funcionamento: 08:00 às 12:00h e das 14:00 às 18:00.

## APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS



**Título do projeto:** Avaliação do grau de incapacidade funcional de idosos acometidos por hanseníase.

**Pesquisador responsável:** Ana Larissa Gomes Machado

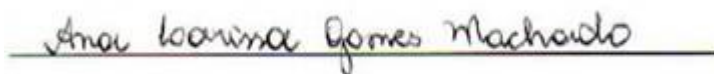
**Instituição/departamento:** UFPI/CSHNB/ Coordenação de enfermagem

**Telefone para contato:** (85)999258736

**Local da coleta de dados:** Posto de Assistência Médica - PAM

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos cujos dados serão coletados através de formulário. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no arquivo pessoal do pesquisador por um período mínimo de cinco anos sob a responsabilidade da Prof. Dr<sup>a</sup> Ana Larissa Gomes Machado. Após este período, os dados serão destruídos.

Picos, 20 de junho de 2019



Ana Larissa Gomes Machado

Docente da UFPI- Pesquisador responsável

## ANEXO A - Escala WHODAS 2.0 36 itens

### DOMÍNIO 1: **Cognição**

Pense nos Últimos 30 dias:

1 - Quanta dificuldade o s.r./sra concentrar-se para fazer alguma coisa durante dez minutos?

Nenhuma	Dificuldade Leve	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Extrema/Não Consegue Fazer
0	1	2	3	4

2 - Quanta dificuldade o s.r./sra teve de lembrar-se de fazer coisas importantes?

Nenhuma	Dificuldade Leve	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Extrema/Não Consegue Fazer
0	1	2	3	4

3 - Quanta dificuldade o s.r./sra teve de analisar e encontrar soluções para problemas do dia-a-dia?

Nenhuma	Dificuldade Leve	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Extrema/Não Consegue Fazer
0	1	2	3	4

4 - Quanta dificuldade o s.r./sra teve de aprender uma nova tarefa, por exemplo, como chegar a um lugar desconhecido?

Nenhuma	Dificuldade Leve	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Extrema/Não Consegue Fazer
0	1	2	3	4

5 - Quanta dificuldade o s.r./sra teve de compreender de forma geral o que as pessoas dizem?

Nenhuma	Dificuldade Leve	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Extrema/Não Consegue Fazer
0	1	2	3	4

6 - Quanta dificuldade o s.r./sra teve de começar e manter uma conversa?

Nenhuma	Dificuldade Leve	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Extrema/Não Consegue Fazer
0	1	2	3	4

### DOMÍNIO 2: **Mobilidade**

1. Ficar em pé por longos períodos como 30 minutos?



Nenhuma	Dificuldade Leve	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Extrema/Não Consegue Fazer
0	1	2	3	4

2. Levantar-se a partir da posição sentada?

Nenhuma	Dificuldade Leve	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Extrema/Não Consegue Fazer
0	1	2	3	4

3. Movimentar-se dentro de sua casa?

Nenhuma	Dificuldade Leve	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Extrema/Não Consegue Fazer
0	1	2	3	4

4. Sair da sua casa?

Nenhuma	Dificuldade Leve	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Extrema/Não Consegue Fazer
0	1	2	3	4

5. Andar por longas distâncias como por 1 quilômetro?

Nenhuma	Dificuldade Leve	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Extrema/Não Consegue Fazer
0	1	2	3	4

### DOMÍNIO 3: Autocuidado

1 - Lavar seu corpo inteiro?

Nenhuma	Dificuldade Leve	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Extrema/Não Consegue Fazer
0	1	2	3	4

2 - Vestir-se?

Nenhuma	Dificuldade Leve	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Extrema/Não Consegue Fazer
0	1	2	3	4

3 - Comer?

Nenhuma	Dificuldade Leve	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Extrema/Não Consegue Fazer
0	1	2	3	4

4 - Ficar sozinho sem a ajuda de outras pessoas por alguns dias?

Nenhuma	Dificuldade Leve	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Extrema/Não Consegue Fazer
0	1	2	3	4

#### DOMÍNIO 4: **Relações Interpessoais**

1 - Lidar com pessoas que você não conhece?

Nenhuma	Dificuldade Leve	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Extrema/Não Consegue Fazer
0	1	2	3	4

2 - Manter uma amizade?

