



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

PAULA SACHA FROTA NOGUEIRA

**ANÁLISE DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS COM HANSENÍASE
ATRAVÉS DE TRÊS INSTRUMENTOS**

FORTALEZA

2015

PAULA SACHA FROTA NOGUEIRA

ANÁLISE DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS COM HANSENÍASE
ATRAVÉS DE TRÊS INSTRUMENTOS

Tese submetida à banca de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Promoção da Saúde do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de doutor.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Josefina da Silva.

FORTALEZA

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- N714a Nogueira, Paula Sacha Frota.
Análise da capacidade funcional de idosos com hanseníase através de três instrumentos
/ Paula Sacha Frota Nogueira. – 2015.
95 f.
- Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,
Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, Doutorado em Enfermagem, Fortaleza, 2015.
Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.
Orientação: Profa. Dra. Maria Josefina da Silva.
1. Hanseníase. 2. Saúde do Idoso. 3. Atividades Cotidianas. 4. Autonomia Pessoal. I.
Título.

PAULA SACHA FROTA NOGUEIRA

ANÁLISE DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS COM HANSENÍASE
ATRAVÉS DE TRÊS INSTRUMENTOS

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito para obtenção do título de doutor em Enfermagem.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Maria Josefina da Silva (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC
Presidente

Profª Drª Escolástica Rejane Ferreira Moura
Membro Efetivo

Dr Heitor de Sá Gonçalves
Centro de Dermatologia Dona Libânia
Membro Efetivo

Prof Dr Charlys Barbosa Nogueira
Universidade Federal do Ceará – UFC
Membro Efetivo

Prof Dr Paulo César de Almeida
Universidade Estadual do Ceará – UECE
Membro Efetivo

Profª Drª Gerídice Lorna de Andrade Moraes
Universidade Estadual do Ceará – UECE
Membro Suplente

Profª Drª Clódis Maria Tavares
Universidade Federal de Alagoas -UFAL
Membro Suplente

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me fortalecer e proporcionar o momento mais adequado para esta conquista.

Aos meus pais, Fernando Guibson de Oliveira Nogueira e Jocileide Frota Nogueira, e minhas irmãs, Raiza Frota Nogueira e Yáskara Frota Nogueira, por todo o apoio e incentivo nesta caminhada.

Ao meu marido, Daniel Bruno Resende Chaves, e minha filha, Isadora Nogueira Resende Chaves, por toda a compreensão e por permanecerem ao meu lado, servindo de incentivo todos os dias.

À Prof^ª. Dr^ª. Maria Josefina da Silva, por me apoiar na realização deste trabalho, e conduzir com leveza e compressão todo o processo de aprendizagem.

À Prof^ª. Dr^ª. Escolástica Rejane Ferreira Moura, por toda minha caminhada acadêmica que me trouxe até aqui, e por seus ensinamentos de vida na compreensão do amor ao próximo.

Às integrantes da Liga Acadêmica em Doenças Estigmatizantes – UFC, Ana Carolina Farias da Rocha, Caroline de Souza Mattos, Larissa Cordeiro Grangeiro, Larissa Rodrigues Siqueira, Larysse Chrystine de Oliveira Santiago, Rafaela de Oliveira Mota, Sofia Jales de Paula, Stefanny Corrêa dos Santos e Thais Lima Vieira de Souza, e aos alunos Ricardo Leal, Marina Soares, Karliana Farias, Ana Cláudia Maia, Juliana Cunha, Andrezza Gomes, pela valiosa contribuição na coleta de dados.

Aos amigos da vida e colegas de trabalho do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará pelo incentivo.

Aos profissionais do Centro de Dermatologia Dona Libânia, por todo apoio e solicitude durante o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos professores do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, por todo o aprendizado durante as disciplinas do doutorado.

À Universidade Federal do Ceará, que proporcionou com minha excelente formação acadêmica desde a graduação, e na qual tenho a honra e felicidade de exercer a docência no Curso de Enfermagem.

À banca avaliadora da minha tese, pelo tempo dedicado e contribuições realizadas.

NOGUEIRA, P. S. F. **Análise da capacidade funcional de idosos com hanseníase através de três instrumentos** (Tese). Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2015. 93 f.

RESUMO

O envelhecimento populacional é um fenômeno de grande impacto nas políticas econômica e sanitária mundiais, desafiando a manutenção da funcionalidade, autonomia, independência e participação social do idoso. Assim, doenças com desfecho incapacitante e crônico, como a hanseníase, merecem destaque. Objetivou-se analisar a capacidade funcional de idosos com hanseníase. Estudo descritivo, transversal, desenvolvido com 77 idosos com hanseníase acompanhados em centro de Dermatologia de Fortaleza, Ceará. Foi realizada entrevista, consulta ao prontuário e aferição de peso, altura e pressão arterial sistêmica. Os documentos utilizados na coleta de dados, foram o Formulário de entrevista; a Escala de Lawton e Brody, o Índice de Katz e a Escala SALSA. Realizou-se análise estatística descritiva e inferencial. Os aspectos éticos da resolução nº466/12 foram respeitados em todas as fases do estudo. Os resultados revelaram uma média de idade de $68,23 \pm 6,11$ anos, com maioria do sexo masculino (63,6%), em união estável/casado (66,2%), procedente de Fortaleza (59,7%), coabitante com cônjuge e filho(s) (53,2%), com escolaridade média de $4,14 \pm 4,01$ anos de estudo e renda familiar mensal média de $2,04 \pm 1,71$ salários mínimos. O valor glicêmico médio foi de $108,14 \text{ mg/dL} \pm 49,39$, com 64,9% idosos com glicemia normal, 28,6% com pressão arterial limítrofe e 48,1% com índice de massa corporal normal. As características clínicas predominantes relacionadas a hanseníase foram: positividade no índice baciloscópico (51,9%), forma clínica dimorfa (51,9%), esquema de tratamento multibacilar (68,8%) e Grau de Incapacidade Física (GIF) zero (59,7%). Os participantes obtiveram uma média de $22,34 \pm 4,77$ pontos na escala de Lawton e Brody, prevalecendo a classificação independente (58,5%). As variáveis associadas a escala de Lawton e Brody foram idade ($p=0,012$), com quem reside ($p=0,031$) e escolaridade ($p=0,041$). A pontuação média para o índice de Katz foi de 5,75 ($\pm 0,74$) pontos, destacando-se a classificação independência total (87,0%). A variável renda familiar mensal foi a única a associar-se com o índice de Katz ($p=0,011$). A escala SALSA obteve uma média de $31,56 \pm 11,67$ pontos, com concentração da categoria leve limitação (49,4%). As variáveis associadas a escala SALSA foram condição de união ($p=0,044$) e tipo de reação hansênica ($p=0,041$). A escala SALSA mostrou-se associada tanto com a escala de Lawton e Brody ($p=0,000$), quanto com o Índice de Katz ($p=0,000$). As variáveis que mais estiveram associadas as atividades da escala de Lawton e Brody foram idade e com quem reside. No Índice de Katz, apenas a atividade continência apresentou associação com o GIF ($p=0,003$). Na escala SALSA, idade e sexo apresentaram maior número de associações com as atividades avaliadas, sendo sete e cinco, respectivamente, enquanto nas variáveis clínicas relacionadas a hanseníase, apenas o GIF apresentou relação com mais de duas atividades. A maioria dos idosos com hanseníase se mostrou independente na escala de Lawton e Brody (58,5%), totalmente independente no índice de Katz (87,0%), e com leve limitação na escala SALSA (49,4%), porém ressalta-se que a escala SALSA se mostrou associada à idade em muitos itens, o que sugere que esta pode ser aplicada na população idosa sem hanseníase.

Palavras-chave: Hanseníase. Saúde do idoso. Atividades Cotidianas. Autonomia Pessoal.

ABSTRACT

Population aging is a phenomenon of great impact on economic policies and global health, challenging the maintenance of functionality, autonomy, independence and social participation of the elderly. Thus, diseases with disabling and chronic outcomes should be highlighted, such as leprosy. Aimed to analyze the functional capacity in elderly patients with leprosy according to the SALSA scale, Katz index and Lawton and Brody scale. Descriptive, cross-sectional study, developed with 77 elderly leprosy followed in Dermatology Center of Fortaleza, Ceará. Interview, consultation of medical records and measurement of weight, height and blood pressure was performed. The documents used in data collection were the interview form, Lawton and Brody Scale, the Katz Index and the SALSA Scale. Descriptive and inferential statistical analysis was performed. The ethical aspects of Resolution 466/12 were respected at all stages of the study. The results revealed an average age of 68.23 (\pm 6.11) years, with most males (63.6%) in stable union/married (66.2%), coming from Fortaleza (59.7 %), cohabiting with a spouse and son (53.2%), with average schooling of 4.14 (\pm 4.01) years and average monthly family income of 2.04 (\pm 1.71) minimum wages. The average blood glucose value was 108.14 mg / dL (\pm 49.39), with 64.9% older people with normal blood glucose, 28.6% with borderline blood pressure, and 48.1% with normal body mass index. The predominant clinical features related to leprosy were bacterial index positive (51.9%), borderline clinical form (51.9%), multibacillary treatment (68.8%), and no disability (59.7%). Participants had an average of 22.34 (\pm 4.77) points in the scale Lawton and Brody, prevailed independent classification (58.5%). The variables associated with the Lawton and Brody scale were, age ($p = 0.012$), with whom resides ($p = 0.031$), and education ($p = 0.041$). The average score for the Katz index was 1.03 (\pm 0.16) points, highlighting the full independence rating (87.0%). The variable monthly family income was the only one to be associated with the Katz index ($p = 0.011$). SALSA scale showed an average of 31.56 (\pm 11.67) points, with concentration of light limitation category (49.4%). Variables statistically associated with SALSA scale were condition of union ($p = 0.044$) and type of leprosy reaction ($p = 0.041$). SALSA scale was associated with both Lawton and Brody scale ($p = 0.000$), and with the Katz Index ($p = 0.000$). The variables that were more associated with the activities of the Lawton and Brody scale were age and who reside. Already in the Katz Index, only continence activity was associated with the disability ($p = 0.003$). The SALSA scale, the socio-demographic variables as age and sex showed a higher number of associations with the activities evaluated, seven and five respectively, while the clinical variables related to leprosy, only the disabilities were related to more than two activities. The functional capacity of the elderly with leprosy was preserved, however it should be noted that the SALSA scale was associated with age in many items, suggesting that this may be applied in the elderly population without leprosy.

Keywords: Leprosy. Health of the Elderly. Activities of Daily Living. Personal Autonomy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1.	Fluxo das etapas percorridas na coleta de dados.	27
-----------	---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Características sociodemográficas de idosos com hanseníase. Fortaleza, Ceará, 2015.....	33
Tabela 2.	Características clínicas não relacionadas à hanseníase de idosos com hanseníase. Fortaleza, Ceará, 2015.....	35
Tabela 3.	Características clínicas de idosos com hanseníase. Fortaleza, Ceará, 2015.....	36
Tabela 4.	Distribuição dos idosos com hanseníase segundo a Escala de Lawton e Brody. Fortaleza, Ceará, 2015.....	37
Tabela 5.	Distribuição dos idosos com hanseníase segundo a Escala de Lawton e Brody e variáveis categóricas associadas. Fortaleza, Ceará, 2015.....	38
Tabela 6.	Distribuição dos idosos com hanseníase segundo a Índice de Katz. Fortaleza, Ceará, 2015.....	39
Tabela 7.	Distribuição dos idosos com hanseníase segundo a Índice de Katz e variável associada renda familiar mensal. Fortaleza, Ceará, 2015	39
Tabela 8.	Distribuição dos idosos com hanseníase segundo a Escala SALSA. Fortaleza, Ceará, 2015.....	39
Tabela 9.	Distribuição dos idosos com hanseníase segundo a Escala SALSA e variáveis categóricas associadas. Fortaleza, Ceará, 2015	42
Tabela 10.	Distribuição dos idosos com hanseníase segundo a Escala SALSA, e sua associação com a Escala de Lawton e Brody e o Índice de Katz. Fortaleza, Ceará, 2015.....	43
Tabela 11.	Distribuição dos idosos com hanseníase segundo a atividade <i>Usar o telefone</i> avaliada na Escala de Lawton e Brody e variáveis associadas. Fortaleza, Ceará, 2015.....	44
Tabela 12.	Distribuição dos idosos com hanseníase segundo a atividade <i>Ir a locais distantes</i> avaliada na Escala de Lawton e Brody e variáveis categóricas associadas. Fortaleza, Ceará, 2015.....	44
Tabela 13.	Distribuição dos idosos com hanseníase segundo a atividade <i>Fazer compras</i> avaliada na Escala de Lawton e Brody e idade. Fortaleza, Ceará, 2015.....	45
Tabela 14.	Distribuição dos idosos com hanseníase segundo a atividade <i>Preparar as próprias refeições</i> avaliada na Escala de Lawton e Brody e variáveis categóricas associadas. Fortaleza, Ceará, 2015..	45
Tabela 15.	Distribuição dos idosos com hanseníase segundo a atividade <i>Arrumar a casa</i> avaliada na Escala de Lawton e Brody e variáveis categóricas associadas. Fortaleza, Ceará, 2015.....	46
Tabela 16.	Distribuição dos idosos com hanseníase segundo a atividade <i>Realizar pequenos reparos domésticos</i> avaliada na Escala de Lawton e Brody e variáveis categóricas associadas. Fortaleza, Ceará, 2015.....	47

Tabela 17.	Distribuição dos idosos com hanseníase segundo a atividade <i>Tomar remédios com dose e hora corretos</i> avaliada na Escala de Lawton e Brody e variáveis categóricas associadas. Fortaleza, Ceará, 2015...	47
Tabela 18.	Distribuição dos idosos com hanseníase segundo a atividade <i>Continência</i> do Índice de Katz e <i>grau de incapacidade física</i> . Fortaleza, Ceará, 2015.....	49
Tabela 19.	Distribuição dos idosos com hanseníase segundo a atividade <i>Enxergar</i> da Escala SALSA e variáveis categóricas associadas. Fortaleza, Ceará, 2015.....	49
Tabela 20.	Distribuição dos idosos com hanseníase segundo as atividades avaliadas no domínio <i>Mobilidade (pés)</i> da Escala SALSA e variáveis categóricas associadas. Fortaleza, Ceará, 2015.....	50
Tabela 21.	Distribuição dos idosos com hanseníase segundo as atividades avaliadas no domínio <i>Trabalho (mãos)</i> da Escala SALSA e variáveis categóricas associadas. Fortaleza, Ceará, 2015.....	52
Tabela 22.	Distribuição dos idosos com hanseníase segundo as atividades avaliadas no domínio <i>Destreza (mãos)</i> da Escala SALSA e variáveis categóricas associadas. Fortaleza, Ceará, 2015.....	53

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Distribuição das respostas de idosos com hanseníase para a Escala de SALSA. Fortaleza, Ceará, 2015.	41
Quadro 2.	Resumo das variáveis estatisticamente associadas aos itens da Escala de Lawton e Brody. Fortaleza, Ceará, 2015.	48
Quadro 3.	Resumo das características estatisticamente associadas aos itens da Escala SALSA. Fortaleza, Ceará, 2015.	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
ANS	Avaliação Neurológica Simplificada
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
GIF	Grau de Incapacidade Física
Hab	Habitantes
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IC	Intervalo de Confiança
IILEP	<i>The International Federation of Anti-Leprosy Associations</i>
ILP	Instituições de Longa Permanência
IMC	Índice de Massa Corporal
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NTIC	Novas Tecnologias da Informação e Comunicação
OMP	Olho – Mão – Pé
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PQT	Poliqumioterapia
QV	Qualidade de Vida
RD	Razão de Dependência
SALSA	<i>Screening of Activity Limitation and Safety Awareness</i>
SM	Salário Mínimo
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TBM	Taxa Bruta de Mortalidade
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFT	Taxa de Fecundidade Total
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Aspectos do envelhecimento populacional no mundo e no Brasil	14
1.2 Funcionalidade e autonomia do idoso	17
1.3 Hanseníase e o idoso	20
2 OBJETIVOS	24
3 METODOLOGIA	25
3.1 Tipo de estudo	25
3.2 Local do estudo	25
3.3 População e amostra	26
3.4 Coleta de dados	26
<i>3.4.1 Avaliação de incapacidade física associada à hanseníase</i>	28
<i>3.4.2 Avaliação da capacidade funcional dos idosos com hanseníase</i>	29
3.5 Organização dos dados para análise	31
3.6 Aspectos éticos	32
4 RESULTADOS	33
4.1 Perfil sociodemográfico e clínico de idosos com hanseníase	33
4.2 Capacidade funcional de idosos com hanseníase	37
4.3 Análise entre as escalas para avaliação da capacidade funcional de idosos com hanseníase e características relacionadas	42
<i>4.3.1 Análise da escala de Lawton e Brody e Índice de Katz segundo variáveis associadas à atividades avaliadas</i>	43
<i>4.3.2 Análise da escala SALSA segundo variáveis associadas à atividades avaliadas</i>	49
5 DISCUSSÃO	56
5.1 Análise do perfil sociodemográfico e clínico de idosos com hanseníase	56
5.2 Capacidade funcional de idosos com hanseníase	60
5.3 Análise entre as escalas para avaliação da capacidade funcional de idosos com hanseníase e características relacionadas	62
<i>5.3.1 Análise da escala de Lawton e Brody e Índice de Katz segundo variáveis associadas às atividades avaliadas</i>	63
<i>5.3.2 Análise da escala SALSA segundo variáveis associadas às atividades avaliadas</i>	66
6 CONCLUSÕES	68
REFERÊNCIAS	72
APENDICE A: FORMULÁRIO DE ENTREVISTA	81

APÊNDICE B: FORMULÁRIO DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA DE DADOS - PIBIC IDOSO/HANSENÍASE	83
APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	84
ANEXO A – <i>SCREENING OF ACTIVITY LIMITATION AND SAFETY AWARENESS</i> – Salsa	85
ANEXO B – <i>INDEX OF ACTIVITY DAILY LIVING</i> – ÍNDICE DE KATZ ..	88
ANEXO C - ESCALA DE LAWTON E BRODY PARA AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AIVD)	89
ANEXO D – AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA	90
ANEXO E - PROCEDIMENTOS RECOMENDADOS PARA A MEDIDA DA PRESSÃO ARTERIAL	92
ANEXO F – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS	94

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno que representa grande impacto nas políticas econômica e sanitária dos países de todo o mundo, com destaque nos países em desenvolvimento. O principal desafio, apresentado aos gestores e profissionais de saúde, é a manutenção da funcionalidade, autonomia, independência e participação social do idoso junto à família e à comunidade (VASCONCELOS; GOMES, 2012). E assim, doenças com desfecho incapacitante e crônico que possam exacerbar esse desafio merecem destaque, como a hanseníase, doença infectocontagiosa de curso crônico que quando não detectada precocemente, gera impactos sociais e econômicos negativos em seus portadores, e, que nos últimos anos, apresenta prevalência crescente na população idosa. Portanto, este estudo pretende analisar a capacidade funcional de idosos com hanseníase segundo a escala SALSA, índice de Katz e escala de Lawton e Brody, com o intuito de contribuir com o conhecimento sobre as particularidades no acompanhamento funcional dessa população específica.

1.1 Aspectos do envelhecimento populacional no mundo e no Brasil

O envelhecimento populacional, que há poucos anos era uma tendência, hoje é uma realidade, abrangendo quase todos os países do mundo. Este processo leva a uma redução relativa na proporção de crianças e um aumento na população idosa (60 anos ou mais em países em desenvolvimento e 65 ou mais em países desenvolvidos). A parcela global de pessoas idosas aumentou de 9,2%, em 1990, para 11,7% em 2013, e alcançará 21,1% em 2050, o que representará um total de mais de dois bilhões de idosos no mundo (UNITED NATIONS, 2013).

Este fenômeno acontece de forma heterogênea em todo mundo, variando quanto a extensão e a velocidade. Na maioria dos países desenvolvidos, a população vem envelhecendo há muitas décadas, enquanto nos países em desenvolvimento, o envelhecimento da população tem ocorrido recentemente (KUCHEMANN, 2012), de forma abrupta, não permitindo que os Estados se organizem para atender a demanda decorrente do envelhecimento.

A transição demográfica, caracterizada pela redução da mortalidade e da natalidade, e pelo aumento da expectativa de vida, apresenta-se como fator impulsionador do aumento do envelhecimento. Mundialmente, a taxa total de fertilidade passou de 5,0

filhos por mulher em 1950-1955 para 2,5 filhos por mulher em 2010 e 2015, com projeção de 1,8 filhos por mulher em 2045-2050. Aliado a este fator tem-se o aumento da expectativa de vida, pois em 2010-2015 esta era de 80 anos e em 2045-2050 será de 82 anos (UNITED NATIONS, 2013; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-OMS, 2015).

Apesar do envelhecimento populacional transparecer uma melhoria nas condições de vida que leva ao aumento da expectativa de vida, em vários países em desenvolvimento, a pobreza é elevada entre as pessoas mais velhas. Tal condição econômica pode apresentar-se, às vezes, maior do que a da população como um todo, especialmente em países com cobertura limitada dos sistemas de seguridade social, revelando o impacto social e econômico de um rápido processo de envelhecimento populacional (REHER, 2011; UNITED NATIONS, 2013).

Os documentos que discutem as políticas relativas ao idoso consideram que na maioria das sociedades atuais, os idosos consomem mais do que produzem e, portanto, precisam recorrer a outras fontes de renda, tais como rendimentos de seus bens, poupança, auxílio da família e do governo. A maneira de financiar o consumo do idoso varia entre os países, a depender de fatores culturais, institucionais e econômicos (BLOOM *et al.*, 2015). Segundo o recente documento da Organização Mundial da Saúde (OMS) - Relatório mundial de envelhecimento e saúde-, que avalia a contribuição do idoso para a economia e discute que os gastos com os idosos, revela que estes não são uniformes nem tão elevados quanto, por exemplo, os altos custos das novas tecnologias de saúde (OMS, 2015).

Ademais, a proporção de adultos em idade laboral por cada pessoa idosa mostra-se baixa em regiões mais desenvolvidas, passando de 12 trabalhadores para cada idoso em 1950 para oito em 2013, e deverá cair para quatro em 2050, o que atribuirá uma consequente pressão fiscal em sistemas de apoio para idosos financiados pelo governo (UNITED NATIONS, 2013).

Tal questão aplica-se ao Brasil, onde o fenômeno de transição demográfica é rápido e intenso. Em pesquisa nacional realizada em 2013, identificou-se que 13% da população brasileira era constituída por idosos, contabilizando aproximadamente 27 milhões de indivíduos, havendo predominância do sexo feminino. Porém devido a abrangência geográfica e as diferenças socioeconômicas do país, esse percentual variou de 8,8% na região Norte, a 14,5% na região Sul. Assim, o Brasil ocupará o sexto lugar

quanto ao contingente de idosos, alcançando, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2014a).

A transição demográfica brasileira também é impulsionada pelo declínio nas taxas de natalidade, de mortalidade e aumento da expectativa de vida. Em 1950, a taxa de fecundidade total (TFT) era de 6,2 filhos por mulher e a taxa bruta de mortalidade (TBM) de 19,7/1.000 hab, com esperança de vida ao nascer de 45,5 anos. Em 2010, acontece a redução da TFT para 1,9, da TBM para 6,1/1.000 hab, com aumento da esperança de vida para 73,5 anos (VASCONCELOS; GOMES, 2012; BRASIL, 2013).

Tal mudança refletiu na Razão de Dependência (RD) da população brasileira. Este indicador consiste na razão entre o segmento etário da população economicamente dependente (menores de 15 anos e maiores de 60 anos) e o grupo etário potencialmente produtivo (entre 15 e 59 anos de idade). De 1950 a 2010 a RD passou de 85,5% para 53,6%, o que representaria uma mudança positiva a partir da ótica econômica, porém ao analisar-se o indicador por população dependente, observa-se uma intensa redução da RD em menores de 15, passando de 77,5%, em 1950, para 37%, em 2010, e um aumento progressivo da RD em idosos, que evoluiu de 8%, em 1950, para 16,6%, em 2010 (VASCONCELOS; GOMES, 2012; BRASIL, 2013).

Do ponto de vista econômico, este panorama preocupa, pois implica em adequações das políticas sociais, particularmente daquelas voltadas às crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social (BRASIL, 2010a).

Quanto aos custos relativos a manutenção da saúde dos idosos, deve-se destacar o impacto das intervenções e oportunidades de cuidados prestados no sistema de saúde, pois, o período de vida associado com maiores gastos de saúde é o último ou dois últimos anos de vida (WONG *et al.*, 2011).

Em contrapartida, a diminuição da mortalidade e o consequente aumento da expectativa de vida, estão relacionados à relativa melhoria no acesso da população aos serviços de saúde, às campanhas nacionais de vacinação, aos avanços tecnológicos dos cuidados em saúde, ao aumento do número de atendimentos pré-natais, bem como ao acompanhamento clínico do recém-nascido e ao incentivo ao aleitamento materno, ao aumento do nível de escolaridade da população, aos investimentos na infra-estrutura de saneamento básico e à percepção dos indivíduos com relação às enfermidades (BRASIL, 2010a).

Tais contribuições inserem o Brasil em um período de transição epidemiológica, representada pela modificação dos padrões de saúde e doença da população (BRASIL,

2014b). Este processo caracteriza-se pelo crescimento significativo das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), embora as doenças infecciosas ainda sejam relevantes. As doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes, enfermidades respiratórias crônicas e doenças neuropsiquiátricas, principais DCNT, têm respondido por grande parte das mortes antes dos 70 anos de idade e redução da qualidade de vida, gerando incapacidades e alto grau de limitação das pessoas doentes em suas atividades de trabalho e lazer, além de provocar grande pressão sobre os serviços de saúde (SCHMIDT *et al.*, 2011).

O rápido processo de envelhecimento da população reflete em um crescente incremento relativo das condições crônicas e, especialmente, das doenças crônicas, porém as doenças infecciosas continuam constituindo um foco de ação preventiva em saúde pública.

Como citado anteriormente, a maioria dos problemas de saúde presentes na população idosa está associada as condições crônicas, principalmente doenças não transmissíveis, que podem ser prevenidas ou retardadas, em sua maioria, através de comportamentos saudáveis. E outros problemas de saúde, principalmente as doenças infectocontagiosas, podem ser controlados de maneira eficaz através da detecção precoce e acompanhamento rigoroso.

Esta mudança demográfica e epidemiológica implica em desafios sociais e econômicos, de modo a satisfazer as necessidades da crescente população idosa, permitindo-lhes ter vida mais longa, mais saudável e mais produtiva.

1.2 Funcionalidade e autonomia do idoso

O aumento da expectativa de vida levanta questionamento sobre a qualidade dos anos a mais vividos, se estão associados ou não ao aumento da morbidade e, conseqüentemente, em um maior período vivendo de forma dependente e com incapacidade prolongada, pois o próprio processo fisiológico de envelhecimento traz consigo o declínio biológico, ocasionalmente acompanhado de doenças e dificuldades funcionais com o avançar da idade (MATHERS *et al.*, 2015). As representações sociais construídas sobre a senescência estão fortemente associadas à doença e à dependência, apontadas como características normais e inevitáveis desta fase (BRASIL, 2010a).

Porém, é importante elucidar que nem sempre o declínio funcional está associado somente a idade cronológica, pois este se relaciona a eventos que ocorrem ao longo das etapas de vida e são modificáveis, em sua maioria.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), regulamentada pela Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, tem como finalidade principal recuperar, manter e promover a autonomia e a independência de idosos. Essa política define que a avaliação da capacidade funcional individual e coletiva deve servir de base para a escolha do tipo de intervenção e monitorização do estado clínico e funcional da população idosa. Nesta, a funcionalidade é definida como algo além das doenças, que abrange todos os aspectos funcionais do indivíduo que envelhece, desde a saúde física e mental até as condições socioeconômicas e a capacidade de autocuidado (BRASIL, 2006).

FALAR DE ASPECTOS FISIOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO QUE PODEM ESTAR ASSOCIADOS À INCAPACIDADES.

Considerando a relevância da avaliação e análise da capacidade funcional, destaca-se a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), aprovada pela OMS em 2001, cuja utilização permite entender a funcionalidade e a incapacidade humana através de uma linguagem unificada e padronizada que descreva a saúde e seus estados relacionados, auxiliando a comunicação e a troca de informações (BRASIL, 2008; OMS, 2008).

A CIF descreve a funcionalidade e a incapacidade relacionadas às condições de saúde, identificando o que uma pessoa pode ou não fazer na sua vida diária, tendo em vista as funções dos órgãos ou o sistema e as estruturas do corpo, assim como as limitações de atividades e da participação social no meio ambiente em que a pessoa vive. Essa classificação apresenta-se dividida em quatro domínios: funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação e fatores ambientais. O comprometimento desses componentes implica a existência de deficiências (alterações nas funções ou estruturas do corpo), limitação de atividade (dificuldades na execução de atividades) ou restrição de participação (problemas enfrentados ao se envolver em situações de vida) (BRASIL, 2008; OMS, 2008; RUARO *et al.*, 2012).

Consoante a CIF, a avaliação funcional do idoso, preconizada pela PNSPI, é fundamental para determinar o comprometimento funcional, bem como o grau de dependência da pessoa idosa e os tipos de cuidados que serão necessários para atender a dependência identificada. Porém, quando se avalia a funcionalidade da pessoa idosa é necessário diferenciar desempenho e capacidade funcional, pois o desempenho avalia o que o idoso faz no seu dia-a-dia, e a capacidade funcional avalia o potencial que a pessoa idosa tem para realizar a atividade, que pode ou não ser utilizada (BRASIL, 2006; BRASIL, 2007).

Para esta avaliação recomenda-se, usualmente, a análise no desempenho das atividades de vida diária, que podem ser subdivididas em Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). As AVD estão relacionadas ao autocuidado, são elas: alimentar-se, banhar-se, vestir-se, mobilizar-se, deambular, ir ao banheiro e manter controle sobre suas necessidades fisiológicas. As AIVD são aquelas relacionadas à participação do idoso em seu entorno social, indicando a capacidade em levar uma vida independente na comunidade, consistindo em: utilizar meios de transporte, manipular medicamentos, realizar compras, realizar tarefas domésticas leves e pesadas, utilizar o telefone, preparar refeições e cuidar das próprias finanças (BRASIL, 2007).

O *Index of Activity Daily Living* – Índice de Katz foi a primeira escala desenvolvida com o objetivo de medir a habilidade da pessoa em desempenhar suas atividades de vida diária de forma independente e, assim, determinar as intervenções necessárias. Acredita-se que em decorrência do processo fisiológico de envelhecimento, as perdas funcionais caminhariam das funções mais complexas para as mais básicas (vestir-se, banhar-se, até chegar as de autorregulação como alimentar-se e as de eliminação ou excreção), ressaltando a utilidade da escala em evidenciar a dinâmica da instalação da incapacidade no processo de envelhecimento, estabelecer prognósticos, avaliar as demandas assistenciais e determinar a efetividade de tratamentos (KATZ *et al.*, 1963; DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007; BRASIL, 2007).

Posteriormente, outro instrumento para avaliar as AIVD foi proposto por Lawton e Brody, pois tais atividades são consideradas mais complexas e cuja independência para desempenho está diretamente relacionada com a capacidade de vida comunitária independente, tornando o idoso mais auto-confiante para a vida em comunidade (LAWTON; BRODY, 1969; FREITAS; MIRANDA, 2006; BRASIL, 2007).

Em estudo realizado com 286 idosos atendidos na Estratégia de Saúde da Família do município de Montes Claros, Minas Gerais, que avaliou a capacidade funcional através das escalas de Lawton e Brody e do índice de Katz, verificou-se que a média de idade foi de 71,2 anos, em que 61,9% autorreferiram independentes quanto à capacidade funcional. Porém a dependência tanto nas AIVD quanto nas ABVD foi associada à faixa etária ≥ 75 anos (OR = 6,40), sem companheiro (OR = 3,26), aos que apresentavam sequelas decorrentes de Acidente Vascular Encefálico (AVE) (OR = 51,85), doença cardíaca (OR = 4,18) e aos idosos com Diabetes Mellitus (OR = 3,35) (BARBOSA *et al.*, 2014).