Nenhuma	Dificuldade Leve	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Extrema/Não Consegue Fazer
0	1	2	3	4

3 - Relacionar-se com pessoas que são próximas a você?

Nenhuma	Dificuldade Leve	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Extrema/Não Consegue Fazer
0	1	2	3	4

4 - Fazer novas amizades?

Nenhuma	Dificuldade Leve	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Extrema/Não Consegue Fazer
0	1	2	3	4

5 - Ter atividades sexuais?

Nenhuma	Dificuldade Leve	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Extrema/Não Consegue Fazer
0	1	2	3	4

#### DOMÍNIO 5: **Atividades Domésticas**

1 - Cuidar das suas responsabilidades domésticas?

Nenhuma	Dificuldade Leve	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Extrema/Não Consegue Fazer
0	1	2	3	4

2 - Fazer bem as suas tarefas domésticas mais importantes?

Nenhuma	Dificuldade Leve	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Extrema/Não Consegue Fazer
0	1	2	3	4

3 - Fazer todas as tarefas domésticas que você precisava?

Nenhuma	Dificuldade Leve	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Extrema/Não Consegue Fazer
0	1	2	3	4

4 - Fazer as tarefas domésticas na velocidade necessária?

Nenhuma	Dificuldade Leve	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Extrema/Não Consegue Fazer
0	1	2	3	4

## DOMÍNIO 6: Participação

1 - Quanta dificuldade você teve ao participar em atividades comunitárias (por exemplo, festividades, atividades religiosas ou outra atividade) do mesmo modo que qualquer outra pessoa?

Nenhuma	Dificuldade Leve	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Extrema/Não Consegue Fazer
0	1	2	3	4

2 - Quanta dificuldade você teve por causa de barreiras ou obstáculos no mundo à sua volta?

Nenhuma	Dificuldade Leve	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Extrema/Não Consegue Fazer
0	1	2	3	4

3 - Quanta dificuldade você teve para viver com dignidade por causa das atitudes e ações de outros?

Nenhuma	Dificuldade Leve	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Extrema/Não Consegue Fazer
0	1	2	3	4

4 - Quanto tempo você gastou com sua condição de saúde ou suas consequências?

Nenhuma	Dificuldade Leve	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Extrema/Não Consegue Fazer
0	1	2	3	4

5 - Quanto você tem sido emocionalmente afetado por sua condição de saúde?

Nenhuma	Dificuldade Leve	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Extrema/Não Consegue Fazer
0	1	2	3	4

6 - Quanto a sua saúde tem prejudicado financeiramente você ou sua família?

Nenhuma	Dificuldade Leve	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Extrema/Não Consegue Fazer
0	1	2	3	4

7 - Quanta dificuldade sua família teve por causa da sua condição de saúde?

Nenhuma	Dificuldade Leve	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Extrema/Não Consegue Fazer
0	1	2	3	4

8 - Quanta dificuldade você teve para fazer as coisas por si mesmo(a) para relaxamento ou lazer?

Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema/Não Consegue Fazer
0	1	2	3	4

Em geral, nos últimos 30 dias, por quantos dias essas dificuldades estiveram presentes?

*Anote o número de dias*\_\_\_\_\_

Nos últimos 30 dias, por quantos dias você esteve completamente incapaz de executar suas atividades usuais ou de trabalho por causa da sua condição de saúde?

*Anote o número de dias*\_\_\_\_\_

Nos últimos 30 dias, sem contar os dias que você esteve totalmente incapaz, por quantos dias você diminuiu ou reduziu suas atividades usuais ou de trabalho por causa da sua condição de saúde?

*Anote o número de dias*\_\_\_\_\_

## ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP

UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS  
SENADOR HELVÍDIO NUNES



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação do grau de incapacidade funcional de idosos acometidos por hanseníase

**Pesquisador:** Ana Larissa Gomes Machado

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 03922918.6.0000.8057

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.086.353

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa que será realizado no Posto de Assistência Médica (PAM). A população será composta por idosos acometidos pela hanseníase residentes na cidade de Picos – PI, com diagnóstico de hanseníase. De acordo com os dados do PAM, no período de 2014 a 2017, há o registro de 60 idosos que realizaram tratamento para hanseníase em Picos. Assim, a amostra deste estudo abrangerá todos os 60 idosos referidos que atenderem aos critérios de inclusão.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Geral:** Analisar o grau de incapacidade funcional de idosos acometidos pela hanseníase no período de 2014 a 2017.