Estima-se que a cada ano, cerca de 10% da população acima de 75 anos se torna dependente em uma ou mais ABVD, o que impede que este idoso resida ou permaneça em sua residência sozinho, atribuindo ao suporte familiar importante papel na manutenção da integridade física e psicológica do indivíduo (DUNLOP *et al.*, 2002).

Em estudo longitudinal, prospectivo realizado com 1.034 idosos inicialmente sem dificuldades nas AIVD, revelou que mulheres com doenças crônicas e maior vulnerabilidade social apresentaram maior densidade de incidência de incapacidade em AIVD. Destacou também que idade maior ou igual a 80 anos e pior percepção de audição em ambos os sexos; acidente vascular encefálico entre homens e idade entre 70-79 anos entre mulheres, foram determinantes da incidência de incapacidade, enquanto que o melhor desempenho cognitivo foi fator protetor em ambos os sexos e melhor equilíbrio para mulheres (ALEXANDRE *et al.*, 2014).

É importante refletir sobre a transformação na estrutura e dinâmica familiar causada pela presença de idosos com limitações na capacidade funcional, pois ao considerar a família como um sistema no qual é possível visualizar a interação entre seus membros, a presença de um idoso dependente compromete todos os componentes do grupo, assim como a saúde do idoso também sofre influência da organização e funcionamento da família (CALDAS, 2003).

O declínio na capacidade funcional deve ser percebido como um âmbito de cuidado, onde os ambientes de apoio devem contribuir para que os idosos vivam vidas independentes e com crescimento pessoal contínuo, amparado no apoio dos profissionais de saúde, na família, e na rede social.

1.3 Hanseníase e o idoso

Algumas doenças, tais como a hanseníase, podem potencializar as dificuldades funcionais e, conseqüentemente, a dependência, devendo ser priorizadas no cuidado desta população.

Assim, a hanseníase, doença crônica, infecciosa, apresenta-se como uma condição de elevado potencial incapacitante. Sua transmissão ocorre através das vias respiratórias superiores de um doente multibacilar não tratado. Manifestando-se através de sinais e sintomas dermatoneurológicos, incluindo manchas, nódulos, placas e infiltrados com alteração de sensibilidade, e/ou comprometimento sensitivo, motor ou autonômico de

nervos periféricos, fomentando o preconceito¹ e o estigma² em relação aos seus portadores. Pessoas de todos os gêneros e idades podem ser acometidas, e estão suscetíveis às incapacidades e/ou deformidades quando não tratados ou tratados tardiamente (BRASIL, 2008; BRASIL, 2010b).

De acordo com o boletim epidemiológico da Organização Mundial da Saúde (OMS) referente aos dados relacionados a hanseníase, em 2014, em 121 países, foram detectados 213.899 casos novos (WORLD HEALTH ORGANIZATION -WHO, 2015). No Brasil, em 2014, foram detectados 31.064 casos novos, o que contribuiu para o alcance do segundo lugar em número de casos detectados no mundo (BRASIL, 2015). No Ceará, no ano de 2014, foram notificados 2.027 casos novos, gerando uma taxa de detecção geral de 22,92/100.000 habitantes, indicador considerado muito alto (20,00 a 39,99/100.000 hab), segundo parâmetros de controle da doença estabelecidos pela OMS e Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2015).

No entanto é válido alertar que a prevalência do fenômeno encontrada foi maior que em estudos anteriores. Em estudo documental, realizado com 967 prontuários de pacientes com hanseníase acompanhados em Centro de Referência em Dermatologia situado em Fortaleza/CE, cujo objetivo foi descrever as características clínicas e epidemiológicas dos pacientes diagnosticados com hanseníase no ano de 2004, sendo revelado que destes, 12% tinham 65 anos ou mais (GOMES *et al*, 2005). Porém como a faixa etária não contemplou os pacientes de 60 a 64 anos no estudo anterior, identificamos outro estudo realizado em 2010 com 652 fichas de notificação de pacientes com hanseníase detectados em Montes Claros/MG, cuja prevalência de pessoas com 60 anos ou mais foi de 19,7% (RIBEIRO JÚNIOR; VIEIRA; CALDEIRA, 2012).

Apesar da eficácia da Poliquimioterapia (PQT) utilizada no tratamento da hanseníase, o paciente pode ser acometido por incapacidades e deformidades físicas permanentes, que constituem uma das causas do estigma e consequente isolamento da pessoa na sociedade.

¹ Sentimento hostil, assumido em consequência da generalização apressada de uma experiência pessoal ou imposta pelo meio. Assim, pode ser definido como uma forma de relação intergrupar onde, no quadro específico das relações de poder entre grupos, desenvolvem-se e expressam-se atitudes negativas e depreciativas além de comportamentos hostis e discriminatórios aos membros de outro grupo (LACERDA; PEREIRA; CAMINO, 2002).

² Resposta negativa às diferenças humanas, que podem ser sinais visíveis ou diferenças de comportamento claros ou sutis. Quando relacionada a uma condição de saúde, trata-se de estigma relacionado à saúde (*The International Federation of Anti-Leprosy Associations - ILEP*, 2011).

Assim, faz-se necessário a adoção de técnicas de prevenção, controle e tratamento das incapacidades e deformidades físicas, de modo a identificar dificuldades nas atividades de vida diária e na participação social.

O manejo de incapacidades físicas na hanseníase é iniciado através da Avaliação Neurológica Simplificada (ANS), que compreende o exame da face, nariz, olhos, membros superiores e membros inferiores. Os resultados dessa avaliação são classificados de acordo com a avaliação do Grau de Incapacidade Física (GIF), instrumento que aponta a existência de incapacidades e/ou deformidades e comumente associado ao diagnóstico tardio. Outro instrumento que auxilia na identificação da extensão das incapacidades apontadas pelo GIF é a graduação Olho – Mão – Pé (OMP) (BRASIL, 2008; RAPOSO *et al.*, 2011).

Porém, além de identificar as incapacidades é preciso conhecer como essas deficiências e/ou o estigma associados à doença afetam a realização das AVD e a participação social do paciente com hanseníase.

Deste modo, a *Screening of Activity Limitation and Safety Awareness* (SALSA), desenvolvida e validada simultaneamente em cinco países, incluindo o Brasil, em 2007, tem como objetivo avaliar a extensão da limitação de atividade e o risco de se aumentar as deficiências durante a realização de AVD em pessoas com hanseníase, diabetes, ou neuropatias periféricas, através da percepção do paciente. Esta escala foi produzida com base na CIF, e abrange perguntas referentes às atividades diárias, de acordo com os seguintes domínios: mobilidade (pés), autocuidado, trabalho (mãos) e destreza (mãos) (SALSA *Collaborative Study Group*, 2007; SALSA *Collaborative Study Group*, 2010).

A avaliação das incapacidades é realizada amplamente e de modo sistemático nos pacientes com hanseníase, porém, com este estudo pretende-se alertar para a condição do idoso com hanseníase, que mesmo sem incapacidade física relacionada a doença, pode apresentar declínio em seu desempenho funcional relacionado ao processo de envelhecimento, que demandará necessidades específicas de cuidado.

Em estudo qualitativo, exploratório, realizado com cinco idosos com hanseníase, que objetivou investigar o significado de ser idoso com a referida patologia, verificou-se que a idade foi o principal fator de limitação para as atividades cotidianas, levando-os a condição de dependência, o que traz consequências negativas na interação social e familiar. Ou seja, neste estudo, os idosos se sentiram mais estigmatizados e rejeitados em relação ao envelhecimento, do que pela hanseníase (SOUZA; SILVA; HENRIQUES, 2006).

Porém a hanseníase deve ser detectada precocemente e ter acompanhamento rigoroso no idoso, pois como demonstrado em estudo analítico, transversal, realizado em Minas Gerais com 186 idosos que apresentaram hanseníase, o grau de incapacidade física gerado pela hanseníase esteve associado com a dependência para AIVD ($p=0,038$) (SILVA *et al.*, 2014)

Considerando a identificação do alcance e os tipos de trajetórias da capacidade funcional e seus determinantes em diferentes populações, como ação prioritária defendida para OMS para a promoção do envelhecimento saudável (OMS, 2015), percebe-se a importância de acompanhar o idoso com hanseníase com base em suas necessidades de cuidados específicos desta etapa da vida, para que recebam cuidados e ações consoantes às limitações funcionais preexistentes e que podem ser acrescidas e/ou agravadas por incapacidades geradas pela hanseníase. Portanto, pesquisas que revelem o panorama complexo de ser idoso com hanseníase, com foco na manutenção da capacidade funcional, são importantes subsídios para um cuidado integralizado.

Diante do exposto, surgem as seguintes questões norteadoras: Qual o perfil socioeconômico e clínico de idosos com hanseníase? Idosos com hanseníase apresentam dependência em suas AVD e AIVD? A escala SALSA avalia a capacidade funcional do idoso com hanseníase, mesmo na ausência de incapacidades geradas pela doença?.

Como pressupostos da tese deste trabalho tem-se que:

- 1) Idosos apresentam declínio da capacidade funcional aliado a condições fisiológicas, patológicas e sociais;
- 2) A hanseníase é uma doença infectocontagiosa de impacto incapacitante com prevalência crescente nos idosos;
- 3) Idosos com hanseníase podem apresentar limitações funcionais agravadas quando não identificadas precocemente, mesmo na ausência de incapacidades geradas pela doença;
- 4) A análise precoce da capacidade funcional de idosos com hanseníase através de instrumentos eficazes direciona o cuidado para as necessidades do paciente.

Portanto pretende-se defender a tese de que o declínio na capacidade funcional do idoso com hanseníase esta relacionada as incapacidades geradas pela patologia e pelo processo de envelhecimento, e que a escala SALSA contribui para a avaliação eficaz da capacidade funcional destes, mesmo que apresentem limitação funcional não associada à doença.

2 OBJETIVOS

- Descrever o perfil socioeconômico e clínico de idosos com hanseníase;
- Verificar a associação entre características clínicas e sócioeconômicas de idosos com hanseníase e o desempenho funcional dos mesmos;
- Identificar as características clínicas e sócioeconômicas de idosos com hanseníase associadas às atividades avaliadas na escala SALSA, no índice de Katz e na escala de Lawton e Brody;
- Avaliar o desempenho funcional de idosos com hanseníase;
- Validar a escala SALSA para uso em idosos.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Estudo descritivo, transversal. O estudo descritivo é utilizado quando visa observar, registrar, analisar, classificar e interpretar os dados sem interferência do pesquisador. Envolve técnica padronizada da coleta de dados, realizada principalmente através de questionários e da observação sistemática (POLIT; BECK, 2011). Essa pesquisa procura descobrir, com precisão possível, a frequência que ocorrem os fenômenos e sua relação com outros fenômenos, através de associações entre variáveis (GIL, 2008).

Este tipo de pesquisa relaciona-se com os delineamentos transversais, pois estes são especialmente apropriados para descrever a situação, o perfil do fenômeno, ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo (POLIT; BECK, 2011).

3.2 Local do estudo

Foi desenvolvido em Centro de Referência para Dermatologia, unidade de referência da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará para tratamento de hanseníase, que foi reconhecido pelo Ministério da Saúde como Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária. Este centro desenvolve atividades de assistência, ensino e pesquisa na área de Dermatologia, buscando desenvolver e apoiar políticas, com destaque para a hanseníase. Constitui-se referência nacional e estadual para acompanhamento de portadores de hanseníase, atendendo uma média de 800 casos novos de hanseníase e cerca de 1.300 pacientes subsequentes por ano, concentrando 70,25% dos casos de hanseníase no município de Fortaleza. Outras doenças como câncer de pele, vitiligo e psoríase também são atendidas neste centro (FORTALEZA, 2011).

A Unidade possui residência médica em dermatologia e oferece estágios nas áreas de Dermatologia Geral e sanitária, para médicos, enfermeiros e outros profissionais da Estratégia Saúde da Família do Estado, médicos do programa de residência médica de saúde da família e comunitária da Escola de Saúde Pública da Secretaria da Saúde do Ceará, estágios para acadêmicos de medicina e enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Universidade Estadual do Ceará, Universidade Estadual do Ceará e Universidade de Fortaleza (FORTALEZA, 2011).

3.3 População e amostra

Considerou-se idoso toda e qualquer pessoa com 60 anos ou mais, conforme definição constante no Estatuto do idoso (BRASIL, 2003).

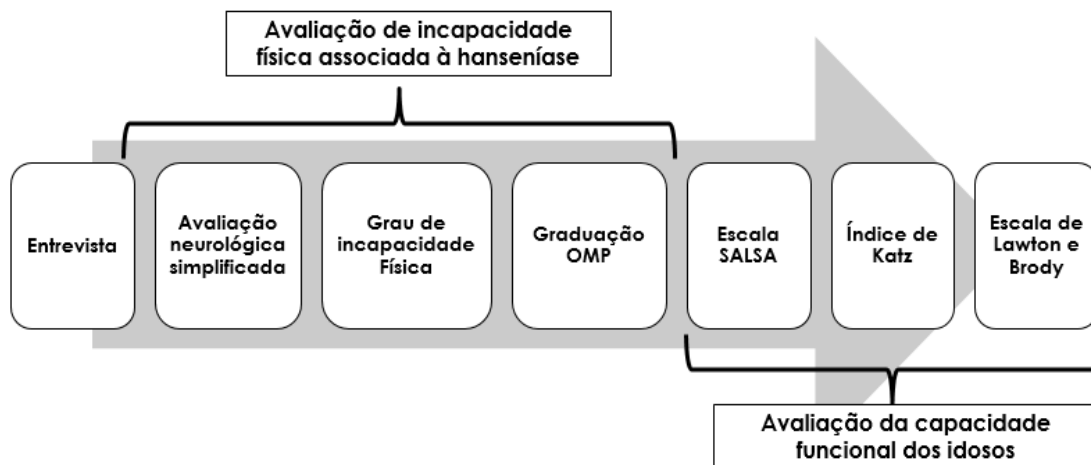
No ano de 2014 foram notificados 2.027 casos novos de hanseníase no Ceará, onde 640 (31,5%) foram notificados no Centro de Dermatologia, local desta pesquisa, sendo 155 casos em idosos, o que corresponde a uma prevalência do fenômeno de 24,22%. Considerando-se os dados de atendimento e notificação mensal de casos de hanseníase em idosos, no período correspondente ao da coleta de dados (junho a agosto) no ano passado, foi estimada uma amostra de 49 pacientes, porém a amostra final deste estudo correspondeu a 77 idosos com hanseníase.

Foram utilizados como critérios de inclusão: ser idoso diagnosticado com hanseníase independente do tempo de tratamento e do grau de incapacidade, não apresentar déficit auditivo e/ou alterações que comprometam a comunicação verbal, e comparecer a unidade para a consulta de prevenção de incapacidades (momento em que será avaliado o GIF). Os idosos que receberam alta da poliquimioterapia para a hanseníase, mas estavam em tratamento e acompanhamento de reação hansênica também foram incluídos. Os critérios de exclusão, foram: idoso com hanseníase que comparecer a unidade exclusivamente para realização de exames laboratoriais, curativos, consulta médica e de enfermagem e outros procedimentos; e que possuísse confusão mental percebida.

3.4 Coleta de dados

As etapas percorridas na coleta de dados estão representadas na Figura 1, e foram detalhadas em seguida nesta seção.

Figura 1. Fluxo das etapas percorridas na coleta de dados.



FONTE: Elaboração própria

Os dados foram coletados por meio de entrevista, que seguiu um formulário contendo perguntas sobre dados socioeconômicos e clínicos da hanseníase (APÊNDICE - A). Os dados referentes aos aspectos clínicos da patologia foram coletados no prontuário de cada participante e complementados com o mesmo, no momento da entrevista.

A equipe de coleta de dados foi composta por quatro bolsistas de iniciação científica, integrantes da Liga Acadêmica em Doenças Estigmatizantes, vinculados ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, e a pesquisadora. Os integrantes da equipe de coleta de dados cursavam do quinto ao sétimo semestre, momento em que já haviam concluído a disciplina de Enfermagem no Processo de Cuidador do Adulto na Atenção Básica, onde o conteúdo sobre hanseníase é visto de forma teórico-prática. Ademais, os alunos participaram de treinamento no dia 19 de junho de 2015 com duração de quatro horas, onde receberam formulário de orientação (APÊNDICE - B), que continha informações sobre local, horário, material e fluxograma de coleta, e critérios de inclusão e exclusão dos participantes, bem como cópia dos instrumentos necessários para coleta, sendo estes: formulário de entrevista, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE - C), a escala Salsa (ANEXO - A), o índice de Katz (ANEXO - B) e a escala de Lawton e Brody (ANEXO - C).

Os pacientes foram selecionados através das listas de marcação de consultas diárias que ficam armazenadas no consultório de prevenção de incapacidades. Estas possuem dados de identificação do paciente, incluindo nome e idade. A equipe de coleta

realizou as entrevistas durante o período de junho a agosto de 2015, de segunda-feira a sexta-feira, no período de 07:00 as 16:00 horas, em ambiente reservado para tal fim, de modo a garantir a privacidade do participante. A entrevista, que teve duração aproximada de 30 minutos, ocorreu imediatamente após a consulta para prevenção de incapacidades, com o objetivo de promover maior fidelidade entre o GIF e sua influência na capacidade funcional.

3.4.1 Avaliação de incapacidade física associada à hanseníase

A determinação do GIF foi realizada mediante o resultado da Avaliação Neurológica Simplificada (ANS) aplicada pelos profissionais do serviço. A ANS envolve o exame da face, membros superiores e membros inferiores. Na face é investigado o comprometimento do nariz e olhos, nos membros superiores e inferiores o exame envolve a palpação de nervos, pesquisa de sensibilidade e avaliação de força muscular (mãos e pés). Ao todo, a ANS padronizada pelo Ministério da Saúde (ANEXO –D), examina sete nervos periféricos, distribuídos na face (nervo facial e nervo trigêmeo), nos membros superiores (nervo ulnar, nervo radial e nervo mediano), e nos membros inferiores (nervo fibular comum e tibial posterior) (BRASIL, 2008). Após a ANS, o profissional de saúde do local da pesquisa registrava o GIF e a graduação OMP era identificada.

O GIF é um indicador epidemiológico utilizado na avaliação de programas de saúde, inclusive permitindo identificar se houve precocidade no diagnóstico (BRASIL, 2008; ARANTES *et al.*, 2010). É uma medida que indica a existência de perda da sensibilidade protetora e/ou deformidades visíveis em consequência de lesão neural e/ou cegueira. Consiste na inspeção, pesquisa da sensibilidade e avaliação da acuidade visual e da mobilidade articular de mãos e pés (BRASIL, 2008; BRANDSMA; VAN BRAKEL, 2003). A graduação OMP é um indicador da gravidade, extensão e desenvolvimento de incapacidades baseado nos achados da avaliação do GIF (BRASIL, 2008; EBENSO; EBENSO, 2007).

Vale ressaltar que o GIF e a graduação OMP podem ser identificados sem a ANS. A análise combinada por meio do GIF e do escore permite uma avaliação mais sensível e crítica da situação dos segmentos acometidos na hanseníase (NARDI *et al.*, 2011).

3.4.2 Avaliação da capacidade funcional dos idosos com hanseníase

Para dimensionar a capacidade funcional dos idosos com hanseníase, foram utilizadas três escalas traduzidas e validadas no Brasil: a escala SALSA (SALSA *Collaborative Study Group*, 2010), o índice de Katz e a escala de Lawton e Brody (FREITAS; MIRANDA, 2006; BRASIL, 2007; DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

A escala SALSA é utilizada para medir a limitação de atividade e a consciência de risco em decorrência de deformidades das pessoas acometidas pela hanseníase, diabetes e outras neuropatias. É importante observar que, mesmo se o participante fizer uso de adaptações/órteses para desempenho de suas atividades diárias, a escala é aplicável, pois possibilitará conhecer o desempenho do sujeito com o auxílio destes equipamentos (BRASIL, 2008).

Durante a aplicação da escala SALSA (ANEXO – A), que tem duração de aproximadamente 15 minutos (BRASIL, 2008), foram realizadas 20 perguntas que abrangem os domínios mobilidade (pés), autocuidado, trabalho (mãos) e destreza (mãos). Para cada questão o participante respondeu “sim” ou “não”. Caso a resposta fosse positiva o entrevistador deveria investigar o nível de facilidade quanto a realização da atividade abordada na questão, se “fácil”, “um pouco difícil” ou “muito difícil”. Para as respostas negativas, o entrevistador também deveria investigar o motivo do paciente não conseguir a atividade avaliada, onde o paciente pôde classificar a motivação em “eu não preciso fazer isso”, “eu fisicamente não consigo” e “eu evito por causa do risco”. A avaliação das respostas negativas é necessária para que se possa identificar o escore de consciência de risco, avaliado também por esta escala, e que determina a atitude de proteção e prevenção de incapacidades por parte do paciente, durante a realização de suas atividades diárias (BRASIL, 2008; SALSA *Collaborative Study Group*, 2010).

O escore final da escala SALSA varia de zero a 80, e escores mais altos são indicativos de crescente limitação na realização de atividades. Os graus de limitação são classificados em: sem limitação (até 24), leve limitação (25 a 39), moderada limitação (40 a 49), grave limitação (50 a 59) e extrema limitação (60 a 80).

Considerando que a escala SALSA também pode sofrer influência de doenças associadas à neuropatia periférica como o Diabetes Mellitus (DM) que tem uma alta prevalência na população idosa, e que aproximadamente 50% da população com DM não sabe que são portadores da doença (BRASIL, 2007), foi considerada como valor de glicemia, o resultado da glicemia de jejum plasmática mais recente no momento da entrevista. A realização deste exame é obrigatória antes do início da PQT, fazendo parte

da rotina do local da pesquisa. Atualmente, classifica-se o resultado da glicose plasmática em jejum em normal ($<100\text{mg/dl}$), tolerância à glicose diminuída ($>100\text{mg/dl}$ a $<126\text{mg/dl}$), e Diabetes Mellitus ($\geq 126\text{mg/dl}$) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD, 2014).

O diabetes auto-referido não deve ser usado como indicador da prevalência do DM em estudos, tanto quanto para a identificação de indivíduos com a doença (LIMA-COSTA *et al.*, 2007).

Também foram verificadas medidas antropométricas dos participantes, para determinação do Índice de Massa Corporal (IMC). O peso corporal foi determinado através de uma balança antropométrica, com precisão de 0,05 Kg, escala de zero a 150 Kg, da marca FILIZOLA. A estatura (cm) foi obtida utilizando-se o estadiômetro correspondente à balança antropométrica, com precisão de 0,1 cm. A estatura foi determinada colocando-se o indivíduo na posição ortostática, completamente reto e com os pés juntos. O cálculo do IMC foi realizado utilizando a fórmula peso (kg) dividido pela altura (cm) ao quadrado do participante. Utilizaram-se os parâmetros específicos para idosos, classificando-os como baixo peso ($\leq 22 \text{ Kg/m}^2$); adequado ou eutrófico (> 22 e $<27 \text{ kg/m}^2$) e sobrepeso ($\geq 27 \text{ Kg/m}^2$) (BRASIL, 2007).

Para a mensuração (ANEXO – E) e avaliação da Pressão Arterial (PA), classificou-se como normotensos se durante a verificação ao acaso apresentasse Pressão Arterial Sistólica (PAS) $<140 \text{ mmHg}$ e Pressão Arterial Diastólica (PAD) $< 90 \text{ mmHg}$, conforme parâmetros da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010).

O índice de Katz (ANEXO – B) é composto por seis itens, que são analisados e pontuados de acordo com a dependência ou independência: banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, controle sobre sua continência e alimentar-se (KATZ *et al.*, 1963; DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007; BRASIL, 2007). Para o índice de Katz, a pontuação máxima é de seis pontos, indicando dependência total para as AVD. Será utilizada para a interpretação dos resultados, a padronização proposta pelo *Hartford Institute for Geriatric Nursing* na utilização do índice de Katz, que classifica o idoso como independente (seis pontos), dependente moderado (quatro a cinco pontos), e muito dependente (menos de 3 pontos) (HARTFORD INSTITUTE FOR GERIATRIC NURSING, 1998).

A escala de Lawton e Brody (ANEXO – C) objetiva avaliar o desempenho funcional da pessoa idosa em termos de atividades instrumentais que possibilita que a mesma mantenha uma vida independente. Esta é composta por nove itens, e possibilita

avaliar se uma pessoa pode preparar suas refeições por conta própria, realizar tarefas de casa, lavar roupas, tomar medicamentos, chegar a locais que nos quais é necessário caminhar por longas distâncias, ir à padaria, manusear dinheiro e usar o telefone. Cada questão admite três respostas, sendo estas: “Sem ajuda” (3 pontos), “Com ajuda parcial” (2 pontos), “Não consegue” (1 ponto). A primeira resposta significa independência, a segunda dependência parcial ou capacidade com ajuda e a terceira, dependência (FREITAS; MIRANDA, 2006; BRASIL, 2007). A pontuação máxima é 27 pontos, em que quanto maior a pontuação maior a capacidade funcional (FREITAS; MIRANDA, 2006; BRASIL, 2007). Ao final, os participantes podem ser classificados como dependentes (9 a 13 pontos), semidependentes (14 a 22 pontos) e independentes (acima de 22 pontos) (LAWTON *et al.*, 1982).

3.5 Organização dos dados para análise

Os dados foram armazenados em banco de dados no Excel, e analisados no *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 17.0, onde foram apresentados em gráficos e tabelas para uma melhor visualização.

Após o exame foi determinado o GIF que varia de zero a dois, onde o GIF zero representa nenhum problema nos olhos, mãos e /ou pés decorrentes da hanseníase, o GIF 1 significa que houve diminuição ou perda da sensibilidade protetora nos olhos, mãos ou pés, e por fim o GIF 2, que é determinado caso o paciente apresente acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a seis metros, lagofalmo e/ou ectrópio, triquíase, e/ou opacidade corneana central, e presença de lesões tróficas e/ou traumáticas, garras, reabsorção, e incapacidades como a mão caída e o pé caído. Ressalta-se que o GIF deve ser determinado para cada estrutura avaliada considerando o lado esquerdo e direito, e que ao final, o GIF do paciente será o maior grau encontrado, não havendo somatório (BRASIL, 2008; EBENSO; EBENSO, 2007; OMS, 2010).

A graduação OMP é o somatório das notas atribuídas individualmente por incapacidade para cada um dos seis segmentos analisados na avaliação do GIF, originando uma pontuação total que varia de zero a 12 pontos, onde um valor superior a quatro implica um comprometimento extenso de, no mínimo, três nervos (BRASIL, 2008; EBENSO; EBENSO, 2007; OMS, 2010).

Realizou-se análise estatística descritiva e inferencial. A análise descritiva ocorreu por meio de frequências absoluta e relativa, média, desvio padrão e Intervalo de

Confiança (IC). As análises inferenciais foram realizadas através da observação da ocorrência ou não de associações entre a capacidade funcional dos idosos com hanseníase e as variáveis socioeconômicas e clínicas, assim como para a concordância entre as escalas através do teste de Razão de Verossimilhança, onde foi fixado um nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

3.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Dermatologia Dona Libânia, conforme as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde, segundo Resolução nº 466/12 (BRASIL, 2012), e obteve parecer favorável sob o protocolo nº 01/2013 (ANEXO – F). Foi garantida aos participantes do estudo a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem, a não-estigmatização, e a não utilização das informações em prejuízos das pessoas. Assim sendo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE-B) possuía informações em linguagem acessível, sobre justificativa, objetivos e procedimentos que foram utilizados na pesquisa, e também meios de contato com o pesquisador responsável.

4 RESULTADOS

Os resultados foram descritos conforme os objetivos propostos. Foi apresentado, inicialmente, o perfil socioeconômico e clínico do paciente idoso, seguido da avaliação da capacidade funcional de idosos com hanseníase, e por último a análise entre as escalas para avaliação da capacidade funcional de idosos com hanseníase e características relacionadas.

4.1 Perfil socioeconômico e clínico de idosos com hanseníase

Entre os 77 (100%) participantes, a média de idade foi de $68,23 \pm 6,11$ anos, variando de 60 a 83 anos, com concentração na faixa etária de 65 a 70 anos (28 – 36,4%). Houve predominância do sexo masculino (49 – 63,6%), em condição de união casado/união estável (51 – 66,2%), procedente de Fortaleza (46 – 59,7%), coabitante com cônjuge e filho(s) (41 – 53,2%), com número de coabitantes médio de $3,79 \pm 1,98$ pessoas, destacando-se a categoria de três a quatro pessoas (35 – 45,5%) (Tabela 1).

Quanto a escolaridade, os participantes apresentaram a média de $4,14 \pm 4,01$ anos de estudo o que refletiu na concentração da escolaridade em quatro a oito anos de estudo (23 – 29,9%), seguido por nenhuma escolaridade (22 – 28,6%). Ressalta-se que dos entrevistados apenas oito (10,4%) idosos concluíram o ensino médio e um (1,3%) o ensino superior.

Tocante a ocupação, 51(66,2%) eram aposentados, 15 (19,5%) possuíam algum tipo de ocupação, como taxista, costureira, vendedor e empregada doméstica, e um (1,3%) idoso com hanseníase não possuía nenhuma fonte de renda. A renda familiar mensal média foi de $2,04 \pm 1,71$ salários mínimos, com predomínio de dois salários mínimos (37 – 48,0%), seguido por menor ou igual a um salário mínimo (27 – 35,1).

Tabela 1. Características sociodemográficas de idosos com hanseníase. Fortaleza, Ceará, 2015. Continua

Variáveis (n= 77)		Nº	%
Idade (em anos completos) $\bar{x}= 68,23$ $S= 6,11$			
60 - 64		25	32,5
65 - 70		28	36,4
71 - 83		24	31,2
Sexo			
Masculino		49	63,6
Feminino		28	36,4
Procedência			
Fortaleza		46	59,7
Outras cidades		31	40,3

Condição de união		
Casado (a) / união estável	51	66,2
Solteiro (a)	26	33,8
Viúvo (a)	17	22,1
Divorciado (a)	06	7,8
Com quem reside		
Cônjuge e filho (s)	41	53,2
Outros arranjos	10	13,0
Somente com filho (s)	08	10,4
Cônjuge	07	9,1
Sozinho	06	7,8
Arranjo trigeracional	05	6,5
Nº de pessoas na família $\chi= 3,79$ $S= 1,98$		
1 a 2	19	24,7
3 a 4	35	45,5
5 ou mais	23	29,9
Escolaridade $\chi= 4,14$ $S= 4,01$ (anos de estudo)		
Nenhuma escolaridade	22	28,6
1 a 3	18	23,4
4 a 8	23	29,9
9 a 15	14	18,2
Ocupação		
Aposentado	51	66,2
Trabalho formal ou no comércio	15	19,5
Pensionista	07	9,1
Aposentado e outro trabalho	03	3,9
Nenhuma fonte de renda	01	1,3
Renda familiar mensal $\chi= 2,04$ $S= 1,71$ (em salário mínimo*)		
Até 1	27	35,1
2	37	48,0
3 a 4	10	13,0
5 ou mais	03	3,9

Fonte: Elaboração Própria. Nota: *Um Salário Mínimo(SM)= R\$ 788,00

Na análise das características clínicas não associadas à hanseníase nos idosos, foram encontradas comorbidades em 55 (71,4%) participantes, onde as mais relatadas foram a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (31 – 56,3%), o Diabetes Mellitus (DM) (23 – 41,8%), e a Catarata (21 – 38,1%). Porém, pode-se perceber que tanto a HAS quanto o DM, estes estavam controlados em sua maioria, visto que o valor glicêmico médio foi de $108,14 \pm 49,39$ mg/dL, com 50 (64,9%) das glicemias classificadas como normal, e 22 (28,6%) das pressões arterial verificadas classificadas como limítrofe. Quanto ao Índice de Massa Corporal (IMC), 37 (48,1%) idosos foram classificados com o IMC normal para a população idosa (Tabela 2).