#### Específicos:

Descrever as características clínicas e sociodemográficas dos idosos;

Avaliar o grau de incapacidade física dos idosos acometidos pela hanseníase;

Verificar a associação entre as variáveis clínicas, sociodemográficas e o grau de incapacidade funcional dos idosos.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

##### Riscos

O estudo irá representar riscos mínimos para os idosos como desconforto ou constrangimento no

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (86)3422-3003

CEP: 64.607-670

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

Continuação do Parecer: 3.096.353

momento de responder ao questionário. Tais riscos serão minimizados utilizando-se de locais reservados para a realização da entrevista e esclarecendo os participantes sobre os objetivos e benefícios do estudo. Eles também serão esclarecidos que sua participação é voluntária e que podem fazer perguntas a qualquer momento.

#### Benefícios

Os resultados do estudo serão utilizados para a implementação de estratégias que visem identificar e tratar formas de incapacidade funcional leve ou grave em pacientes idosos acometidos pela hanseníase. Os dados desse estudo serão utilizados para fins científicos e a identidade dos participantes será preservada.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Essa pesquisa possui grande relevância, pois a hanseníase é uma doença grave que se não tratada irá gerar graves incapacidades físicas. Quando acometem a pessoa idosa, essas incapacidades podem ser potencializadas pelas limitações decorrentes do processo de envelhecimento, assim o enfermeiro deve realizar o cuidado integral, verificando sinais de perda de capacidade para atividades da vida diária, além de educar e incentivar o autocuidado e assim evitar que esses clientes sofram com sequelas futuras.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos apresentados e adequados.

#### Recomendações:

Recomendação forte: Não identificar o nome do local onde a pesquisa será realizada, pois a autorização Institucional não permite esta identificação, mas somente a realização da pesquisa e o acesso aos prontuários.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem óbices éticos

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1266846.pdf	03/12/2018 20:23:47		Aceito

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3003

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS  
SENADOR HELVÍDIO NUNES



Continuação do Parecer: 3.086.353

Outros	AUTORIZA.pdf	03/12/2018 20:23:01	Ana Larissa Gomes Machado	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODEPESQUISA.docx	01/12/2018 12:31:54	Ana Larissa Gomes Machado	Aceito
Outros	INSTRUMENTOB.docx	01/12/2018 12:17:45	Ana Larissa Gomes Machado	Aceito
Outros	INSTRUMENTOA.docx	01/12/2018 12:17:24	Ana Larissa Gomes Machado	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	01/12/2018 12:17:03	Ana Larissa Gomes Machado	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	01/12/2018 12:16:45	Ana Larissa Gomes Machado	Aceito
Outros	LATTES.pdf	01/12/2018 12:16:29	Ana Larissa Gomes Machado	Aceito
Outros	ENCAMINHAMENTO.pdf	01/12/2018 12:15:26	Ana Larissa Gomes Machado	Aceito
Outros	TCF.pdf	01/12/2018 12:15:04	Ana Larissa Gomes Machado	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARAPESQ.pdf	01/12/2018 12:14:20	Ana Larissa Gomes Machado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	01/12/2018 12:14:05	Ana Larissa Gomes Machado	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA.pdf	01/12/2018 12:13:45	Ana Larissa Gomes Machado	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PICOS, 16 de Dezembro de 2018

*Luísa Helena de Oliveira Lima*  
Assinado por: *Luísa Helena de Oliveira Lima*  
LUIZA HELENA DE OLIVEIRA LIMA  
(Coordenador(a))

*Luísa Helena de Oliveira Lima*  
COORDENADORA COOP/CEP  
SIAGE: 20000000

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3003

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br





TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA  
"JOSÉ ALBANO DE MACEDO"

Identificação do Tipo de Documento

- Tese  
 Dissertação  
 Monografia  
 Artigo

Eu, Andressa Maria Veloso da Silva,  
autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de  
02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar,  
gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação  
Condições de saúde em idosos com Hanseníase.  
de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título  
de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 11 de fevereiro de 2020.

Andressa Maria Veloso da Silva  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Assinatura