O uso de corticosteroides foi relatado por 14 (18,2%) dos participantes, e o uso de adaptação e/ou órtese por 47 (61,0%) idosos, onde a adaptação mais citada foi o uso de lentes corretivas (óculos de grau) (37 – 48,1%).

Tabela 2. Características clínicas não relacionadas à hanseníase de idosos com hanseníase. Fortaleza, Ceará, 2015.

Variáveis (n= 77)	Nº	%
Presença de comorbidades		
Sim	55	71,4
Não	22	28,6
Comorbidades presentes (n=55)		
Hipertensão Arterial Sistêmica	31	56,3
Diabetes Mellitus	23	41,8
Catarata	21	38,1
Hipercolesterolemia	13	23,6
Artrite / Artrose	10	18,1
Outras	09	16,3
Deficiência auditiva ou visual	04	7,2
Sequela posterior a Acidente Vascular Cerebral (AVC)	03	5,4
Osteoporose	02	2,6
Índice de Massa Corporal (IMC) $\chi= 26,03$ $S= 3,85$		
Baixo peso (≤ 22 Kg/m ²)	17	22,1
Peso normal (> 22 e <27 kg/m ²)	37	48,1
Sobrepeso (≥ 27 Kg/m ²)	23	41,8
Glicemia (mg/dL) $\chi= 108,14$ $S= 49,39$		
Normal (<100 mg/dL)	50	64,9
Tolerância à glicose diminuída (>100 mg/dL a 126 mg/dL)	15	19,5
Diabetes mellitus (≥ 126 mg/dl)	12	15,6
Classificação da Pressão Arterial		
Ótima	14	18,2
Normal	11	14,3
Limítrofe	22	28,6
Hipertensão estágio 1	08	10,4
Hipertensão estágio 2	02	2,6
Hipertensão sistólica isolada	20	25,9

Fonte: Elaboração Própria.

Como fatores antecedentes ao diagnóstico relacionados a hanseníase em idosos, teve-se: não realização de tratamento anterior para hanseníase (64 – 83,1%), não relato de contato prévio com pessoa com hanseníase (52 – 67,5%), porém no caso de contato prévio, houve o predomínio do contato intrafamiliar (20 – 80,0%) (Tabela 3).

O perfil clínico da hanseníase em idosos revelou preponderância de positividade no índice baciloscópico (40 – 51,9%), porém com discreta diferença em relação ao índice baciloscópico negativo (37 – 48,1%), o que se relaciona com a concentração de casos na forma clínica dimorfa (40 – 51,9%) , e o esquema de tratamento multibacilar (53 – 68,8%). Destaca-se que seis (7,8%) idosos estavam em esquema de tratamento alternativo por complicações relacionadas a Dapsona, principalmente anemia hemolítica.

A reação hansênica esteve presente em apenas 15 (19,5%) casos, onde a reação reversa (13 – 86,6%) foi predominante. A maioria dos idosos com hanseníase apresentou Grau de Incapacidade Física (GIF) zero (46 – 59,7%), e a graduação OMP menor que cinco pontos (71 – 92,2%).

Tabela 3. Características clínicas de idosos com hanseníase. Fortaleza, Ceará, 2015.

Variáveis (n= 77)	Nº	%
Realizou tratamento anterior para hanseníase		
Sim	13	16,9
Não	64	83,1
Contato anterior com pessoa com hanseníase		
Sim	25	32,5
Não	52	67,5
Tipo de contato (n=25)		
Familiares	20	80,0
Vizinho	04	16,0
Colega de trabalho	01	4,0
Índice baciloscópico $\chi= 1,49$ $S= 1,74$		
Positivo	40	51,9
Negativo	37	48,1
Forma clínica		
Dimorfa	40	51,9
Virchowiana	19	24,7
Tuberculóide	15	19,5
Indeterminada	03	3,9
Esquema operacional de tratamento		
Multibacilar	53	68,8
Paucibacilar	18	23,4
Alternativo	06	7,8
Apresenta/ou reação hansênica		
Sim	15	19,5
Não	62	80,5
Tipo de reação hansênica (n=15)		
Reação reversa (tipo I)	13	86,6
Eritema Nodoso Hansênico (tipo II)	02	13,4
Grau de Incapacidade Física (GIF) no diagnóstico		
Zero	46	59,7
Um	15	19,5
Dois	16	20,8
Graduação OMP $\chi= 1,26$ $S= 2,06$		
< 5 pontos	71	92,2
≥ 5 pontos	06	7,8

Fonte: Elaboração Própria.

Na análise de associação entre as características socioeconômicas e clínicas com o GIF foi evidenciada associação com procedência ($p=0,007$), contato prévio com portador de hanseníase ($p=0,02$), e uso de adaptações e/ou órtese ($p=0,04$). Não houve associação entre idade e o GIF ($p=0,642$), o que reforça a acurácia da ANS, pois não houve influência de características associadas com o envelhecimento e o GIF estabelecido.

De modo semelhante, por se tratar de um escore gerado a partir do GIF, foi encontrada correlação da graduação OMP com procedência ($p=0,004$), reação hansênica ($p=0,02$), e uso de adaptações e/ou órtese ($p=0,01$).

4.2 Capacidade funcional de idosos com hanseníase

Na escala de Lawton e Brody foi evidenciada uma média de 22,34 \pm 4,77 pontos, onde prevaleceu a classificação *independente* (45 – 58,5%). Em todas as questões avaliadas a resposta *sem ajuda* foi predominante com percentual sempre superior a 50% das respostas. As questões com maior índice de resposta *com ajuda parcial* foram as relacionadas a mobilidade e ao gerenciamento das finanças pessoais, ambas com 20 (26,0%) respostas. Na resposta *não consegue*, houve a concentração das respostas na questão 07 (21 – 27,3%), seguido por questão 05 (19 – 24,7%), ambas referentes a atividades domésticas (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição dos idosos com hanseníase segundo a Escala de Lawton e Brody. Fortaleza, Ceará, 2015.

Variáveis (n= 77)	Nº	%	IC95%
Classificação Escala de Lawton e Brody			
$\chi= 22,34 S= 4,77$			
Independente (9 a 13 pontos)	45	58,5	46,6 – 69,3
Semidependente (14 a 22 pontos)	27	35,0	24,7 – 46,8
Dependente (23 a 27 pontos)	05	6,5	2,4 – 15,1
	Não consegue	Com ajuda parcial	Sem ajuda
Uso do telefone	10(13,0%)	12(15,6%)	55(71,4%)
Ir a locais distantes	07(9,1%)	20(26,0%)	50(64,9%)
Fazer compras	06(7,8%)	16(20,8%)	55(71,4%)
Preparar as próprias refeições	14(18,2%)	15(19,5%)	48(62,3%)
Arrumar a casa	19(24,7%)	14(18,2%)	44(57,1%)
Realizar pequenos reparos domésticos	17(22,1%)	19(24,7%)	41(53,2%)
Lavar e passar roupa	21(27,3%)	16(20,8%)	40(51,9%)
Tomar remédios com dose e hora corretos	06(7,8%)	17(22,1%)	54(70,1%)
Cuidar das finanças	05(6,5%)	20(26,0%)	52(67,5%)

Fonte: Elaboração Própria.

Para a análise da associação da escala de Lawton e Brody com as variáveis socioeconômicas e clínicas, realizou-se a divisão dos resultados da escala obtidos pelos idosos com hanseníase em *dependente* (dependentes somados aos semidependentes) e *independente*.

Apresentaram associação estatística com a classificação da escala de Lawton e Brody as variáveis *idade* (p=0,012), *com quem reside* (p=0,031), e *escolaridade* (p=0,041).

Na variável *idade* a faixa etária de 60 a 64 anos apresentou 94,0% (n=24), de 65 a 70 anos 100,0% (n=28), e de 71 a 83 anos 83,4% (n=20), apontando para um decréscimo na independência nos mais idosos. Quanto a variável *com quem reside*, apresentou maior independência quem residia *somente com o filho* (07 – 87,5%), *com cônjuge/parceiro(a)* (06 – 85,8%), e *mora sozinho(a)* (05 – 83,4%), revelando um aumento na dependência

relacionado ao número de pessoas em casa disponíveis à ajudar e com o parentesco destas. A independência esteve presente em 27 (69,3%) idosos com *ensino fundamental incompleto ou concluído*, em 10 (62,5%) com *ensino médio incompleto ou concluído*, e oito (36,4%) com *nenhuma escolaridade* (Tabela 5).

Apesar de não apresentar associação estatística, destaca-se que o GIF apresentou valor de $p=0,053$, muito aproximado do ponto de corte ($p<0,05$).

Tabela 5. Distribuição dos idosos com hanseníase segundo a Escala de Lawton e Brody e variáveis categóricas associadas. Fortaleza, Ceará, 2015.

Variáveis	Dependente	Independente	Valor p*
Idade			
60-64 (n=25)	01(4,0%)	24(94,0%)	0,012
65-70 (n=28)	-	28(100,0%)	
71-83 (n=24)	04(16,6%)	20(83,4%)	
Com quem reside			
Somente com filho (s) (n=08)	01(12,5%)	07(87,5%)	0,031
Cônjuge/parceiro(a) (n=07)	01(14,2%)	06(85,8%)	
Mora sozinho (n=06)	01(16,6%)	05(83,4%)	
Cônjuge e filho (s) (n=41)	19(46,3%)	22(53,7%)	
Outros arranjos (n=10)	06(60,0%)	04(40,0%)	
Arranjo trigeracional (n=05)	04(80,0%)	01(20,0%)	
Escolaridade			
Ensino Fundamental incompleto ou concluído (n=39)	12(30,7%)	27(69,3%)	0,041
Ensino Médio incompleto ou concluído (n=16)	06(37,5%)	10(62,5%)	
Nenhuma escolaridade (n=22)	14(63,6%)	08(36,4%)	

Fonte: Elaboração Própria. Nota: * Teste de Razão de verossimilhança.

O índice de Katz apresentou pontuação média de 5,75 ($\pm 0,74$) pontos, com destaque para a classificação *independência total* (67 – 87,0%). As atividades mais executadas sem barreiras foram *banhar-se* e *alimentar-se* com 75 (97,4%) respostas cada, e as com mais dificuldade foram *continência* (05 – 6,5%) e *vestir-se* (04 – 5,2%) (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição dos idosos com hanseníase segundo a Índice de Katz. Fortaleza, Ceará, 2015

Variáveis (n= 77)	Nº	%	IC95%
Classificação Índice de Katz $\chi= 5,75,03$ $S= 0,74$			
Independência total (6 pontos)	67	87,0	76,9 – 93,2
Dependência parcial (4 a 5 pontos)	07	9,1	4,0 – 18,3
Dependente (≤ 3 pontos)	03	3,9	1,0 – 11,7
	Sim	Não	
Banhar-se	75(97,4%)	02(2,6%)	
Vestir-se	73(94,8%)	04(5,2%)	
Higiene pessoal	74(96,1%)	03(3,9%)	
Transferência	74(96,1%)	03(3,9%)	
Continência	72(93,5%)	05(6,5%)	
Alimentar-se	75(97,4%)	02(2,6%)	

Fonte: Elaboração Própria.

A variável *renda familiar mensal* foi a única a associar-se com a classificação do índice de Katz ($p=0,011$). A independência total alcançou 92,0% ($n=23$) dos idosos com renda menor que 1 salário mínimo, 85,7% ($n=06$) com renda maior que três salários mínimos e 84,4% ($n=38$) com renda entre 1 e 2 salários mínimos (Tabela 7).

Tabela 7. Distribuição dos idosos com hanseníase segundo a Índice de Katz e variável associada renda familiar mensal. Fortaleza, Ceará, 2015

Variáveis	Independência total	Dependência parcial	Dependência importante	Valor p*
Renda familiar mensal				
< 1 Salário Mínimo	23(92,0%)	-	02(8,0%)	0,011
1 - 2 Salários Mínimos	38(84,4%)	07(15,6%)	-	
> 3 Salários Mínimos	06(85,7%)	-	01(14,3%)	

Fonte: Elaboração Própria. Nota: * Teste de Razão de verossimilhança

A escala SALSA obteve uma média de 31,56 ($\pm 11,67$) pontos, com concentração nas categorias *leve limitação* (38 – 49,4%) e *sem limitação* (22 – 28,6%) (Tabela 8).

Tabela 8. Distribuição dos idosos com hanseníase segundo a Escala SALSA. Fortaleza, Ceará, 2015

Variáveis (n= 77)	Nº	%	IC95%
Classificação Escala SALSA $\chi= 31,56$ $S= 11,67$			
Sem limitação (até 24 pontos)	22	28,6	19,1 – 40,1
Leve limitação (25 a 39 pontos)	38	49,4	37,8 – 60,8
Moderada limitação (40 a 49 pontos)	12	15,6	8,6 – 26,0
Grave limitação (50 a 59 pontos)	02	2,6	0,4 – 10,0
Extrema limitação (60 a 80 pontos)	03	3,9	1,0 – 11,7

Fonte: Elaboração Própria.

Nesta escala, ao ser apresentada a ação avaliada, o idoso com hanseníase deveria responder com base na sua capacidade de executá-la, graduando a resposta positiva de acordo com seu nível de dificuldade para a execução em *fácil, um pouco difícil, muito difícil*, e a resposta negativa de acordo com a justificativa em *eu não preciso fazer isso, eu fisicamente não consigo, e eu evito por causa do risco*.

Na distribuição das respostas às atividades avaliadas na escala SALSA, 19 atividades apresentaram predomínio de resposta positiva, apenas o item três do domínio *mobilidade (pés)*, relacionado a capacidade de andar descalço teve um maior número de respostas negativas, com destaque para as respostas *eu não preciso fazer isso* (21 – 27,3%) e *eu evito por causa do risco* (18 – 23,4%) (Quadro 1).

As atividades realizadas com maior facilidade foram a capacidade de lavar todo o corpo (domínio autocuidado) (69 – 89,6%), seguido pela capacidade de usar botões em roupas e bolsas (domínio destreza – mãos) (65 – 84,4%), e pela capacidade de manipular objetos pequenos (domínio destreza – mãos) (64 – 83,2%). A atividade realizada com um pouco de dificuldade pela maioria foi a capacidade de sentar ou agachar no chão (domínio mobilidade – pés) (23 – 29,8%).

Os domínios *autocuidado*, *trabalho (mãos)* e *destreza (mãos)* apresentaram predomínio da execução *fácil* em todas as atividades avaliadas.

Quadro 1. Distribuição das respostas de idosos com hanseníase para a Escala de SALSA. Fortaleza, Ceará, 2015

Domínios	Atividades da Escala SALSA (n=77)	Se SIM, o quanto isso é fácil para você?			Se NÃO, por que não?		
		Fácil	Um pouco difícil	Muito difícil	Eu não preciso fazer isso	Eu fisicamente não consigo	Eu evito por causa do risco
	Enxergar	30(38,9%)	25(32,5%)	14(18,2%)		08(10,4%)	
Mobilidade (pés)	Sentar/ agachar no chão	21(27,3%)	23(29,8%)	17(22,1%)	01(1,3%)	13(16,8%)	02(2,6%)
	Andar descalço	17(22,1%)	05(6,5%)	03(3,9%)	21(27,3%)	13(16,8%)	18(23,4%)
	Andar sobre chão irregular	30(38,9%)	19(24,7%)	11(14,3%)	09(11,6%)	06(7,8%)	02(2,6%)
	Andar distâncias mais longas	35(45,5%)	15(19,5%)	15(19,5%)	03(3,9%)	07(9,1%)	02(2,6%)
Autocuidado	Lavar todo o corpo	69(89,6%)	03(3,9%)	04(5,2%)	-	01(1,3%)	-
	Cortar as próprias unhas	26(33,7%)	21(27,3%)	06(7,8%)	05(6,5%)	18(23,4%)	01(1,3%)
	Segurar copo/tigela com conteúdo quente	60(77,9%)	09(11,6%)	02(2,6%)	02(2,6%)	03(3,9%)	01(1,3%)
Trabalho (mãos)	Trabalhar com ferramentas	46(59,7%)	07(9,1%)	02(2,6%)	15(19,5%)	06(7,8%)	01(1,3%)
	Carregar objetos pesadas	33(42,8%)	15(19,5%)	13(16,8%)	04(5,2%)	12(15,6%)	-
	Levantar objetos acima da cabeça	57(74,0%)	07(9,1%)	04(5,2%)	05(6,5%)	04(5,2%)	-
	Cozinhar	42(54,5%)	09(11,6%)	07(9,1%)	16(20,8%)	03(3,9%)	-
	Servir líquidos quentes	52(67,5%)	06(7,8%)	04(5,2%)	11(14,3%)	04(5,2%)	-
	Abrir/fechar garrafas com tampa de rosca	58(75,3%)	08(10,4%)	06(7,8%)	-	05(6,5%)	-
	Abrir vidros com tampa de rosca	56(72,7%)	08(10,4%)	06(7,8%)	01(1,3%)	06(7,8%)	-
Destreza (mãos)	Manipular objetos pequenos	64(83,2%)	04(5,2%)	05(6,5%)	03(3,9%)	01(1,3%)	-
	Utilizar botões	65(84,4%)	04(5,2%)	05(6,5%)	02(2,6%)	01(1,3%)	-
	Colocar linha na agulha	25(32,5%)	16(20,8%)	15(19,5%)	07(9,1%)	14(18,2%)	-
	Manusear pedaços de papel	58(75,3%)	06(7,8%)	03(3,9%)	05(6,5%)	05(6,5%)	-
	Apanhar objetos no chão	40(51,9%)	12(15,6%)	14(18,2%)	01(1,3%)	09(11,6%)	01(1,3%)

Fonte: Elaboração Própria.

Para a análise da associação da classificação da Escala SALSA e variáveis categóricas associadas, os tópicos *Grave limitação* e *Extrema limitação* foram agrupados em *Grave* devido às baixas frequências encontradas em ambas as categorias.

As variáveis associadas estatisticamente a classificação da escala SALSA foram *condição de união* ($p=0,044$) e *tipo de reação hansênica* ($p=0,041$) (Tabela 9).

Na *condição de união* a *limitação leve* esteve presente em 100,0% ($n=03$) dos solteiros, 70,6% ($n=12$) dos viúvos, 49,4% ($n=38$) dos divorciados, e em 41,2% ($n=21$) dos casados. A *limitação grave* foi evidenciada em 6,5% ($n=05$) dos divorciados, 5,9% ($n=03$) dos casados, e em 5,9% ($n=01$) dos viúvos.

No *tipo de reação hansênica*, os idosos com hanseníase sem reação apresentaram predomínio nas *limitações leves* (30 – 48,4%) e *ausentes* (21 – 33,9%), na reação reversa a concentração foi das *limitações leve* (07 – 53,8%) e *moderada* (05 – 38,5%), e apenas dois pacientes encontravam-se com eritema nodoso hansênico, onde um participante apresentou *limitação ausente* e outro *limitação leve*.

Tabela 9. Distribuição dos idosos com hanseníase segundo a Escala SALSA e variáveis categóricas associadas. Fortaleza, Ceará, 2015.

Variáveis	Classificação da limitação				Valor p*
	Ausente	Leve	Moderada	Grave	
Condição de união					
Casado (a) ($n=51$)	15(29,4%)	21(41,2%)	12(23,5%)	03(5,9%)	0,044
Solteiro (a) ($n=03$)	-	03(100,0%)	-	-	
Viúvo (a) ($n=17$)	04(23,5%)	12(70,6%)	-	01(5,9%)	
Divorciado (a) ($n=06$)	22(28,6%)	38(49,4%)	12(15,6%)	05(6,5%)	
Tipo de reação hansênica					
Sem reação ($n=62$)	21(33,9%)	30(48,4%)	07(11,3%)	04(6,5%)	0,041
Reação reversa (tipo I) ($n=13$)	-	07(53,8%)	05(38,5%)	01(7,7%)	
Eritema Nodoso Hansênico (tipo II) ($n=02$)	01(50,0%)	01(50,0%)	-	-	

Fonte: Elaboração Própria. Nota: * Teste de Razão de verossimilhança.

4.3 Análise entre as escalas para avaliação da capacidade funcional de idosos com hanseníase e características relacionadas

Nesta seção foram apresentados os resultados com relação a associação entre as classificações das escalas, e as variáveis associadas as atividades avaliadas por cada escala.

A escala SALSA mostrou-se associada tanto com a escala de Lawton e Brody ($p=0,000$), quanto com o Índice de Katz ($p=0,000$) (Tabela 10).

Na escala de Lawton e Brody os idosos com hanseníase que obtiveram classificação *independente* apresentaram predomínio da *limitação leve* (25 – 55,5%) e da *ausente* (20 – 44,4%) na escala SALSA, sem nenhum idoso classificado com *limitação grave*; os classificados como *semidependentes* concentraram-se na *limitação leve* (12 – 44,4%) e na *moderada* (10 – 37,0%), com três (11,2%) na *limitação grave*; e, por fim, nenhum idoso *dependente* apresentou *limitação ausente*, porém a *limitação grave* (02 – 40,0%) e *moderada* (02 – 40,0%) foram superiores.

Já para o Índice de Katz, os idosos com *dependência importante* apresentaram-se em 100,0% ($n=03$) na *limitação grave* da escala SALSA, os com *dependência parcial* classificaram-se com *limitação leve* (03 – 42,8%), seguida por *moderada* e *grave*, ambas com dois (28,6%) idosos. Os idosos independentes não apresentaram *limitação grave*, porém houve concentração da *limitação leve* (35 – 52,2%) e *ausente* (22 – 32,8%).

Tabela 10. Distribuição dos idosos com hanseníase segundo a Escala SALSA, e sua associação com a Escala de Lawton e Brody e o Índice de Katz. Fortaleza, Ceará, 2015.

Variáveis	Classificação da limitação				Valor p*
	Ausente	Leve	Moderada	Grave	
Escala de Lawton					
Independente (a) (n=45)	20(44,4%)	25(55,5%)	-	-	
Semidependente (n=27)	02(7,4%)	12(44,4%)	10(37,0%)	03(11,2%)	0,000
Dependente (n=05)	-	01(20,0%)	02(40,0%)	02(40,0%)	
Escala de Katz					
Independência total (n=67)	22(32,8%)	35(52,2%)	10(15,0%)	-	
Dependência parcial (n=07)	-	03(42,8%)	02(28,6%)	02(28,6%)	0,000
Dependência importante (n=03)	-	-	-	03(100,0%)	

Fonte: Elaboração Própria. Nota: * Teste de Razão de verossimilhança.

4.3.1 Análise da escala de Lawton e Brody e Índice de Katz segundo variáveis associadas à atividades avaliadas

Neste tópico serão apresentadas a distribuição das variáveis estatisticamente associadas as atividades avaliadas na escala de Lawton e Brody.

A atividade usar o telefone se associou as variáveis com quem reside ($p=0,043$) e escolaridade ($p=0,006$). Na associação com quem reside, todos os idosos que moravam somente com os filhos realizaram a atividade sem ajuda, enquanto 40,0%

(n=04) dos idosos em arranjo trigeracional e 40,0% (n=02) dos idosos em outros arranjos não conseguiram realizá-la. Os idosos com ensino fundamental incompleto ou completo estiveram à frente na realização da atividade sem ajuda (34 – 87,2%), enquanto 31,8% (n=07) dos idosos sem escolaridade não conseguiram executá-la (Tabela 11).

Tabela 11. Distribuição dos idosos com hanseníase segundo a atividade *Usar o telefone* avaliada na Escala de Lawton e Brody e variáveis associadas. Fortaleza, Ceará, 2015.

Atividade Usar o telefone	Não consegue	Com ajuda parcial	Sem ajuda	Valor p*
Com quem reside				
Somente com filho (s) (n=08)	-	-	08(100,0%)	0,043
Cônjuge/parceiro(a) (n=07)	-	01(14,3%)	06(85,7%)	
Mora sozinho (n=06)	01(16,7%)	-	05(83,3%)	
Cônjuge e filho (s) (n=41)	03(7,3%)	09(22,0%)	29(70,7%)	
Outros arranjos (n=10)	04(40,0%)	01(10,0%)	05(50,0%)	
Arranjo trigeracional (n=05)	02(40,0%)	01(20,0%)	02(40,0%)	
Escolaridade				
Ensino Fundamental incompleto ou concluído (n=39)	02(5,1%)	03(7,7%)	34(87,2%)	0,006
Ensino Médio incompleto ou concluído (n=16)	01(6,3%)	04(25,0%)	11(68,7%)	
Nenhuma escolaridade (n=22)	07(31,8%)	05(22,7%)	10(45,5%)	

Fonte: Elaboração Própria. Nota: * Teste de Razão de verossimilhança.

A capacidade de *ir a locais distantes* encontrou associação com as variáveis *idade* (p=0,013), e *IMC* (p=0,010), onde os idosos com idade de 65 a 70 anos a realizavam predominantemente sem ajuda (22 – 78,6%). Já os idosos com idade entre 71 e 83 anos, apresentaram maior dificuldade em realizá-la, visto que 37,5% (n=09) a realizou com ajuda parcial e 20,8% (n=05) não conseguiram. Quanto ao IMC, a maioria dos idosos com peso normal (26 – 70,3%) e baixo peso (12 – 70,6%) a realizaram sem ajuda, enquanto a necessidade de auxílio foi mais presente nos idosos com sobrepeso (10 – 43,4%). Destaca-se que apesar do bom desempenho na atividade pelos idosos com baixo peso, estes também foram maioria nas respostas relacionadas ao não alcance da atividade (04 – 23,5%) (Tabela 12).

Tabela 12. Distribuição dos idosos com hanseníase segundo a atividade *Ir a locais distantes* avaliada na Escala de Lawton e Brody e variáveis categóricas associadas. Fortaleza, Ceará, 2015. *Continua*

Atividade Ir a locais distantes	Não consegue	Com ajuda parcial	Sem ajuda	Valor p*
Idade				
60 – 64 (n=25)	02(8,0%)	05(20,0%)	18(72,0%)	0,013

65 – 70 (n=28)	-	06(21,4%)	22(78,6%)	
71 – 83 (n=24)	05(20,8%)	09(37,5%)	10(41,7%)	
Índice de Massa Corporal				
Baixo peso (n=17)	04(23,5%)	01(5,9%)	12(70,6%)	
Peso normal (n=37)	02(5,4%)	09(24,3%)	26(70,3%)	0,010
Sobrepeso (n=23)	01(4,3%)	10(43,4%)	12(52,3%)	

Fonte: Elaboração Própria. Nota: * Teste de Razão de verossimilhança.

Apenas a idade esteve associada com a capacidade de *fazer compras* ($p=0,021$), sendo realizada sem ajuda na maior parte das vezes por idosos de 65 a 70 anos (24 – 85,7%), enquanto a não execução foi mais apontada por aqueles de 71 a 83 anos (03 – 12,5%) (Tabela 13).

Tabela 13. Distribuição dos idosos com hanseníase segundo a atividade *Fazer compras* avaliada na Escala de Lawton e Brody e idade. Fortaleza, Ceará, 2015.

Atividade Fazer compras	Não consegue	Com ajuda parcial	Sem ajuda	Valor p*
Idade				
60 – 64 (n=25)	02(8,0%)	03(12,0%)	20(80,0%)	
65 – 70 (n=28)	01(3,6%)	03(10,7%)	24(85,7%)	0,021
71 – 83 (n=24)	03(12,5%)	10(41,7%)	11(45,8%)	

Fonte: Elaboração Própria. Nota: * Teste de Razão de verossimilhança.

A ação *preparar as próprias refeições* revelou associação com *idade* ($p=0,020$), *com quem reside* ($p=0,024$), e *classificação da pressão arterial* ($p=0,008$). Idosos com faixa etária de 65 a 70 anos (23 – 82,1%), que residiam com o cônjuge/ parceiro (06 – 85,7%), e com a pressão arterial normal (10 – 90,1%), realizaram a atividade, predominantemente, sem ajuda. A não execução da ação encontrou maiores percentuais em idosos entre 71 a 83 anos de idade (08 – 33,3%), em outros arranjos familiares (04 – 40,0%) e com hipertensão estágio 2 (01-50,0%) (Tabela 14).

Tabela 14. Distribuição dos idosos com hanseníase segundo a atividade *Preparar as próprias refeições* avaliada na Escala de Lawton e Brody e variáveis categóricas associadas. Fortaleza, Ceará, 2015. *Continua*

Atividade Preparar as próprias refeições	Não consegue	Com ajuda parcial	Sem ajuda	Valor p*
Idade				
60 – 64 (n=25)	04(16,0%)	05(20,0%)	16(64,0%)	
65 – 70 (n=28)	02(7,2%)	03(10,7%)	23(82,1%)	0,020
71 – 83 (n=24)	08(33,3%)	07(29,2%)	09(37,5%)	
Com quem reside				
Somente com filho (s) (n=08)	-	02(25,0%)	06(75,0%)	
Cônjuge/parceiro(a) (n=07)	-	01(14,3%)	06(85,7%)	0,024
Mora sozinho (n=06)	01(16,7%)	-	05(83,3%)	
Cônjuge e filho (s) (n=41)	09(22,0%)	09(22,0%)	23(56,0%)	

Outros arranjos (n=10)	04(40,0%)	-	06(60,0%)	
Arranjo trigeracional (n=05)	-	03(60,0%)	02(40,0%)	
Classificação da Pressão Arterial				
Ótima (n=14)	03(21,4%)	02(14,3%)	09(64,3%)	
Normal (n=11)	01(9,1%)	-	10(90,9%)	
Limítrofe (n=22)	02(9,0%)	10(45,5%)	10(45,5%)	0,008
Hipertensão estágio 1 (n=08)	03(37,5%)	-	05(62,5%)	
Hipertensão estágio 2 (n=02)	01(50,0%)	01(50,0%)	-	
Hipertensão sistólica isolada (n=20)	04(20,0%)	02(10,0%)	14(70,0%)	

Fonte: Elaboração Própria. Nota: * Teste de Razão de verossimilhança.

Considerando, ainda, a capacidade do idoso em realizar atividades domésticas, a atividade *arrumar a casa* também esteve associada a *idade* ($p=0,037$), *com quem reside* ($p=0,012$), e com condição de união ($p=0,048$). Nesta ação, a maior parte dos idosos com idade de 65 a 70 anos (20 – 71,4%) também não necessitaram de auxílio para a execução da ação, enquanto o maior número de relatos de não completude da atividade esteve entre os idosos de 21 a 83 anos de idade (10 – 41,7%). Já 100,0% ($n=06$) dos idosos que moravam sozinhos a realizavam sem ajuda, e os em outros arranjos (06 – 60,0%) permaneceram com a superioridade em não conseguir realizar esta atividade doméstica. Quanto a condição de união, os solteiros (03 – 100,0%) e os viúvos (13 – 76,5%) não apresentaram nenhuma dificuldade em executar a arrumação da casa, enquanto para a não cumprimento da atividade os divorciados foram maioria (03 – 50,0%) (Tabela 15).

Tabela 15. Distribuição dos idosos com hanseníase segundo a atividade *Arrumar a casa* avaliada na Escala de Lawton e Brody e variáveis categóricas associadas. Fortaleza, Ceará, 2015.

Atividade Arrumar a casa	Não consegue	Com ajuda parcial	Sem ajuda	Valor p*
Idade				
60 – 64 (n=25)	06(24,0%)	03(12,0%)	16(64,0%)	0,037
65 – 70 (n=28)	03(10,7%)	05(17,9%)	20(71,4%)	
71 – 83 (n=24)	10(41,7%)	06(25,0%)	08(33,3%)	
Com quem reside				
Somente com filho (s) (n=08)	01(12,5%)	01(12,5%)	06(75,0%)	0,012
Cônjuge/parceiro(a) (n=07)	-	01(14,3%)	06(85,7%)	
Mora sozinho (n=06)	-	-	06(100,0%)	
Cônjuge e filho (s) (n=41)	11(26,8%)	11(26,8%)	19(46,4%)	
Outros arranjos (n=10)	06(60,0%)	-	04(40,0%)	
Arranjo trigeracional (n=05)	01(20,0%)	01(20,0%)	03(60,0%)	
Condição de união				
Casado (a) / união estável (n=51)	15(29,4%)	11(21,6%)	25(49,0%)	0,048
Viúvo (a) (n=17)	01(5,9%)	03(17,6%)	13(76,5%)	
Divorciado (a) (n=06)	03(50,0%)	-	03(50,0%)	
Solteiro (a) (n=03)	-	-	03(100,0%)	

Fonte: Elaboração Própria. Nota: * Teste de Razão de verossimilhança.

A capacidade de realizar pequenos reparos domésticos esteve associada com o IMC ($p=0,037$) e a presença de reação hansênica ($p=0,050$), em que idosos com baixo peso (06 – 35,3%) ou sobrepeso (07 – 30,4%), e com reação hansênica (07-46,7%) foram mais frequentes na não realização da atividade, enquanto os idosos com peso normal (22- 59,5%) e sem reação hansênica (35 – 56,5%) estiveram à frente na execução sem ajuda (Tabela 16).

Tabela 16. Distribuição dos idosos com hanseníase segundo a atividade *Realizar pequenos reparos domésticos* avaliada na Escala de Lawton e Brody e variáveis categóricas associadas. Fortaleza, Ceará, 2015.

Atividade Realizar pequenos reparos domésticos	Não consegue	Com ajuda parcial	Sem ajuda	Valor p*
Índice de Massa Corporal				
Baixo peso (n=17)	06(35,3%)	02(11,8%)	09(52,9%)	0,037
Peso normal (n=37)	04(10,8%)	11(29,7%)	22(59,5%)	
Sobrepeso (n=23)	07(30,4%)	06(26,1%)	10(43,5%)	
Apresenta/ou reação hansênica				
Sim (n=15)	07(46,7%)	02(13,3%)	06(40,0%)	0,050
Não (n=62)	10(16,1%)	17(27,4%)	35(56,5%)	

Fonte: Elaboração Própria. Nota: * Teste de Razão de verossimilhança.

Quanto a aptidão em gerenciar uso correto dos medicamentos prescritos houve a associação com a classificação da pressão arterial ($p=0,026$) e da glicemia ($p=0,019$), e o índice bacilosκόpio ($p=0,013$), idosos com pressão arterial (11- 100,0%) e glicemia (41 – 82,0%) normais não apresentaram dificuldades nesta atividade, assim como idosos com índice bacilosκόpio negativo (27 – 73,0%). O uso não consistente foi encontrado em maiores concentrações nos idosos com hipertensão sistólica isolada (03 – 15,0%), diabetes mellitus (02 – 16,7%), e índice bacilosκόpio positivo (06 – 15,0%) (Tabela 17).

Tabela 17. Distribuição dos idosos com hanseníase segundo a atividade *Tomar remédios com dose e hora corretos* avaliada na Escala de Lawton e Brody e variáveis categóricas associadas. Fortaleza, Ceará, 2015. *Continua*

Atividade Tomar remédios com dose e hora corretos	Não consegue	Com ajuda parcial	Sem ajuda	Valor p*
Classificação da Pressão Arterial				
Ótima (n=14)	01(7,1%)	02(14,3%)	11(78,6%)	0,026
Normal (n=11)	-	-	11(100,0%)	
Limítrofe (n=22)	01(4,5%)	06(27,3%)	15(68,2%)	
Hipertensão estágio 1 (n=08)	01(12,5%)	04(50,0%)	03(37,5%)	
Hipertensão estágio 2 (n=02)	-	02(100,0%)	-	
Hipertensão sistólica isolada (n=20)	03(15,0%)	03(15,0%)	14(70%)	
Classificação da glicemia				
Normal (n=50)	03(6,0%)	06(12,0%)	41(82,0%)	0,019
Tolerância à glicose diminuída (n=15)	01(6,7%)	05(33,3%)	09(60,0%)	
Diabetes mellitus (n=12)	02(16,7%)	06(50,0%)	04(33,3%)	

Índice bacilosκόpio				
Positivo (n=40)	06(15,0%)	07(17,5%)	27(67,5%)	0,013
Negativo (n=37)	-	10(27,0%)	27(73,0%)	

Fonte: Elaboração Própria. Nota: * Teste de Razão de verossimilhança.

O quadro 2 a seguir, apresenta a relação das variáveis estatisticamente associadas às atividades avaliadas na escala de Lawton e Brody. As atividades *lavar e passar roupas* e *cuidar das finanças* não associaram-se estatisticamente a nenhuma variável. As variáveis que mais estiveram associadas aos itens foram *idade* (4 atividades) e *com quem reside* (3 atividades).

Quadro 2. Resumo das variáveis estatisticamente associadas aos itens da Escala de Lawton e Brody. Fortaleza, Ceará, 2015.

Escala de Lawton	Valor p*
Uso do telefone	
Com quem reside	0,043
Escolaridade	0,006
Ir a locais distantes	
Idade	0,013
Índice de Massa Corporal	0,010
Fazer compras	
Idade	0,021
Preparar as próprias refeições	
Idade	0,020
Classificação da Pressão Arterial Sistêmica	0,008
Com quem reside	0,024
Arrumar a casa	
Idade	0,037
Condição de união	0,048
Com quem reside	0,012
Realizar pequenos reparos domésticos	
Índice de Massa Corporal	0,037
Apresenta/ou reação hansênica	0,050
Tomar remédios com dose e hora corretos	
Classificação da glicemia	0,019
Classificação da pressão arterial sistêmica	0,026
Índice bacilosκόpio	0,013

Fonte: Elaboração Própria. Nota: * Teste de Razão de verossimilhança.

No Índice de Katz, apenas a atividade *continência* apresentou associação com o GIF ($p=0,003$), onde pacientes com GIF zero apresentaram 100,0% ($n=46$) de independência para a continência, e este percentual decresce a medida que o GIF aumenta, com 93,3% ($n=14$) de independência no GIF um e 75,0% ($n=12$) de independência no GIF dois (Tabela 18).

Tabela 18. Distribuição dos idosos com hanseníase segundo a atividade *Continência* do Índice de Katz e grau de incapacidade física. Fortaleza, Ceará, 2015.

Índice de Katz	Dependente	Independente	Valor p*
Continência			
Grau de incapacidade física			
Zero (n=46)	-	46(100,0%)	0,003
Um (n=15)	01(6,7%)	14(93,3%)	
Dois (n=16)	04(25,0%)	12(75,0%)	

Fonte: Elaboração Própria. Nota: * Teste de Razão de verossimilhança.

4.3.2 Análise da escala SALSA segundo variáveis associadas às atividades avaliadas

Para uma melhor visualização da influência de características socioeconômicas e clínicas com a capacidade relatada em realizar as atividades avaliadas na escala SALSA, foi efetuada a análise de associação destas características com cada uma das ações, que apresentou-se a seguir.

O primeiro item avaliado foi a capacidade de enxergar o suficiente para realizar atividades cotidianas, onde este esteve associado a classificação da glicemia ($p=0,000$) e ao uso de adaptação e/ou órtese ($p=0,037$). Idosos com glicemia normal (24 – 48,0%) conseguiram realizar atividade em nenhuma dificuldade, e os idosos com diabetes foram maioria (06 – 50,0%) na resposta *muito difícil*. Porém, destaca-se que apenas os idosos com glicemia normal (08 – 16,0%) referiram não realizar a atividade por impedimento físico. Idosos com hanseníase em uso de adaptação e/ou órtese (23 – 48,9%) apresentaram maior facilidade de executar a atividade (Tabela 19).

Tabela 19. Distribuição dos idosos com hanseníase segundo a atividade *Enxergar* da Escala SALSA e variáveis categóricas associadas. Fortaleza, Ceará, 2015.

Atividade Enxergar	Fácil	Um pouco difícil	Muito difícil	Não preciso fazer isso	Fisicamente não consigo	Evito por causa do risco	Valor p*
Classificação da glicemia							
Normal (n=50)	24(48,0%)	16(32,0%)	02(4,0%)	-	08(16,0%)	-	<0,0001
Tolerância à glicose diminuída (n=15)	03(20,0%)	06(40,0%)	06(40,0%)	-	-	-	
Diabetes mellitus (n=12)	03(25,0%)	03(25,0%)	06(50,0%)	-	-	-	
Uso de adaptação e/ou órtese							
Sim (n=47)	23(48,9%)	13(27,7%)	05(10,6%)	-	06(12,8%)	-	0,037
Não (n=30)	07(23,3%)	12(40,0%)	09(30,0%)	-	02(6,7%)	-	

Fonte: Elaboração Própria. Nota: * Teste de Razão de verossimilhança.

O item *sentar/agachar no chão* apresentou relação com o GIF ($p=0,020$), com predomínio da resposta muito difícil entre os idosos com GIF dois (07 – 43,7%). Porém, entre os idosos sem incapacidades houve elevada prevalência da resposta um pouco difícil (17 – 37,0%) e estes foram maioria na resposta *eu fisicamente não consigo* (09-19,5%) (Tabela 20).

Quando questionados sobre a capacidade de andar descalço a maioria dos idosos residentes em Fortaleza (16 – 34,8%) referiu realizar com facilidade, enquanto os residentes em outras cidades (11 – 35,5%) apresentaram uma maior consciência de risco, afirmando não executar a atividade por conta do risco envolvido, fazendo com que a procedência estivesse associada estatisticamente a atividade ($p=0,011$). Outra característica associada foi o GIF ($p=0,034$), em que pacientes com GIF um e dois apresentaram mais respostas negativas a execução da ação, com 33,2% ($n=05$) dos idosos com GIF um apontando evitar realiza-la por conta do risco envolvido, e 26,7% ($n=04$) por fisicamente não conseguir, comportamento semelhante aos idosos com GIF dois, com 37,4% ($n=06$) das respostas em *eu evito por conta do risco*, e 31,3% ($n=05$) em *eu fisicamente não consigo*.

Andar sobre chão irregular foi uma ação relacionada a presença de comorbidades ($p=0,039$), reação hansênica ($p=0,016$) e grau de incapacidade ($p=0,016$), em que idosos com GIF zero (26 – 56,6%) e sem comorbidades (14 – 63,7%) ou reação hansênica (33 – 53,3%) apresentaram maior facilidade em realizá-la.

Tabela 20. Distribuição dos idosos com hanseníase segundo as atividades avaliadas no domínio *Mobilidade (pés)* da Escala SALSA e variáveis categóricas associadas. Fortaleza, Ceará, 2015. *Continua*

Domínio Mobilidade (pés)	Fácil	Um pouco difícil	Muito difícil	Não preciso fazer isso	Fisicamente não consigo	Evito por causa do risco	Valor p*
Sentar/agachar no chão							
Grau de incapacidade física							
Zero ($n=46$)	15(32,6%)	17(37,0%)	05(10,9%)	-	09(19,5%)	-	
Um ($n=15$)	03(20,0%)	03(20,0%)	05(33,3%)	01(6,7%)	01(6,7%)	02(13,3%)	0,020
Dois ($n=16$)	03(18,8%)	03(18,8%)	07(43,7%)	-	03(18,7%)	-	
Andar descalço							
Procedência							
Fortaleza ($n=46$)	16(34,8%)	03(6,5%)	02(4,3%)	12(26,1%)	06(13,1%)	07(15,2%)	0,011

Outras cidades (n=31)	01(3,2%)	02(6,5%)	01(3,2%)	09(29,0%)	07(22,6%)	11(35,5%)	
Grau de incapacidade física							
Zero (n=46)	13(28,3%)	04(8,7%)	01(2,2%)	17(37,0%)	04(8,7%)	07(15,1%)	
Um (n=15)	03(20,0%)	01(6,7%)	01(6,7%)	01(6,7%)	04(26,7%)	05(33,2%)	0,034
Dois (n=16)	01(6,3%)	-	01(6,3%)	03(18,7%)	05(31,3%)	06(37,4%)	
Andar sobre chão irregular							
Presença de comorbidades							
Sim (n=55)	16(29,1%)	16(29,1%)	08(14,5%)	07(12,7%)	06(11,0%)	02(3,6%)	
Não (n=22)	14(63,7%)	03(13,6%)	03(13,6%)	02(9,1%)	-	-	0,039
Andar distâncias mais longas							
Idade							
60 – 64 (n=25)	16(64,0%)	01(4,0%)	05(20,0%)	01(4,0%)	02(8,0%)	-	
65 – 70 (n=28)	11(39,4%)	09(32,2%)	02(7,1%)	02(7,1%)	02(7,1%)	02(7,1%)	0,020
71 – 83 (n=24)	08(33,3%)	05(20,8%)	08(33,3%)	-	03(12,6%)	-	
Apresenta/ou reação hansênica							
Sim (n=15)	02(13,2%)	04(26,7%)	07(46,7%)	-	01(6,7%)	01(6,7%)	
Não (n=62)	33(53,3%)	11(17,7%)	08(12,9%)	03(4,8%)	06(9,7%)	01(1,6%)	0,016
Grau de incapacidade física							
Zero (n=46)	26(56,6%)	07(15,2%)	06(13,0%)	03(6,5%)	04(8,7%)	-	
Um (n=15)	07(46,6%)	01(6,7%)	05(33,3%)	-	01(6,7%)	01(6,7%)	0,016
Dois (n=16)	02(12,4%)	07(43,8%)	04(25,0%)	-	02(12,5%)	01(6,3%)	

Fonte: Elaboração Própria. Nota: * Teste de Razão de verossimilhança.

No domínio *trabalho (mãos)* a maioria das atividades investigadas englobam ações relacionadas à atividades domésticas, exceto *trabalhar com ferramentas* e *levantar objetos acima da cabeça*, ações que não se associaram a nenhuma variável sociodemográfica ou clínica.

O primeiro item avaliado neste domínio é a capacidade de carregar objetos pesados, como sacolas de compras, por exemplo. Tal item apresentou associação com o IMC ($p=0,050$), em que a maioria das respostas relacionadas ao impedimento físico em realizá-lo está presente nos idosos com baixo peso (04 – 23,5%) e sobrepeso (04 – 17,3%) (Tabela 21).

As mulheres realizaram com maior facilidade as atividades domésticas *cozinhar* (20 – 71,4%) e *servir líquidos quentes* (24 – 85,7%), porém esta última também apresentou associação com *com quem reside* ($p=0,034$), em que morar sozinho (08 – 100,0%) ou em arranjo trigeracional (05 – 100,0%) também estiveram presentes na maior capacidade de executar a ação sem dificuldades.

A atividade *abrir/fechar garrafas com tampa de rosca* se relacionou com *idade* ($p=0,017$) e *sexo* ($p=0,018$), em que idosos com idade de 65 a 70 anos (24 – 85,7%) e do

sexo masculino (38 – 77,6%) não apresentam nenhuma dificuldade em efetuá-la. Situação que se repetiu no item *abrir/fechar vidros com tampa de rosca*.

Tabela 21. Distribuição dos idosos com hanseníase segundo as atividades avaliadas no domínio *Trabalho (mãos)* da Escala SALSA e variáveis categóricas associadas. Fortaleza, Ceará, 2015. *Continua*

Domínio Trabalho (mãos)	Fácil	Um pouco difícil	Muito difícil	Não preciso fazer isso	Fisicamente não consigo	Evito por causa do risco	Valor p*
Carregar objetos pesados							
Índice de massa coporal							
Baixo peso (n=17)	08(47,1%)	01(5,9%)	04(23,5%)	-	04(23,5%)	-	
Peso normal (n=37)	17(45,9%)	09(24,3%)	05(13,5%)	02(5,4%)	04(10,9%)	-	0,050
Sobrepeso (n=23)	08(34,7%)	05(22,1%)	04(17,3%)	02(8,6%)	04(17,3%)	-	
Cozinhar							
Sexo							
Masculino (n=49)	22(44,9%)	07(14,3%)	04(8,2%)	15(30,6%)	01(2,0%)	-	
Feminino (n=28)	20(71,4%)	02(7,1%)	03(10,7%)	01(3,6%)	02(7,2%)	-	0,014
Servir líquidos quentes							
Sexo							
Masculino (n=49)	28(57,1%)	06(12,2%)	03(6,2%)	11(22,5%)	01(2,0%)	-	
Feminino (n=28)	24(85,7%)	-	01(3,6%)	-	03(10,7%)	-	0,000
Com quem reside							
Somente com filho (s) (n=08)	08(100,0%)	-	-	-	-	-	
Cônjuge/parceiro(a) (n=07)	03(42,8%)	02(28,6%)	-	02(28,6%)	-	-	
Mora sozinho (n=06)	04(66,7%)	02(33,3%)	-	-	-	-	
Cônjuge e filho (s) (n=41)	26(63,4%)	02(4,9%)	04(9,8%)	08(19,5%)	01(2,4%)	-	0,034
Outros arranjos (n=10)	06(60,0%)	-	-	01(10%)	03(30,0%)	-	
Arranjo trigeracional (n=05)	05(100,0%)	-	-	-	-	-	
Abrir/fechar garrafas com tampa de rosca							
Idade							
60 – 64 (n=25)	20(80,0%)	01(4,0%)	02(8,0%)	-	02(8,0%)	-	
65 – 70 (n=28)	24(85,7%)	-	03(10,7%)	-	01(3,6%)	-	0,017

71 – 83 (n=24)	14(58,3%)	07(29,2%)	01(4,2%)	-	02(8,3%)	-	
Sexo							
Masculino (n=49)	38(77,6%)	04(8,2%)	06(12,2%)	-	01(2,0%)	-	0,018
Feminino (n=28)	20(71,4%)	04(14,3%)	-	-	04(14,3%)	-	
Abrir/fechar vidros com tampa de rosca							
Idade							
60 – 64 (n=25)	19(76,0%)	-	02(8,0%)	01(4,0%)	03(12,0%)	-	
65 – 70 (n=28)	23(82,1%)	01(3,6%)	03(10,7%)	-	01(3,6%)	-	0,023
71 – 83 (n=24)	14(58,3%)	07(29,2%)	01(4,2%)	-	02(8,3%)	-	
Sexo							
Masculino (n=49)	38(77,6%)	03(6,1%)	06(12,2%)	-	02(4,1%)	-	0,015
Feminino (n=28)	18(64,3%)	05(17,9%)	-	01(3,5%)	04(14,3%)	-	

Fonte: Elaboração Própria. Nota: * Teste de Razão de verossimilhança.

No domínio *destreza (mãos)* a idade esteve associada com as atividades *manipular objetos pequenos* ($p=0,006$), *colocar linha na agulha* ($p=0,050$), *manusear papel* ($p=0,006$) e *apanhar objetos do chão* ($p=0,037$), cuja a faixa etária de 65 a 70 anos foi predominante em realizar todas as atividades mencionadas acima com facilidade (Tabela 22).

Ainda na ação *colocar linha na agulha* houve a relação com o grau de incapacidade física ($p=0,028$), em que predominou o GIF zero (22 – 47,9%) na facilidade em executá-la, e o GIF dois (05 – 31,3%) na maior dificuldade. Enquanto na atividade *manusear papel* a associação esteve presente no sexo ($p=0,038$), com uma execução sem impedimentos predominante em mulheres (24 – 85,7%).

Tabela 22. Distribuição dos idosos com hanseníase segundo as atividades avaliadas no domínio *Destreza (mãos)* da Escala SALSA e variáveis categóricas associadas. Fortaleza, Ceará, 2015. Continua

Domínio Destreza (mãos)	Fácil	Um pouco difícil	Muito difícil	Não preciso fazer isso	Fisicamente não consigo	Evito por causa do risco	Valor p*
Manipular objetos pequenos							
Idade							
60 – 64 (n=25)	18(72,0%)	-	04(16,0%)	02(8,0%)	01(4,0%)	-	
65 – 70 (n=28)	27(96,4%)	-	01(3,6%)	-	-	-	0,006
71 – 83 (n=24)	19(79,2%)	04(16,7%)	-	01(4,1%)	-	-	
Colocar linha na agulha							
Idade							
60 – 64 (n=25)	07(28,0%)	09(36,0%)	01(4,0%)	02(8,0%)	06(24,0%)	-	
65 – 70 (n=28)	12(42,9%)	04(14,3%)	08(28,6%)	01(3,5%)	03(10,7%)	-	0,050
71 – 83 (n=24)	06(25,0%)	03(12,5%)	06(25,0%)	04(16,7%)	05(20,8%)	-	

Grau de incapacidade física							
Zero (n=46)	22(47,9%)	10(21,8%)	06(13,0%)	02(4,3%)	06(13,0%)	-	
Um (n=15)	01(6,6%)	03(20,0%)	04(26,7%)	03(20,0%)	04(26,7%)	-	0,028
Dois (n=16)	02(12,4%)	03(18,8%)	05(31,3%)	02(12,5%)	04(25,0%)	-	
Apanhar/mexer pedaços de papel							
Idade							
60 – 64 (n=25)	14(56,0%)	03(12,0%)	03(12,0%)	03(12,0%)	02(8,0%)	-	
65 – 70 (n=28)	27(96,4%)	-	-	01(3,6%)	-	-	0,006
71 – 83 (n=24)	17(70,8%)	03(12,5%)	-	01(4,2%)	03(12,5%)	-	
Sexo							
Masculino (n=49)	34(69,4%)	05(10,2%)	03(6,1%)	05(10,2%)	02(4,1%)	-	
Feminino (n=28)	24(85,7%)	01(3,6%)	-	-	03(10,7%)	-	0,038
Apanhar objetos do chão							
Idade							
60 – 64 (n=25)	14(56,0%)	03(12,0%)	05(20,0%)	-	02(8,0%)	01(4,0%)	
65 – 70 (n=28)	16(57,1%)	07(25,0%)	05(17,9%)	-	-	-	0,037
71 – 83 (n=24)	10(41,7%)	02(8,3%)	04(16,7%)	01(4,1%)	07(29,2%)	-	

Fonte: Elaboração Própria. Nota: * Teste de Razão de verossimilhança.

Para as atividades *Lavar todo o corpo, Segurar copo/tigela com conteúdo quente, Trabalhar com ferramentas, Levantar objetos acima da cabeça, Utilizar botões e Cortar as próprias unhas* não foram evidenciadas associações (Quadro 3).

No domínio mobilidade (pés) o GIF associou-se com três dos quatro itens analisados. Já a variável sexo esteve presente nas associações de quatro das cinco questões avaliadas no domínio trabalho (mãos) e a variável idade nos cinco itens investigados no domínio destreza (mãos). Destaca-se que nos domínios relacionados as mãos, o GIF, variável clínica relacionada a incapacidade gerada pela hanseníase, só associou-se ao item *colocar linha na agulha*, estando as demais não associadas à variáveis atribuídas à hanseníase.

Quadro 3. Resumo das características estatisticamente associadas aos itens da Escala SALSA. Fortaleza, Ceará, 2015.

Escala SALSA	Valor p*
Enxergar	
Glicemia	0,000
Uso de adaptação e/ou órtese	0,037
Domínio Mobilidade (Pés)	
Sentar/ agachar no chão	
Grau de incapacidade física	0,020
Andar descalço	
Procedência	0,011

Grau de incapacidade física	0,034
Andar sobre chão irregular	
Comorbidades	0,039
Andar distâncias mais longas	
Idade	0,020
Grau de incapacidade física	0,016
Reação hansênica	0,016
Domínio Trabalho (mãos)	
Carregar objetos pesados	
Índice de massa corporal	0,050
Cozinhar	
Sexo	0,014
Servir líquidos quentes	
Sexo	0,000
Com quem reside	0,034
Abrir/fechar garrafas com tampa de rosca	
Idade	0,017
Sexo	0,018
Abrir vidros com tampa de rosca	
Idade	0,023
Sexo	0,015
Domínio Destreza (mãos)	
Manipular objetos pequenos	
Idade	0,006
Colocar linha na agulha	
Idade	0,050
Grau de incapacidade física	0,028
Manusear pedaços de papel	
Idade	0,006
Sexo	0,038
Apanhar objetos no chão	
Idade	0,037

Fonte: Elaboração Própria. Nota: * Teste de Razão de verossimilhança.

5 DISCUSSÃO

A discussão dos resultados seguiu a mesma sequência da seção anterior, iniciando pelo perfil sociodemográfico e clínico do paciente idoso, seguido da avaliação da capacidade funcional de idosos com hanseníase, e, por fim, a análise entre as escalas para avaliação da capacidade funcional de idosos com hanseníase e características relacionadas.

5.1 Análise do perfil socioeconômico e clínico de idosos com hanseníase

A média de idade encontrada foi inferior a outros estudos realizados no Brasil, porém com concordância quanto ao predomínio da faixa etária de 65 a 69 anos (SANTOS; GRIEP, 2013; LUZ *et al.*, 2014; LOPES *et al.*, 2014).

Apesar da tendência da feminilização do envelhecimento, neste estudo foi verificado um predomínio do sexo masculino, característica comum na hanseníase, com a proporção de aproximadamente dois casos masculinos para cada um caso feminino (OMS, 2010). O predomínio do sexo masculino na hanseníase, pode estar relacionado à questões culturais, em que é permitido ao homem, uma maior socialização, ou seja, uma maior oportunidade de contato, além das atividades laborais.

A maioria dos participantes eram procedentes de Fortaleza, local do estudo, porém houve elevada concentração de pacientes residentes em outros municípios, o que justifica uma avaliação do preparo e educação continuada do profissional de saúde atuante nestes municípios, de modo a refletir no acompanhamento seguro e de qualidade destes pacientes, visto que em muitos pacientes entrevistados não foram detectados critérios para seguimento na unidade secundária.

A descentralização do acompanhamento na hanseníase é uma das principais ferramentas para o controle da doença. Em locais onde a hanseníase é endêmica, os profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) precisam ter um razoável conhecimento sobre a hanseníase, mesmo em uma estrutura integrada, pois a maioria das ações de diagnóstico, tratamento e prevenção de incapacidades podem ser realizadas na APS (OMS, 2010).

Outro fator que contribui para a busca de atendimento distante do local de residência é o estigma social relacionado a hanseníase. Desta maneira o paciente com hanseníase tem a chance de manter o diagnóstico da doença em sigilo, perante sua comunidade.

O estigma social da hanseníase relaciona-se ao medo de manifestações indesejáveis da doença, superstições, erros de conduta quanto ao seguimento da doença no passado e interpretações errôneas de relatos bíblicos (WEISS, 2008).

O casamento ou união estável destacou-se entre os entrevistados, assim como coabitar com cônjuge/ parceiro e filhos, o que pode acompanhar a média de idade deste estudo (idosos jovens). Resultado semelhante foi evidenciado em pesquisa realizada com 259 idosos acompanhados na APS, onde 51,7% dos idosos era casados/ em união estável e 88,4% moravam com a família (SANTOS; GRIEP, 2013).

A vivência em família constitui fator favorável à redução dos sentimentos de solidão, diminuindo o risco de limitação da funcionalidade do idoso. Porém, em estudo realizado com 67 idosos na cidade de Maringá, Paraná, revelou que a independência na velhice e satisfação sobre conquistas na vida diminuem quando o idoso reside somente com seu cônjuge, enquanto que residir com filhos, ser viúvo ou morar sozinho tem relação positiva com a qualidade de vida (MOLITERNO *et al.*, 2012). Outros estudos com grupos diferenciados de idosos que residem com as famílias, mas não participam de atividades extra-familiares têm resultados diferentes, sendo a viuvez e o isolamento negativos à Qualidade de Vida (QV) (CARNEIRO *et al.*, 2007).

O número médio de coabitantes foi semelhante ao apontado em pesquisa realizada com 33 pacientes com hanseníase, que analisou o perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular, onde concluiu-se que 57,4% dos pacientes possuíam famílias compostas de 4 a 6 pessoas (LOPES; RANGEL, 2014).

Quanto a escolaridade, a média dos anos de estudos foi de 4,14 ($\pm 4,01$), destacando-se a diferença de apenas um idoso entre as faixas escolares predominantes, de quatro a oito anos de estudo e nenhuma escolaridade. A taxa de analfabetismo deste estudo foi discretamente superior a taxa nacional para idosos (26,6%), porém inferior a taxa do Nordeste (47,2%) (BRASIL, 2013).

Apesar da melhora nas condições sociais que impulsionam a expectativa de vida, a escolaridade dos idosos ainda é muito baixo, onde aproximadamente 50% da população idosa no Brasil possui apenas o primeiro grau (OLIVEIRA, 2011).

Destaca-se que a baixa escolaridade pode comprometer o empoderamento dos pacientes, limitando seu entendimento e dificultando a adoção de comportamentos e ações preventivas, o que influencia diretamente o nível de qualidade de vida destes pacientes.

A aposentadoria foi a principal fonte de renda relatada pelos idosos, porém 19,5% ainda possuíam alguma atividade laboral com fim lucrativo. A aposentadoria é um direito adquirido por contribuição individual ou proporcional ao tempo de serviço, conforme exigências da previdência social brasileira (BRASIL, 1999). Atualmente, está vigente a Lei nº13.183, em que o cálculo para a concessão da aposentadoria levará em consideração o número de pontos alcançados somando a idade e o tempo de contribuição do segurado – a chamada Regra 85/95 Progressiva, que possui alterações previstas de acordo com a projeção de expectativa de vida do brasileiro (BRASIL, 2015). É provável que a maioria dos que têm renda familiar de 1 salário mínimo seja beneficiário da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), o chamado benefício de prestação continuada garantido na Constituição de 1988 e referendado no Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

A continuidade ou reinserção do idoso no mercado de trabalho, concomitante a aposentadoria, é importante pela possibilidade de interação e participação na vida social, ou seja, sair da condição de isolamento e ter a oportunidade de convívio intergeracional.

A renda familiar mensal média encontrada neste estudo confirma o esperado para a população do município de Fortaleza e corrobora pesquisa realizada por Lopes e Rangel (2014), mas foi inferior a renda familiar média brasileira (BRASIL, 2013).

A hanseníase relaciona-se com baixa renda familiar ou *per capita*, baixa escolaridade e falta de condições básicas de saúde, reafirmando a idéia da hanseníase ser uma doença cujo componente social é preponderante (MAGALHÃES; ROJAS, 2007).

Em estudo multicêntrico, realizado em sete estados brasileiros das regiões Norte, Nordeste, Sudeste e Sul, com 3.478 idosos residentes na comunidade, verificou-se que o perfil da amostra foi composto por idosos com idade entre 65 a 69 anos (34,7%), casados (48,0%), residentes com filhos (28,2%) seguido por cônjuge e filhos (24,8%), com média de 4,2 anos de estudo, e com renda média de 3,7 salários mínimos, porém nas cidades nordestinas a renda foi menor, chegando a 2,8 salários mínimos em Campina Grande, Paraíba. Quanto a fonte de renda 76,0% dependiam da aposentadoria e 15,0% exerciam alguma atividade remunerada (NERI *et al.*, 2013). Tais dados corroboram o perfil socioeconômico encontrado nos idosos deste estudo.

Comorbidades não associadas a hanseníase, principalmente, HAS, DM e catarata, foram observadas na maioria dos participantes do estudo, resultado semelhante a outros estudos brasileiros (BATISTA; SILVA; OLIVEIRA, 2014; PIMENTA *et al.*, 2015)

Apesar do processo de envelhecimento não apresentar-se intrinsecamente relacionado a doenças e incapacidades, as doenças crônico-degenerativas são frequentes nesta população, estando diretamente relacionadas a uma menor capacidade funcional.

Quanto aos dados relacionados a hanseníase, ressalta-se que 16,9% dos idosos estavam vivenciando o tratamento pela segunda vez, dado superior a pesquisa realizada com idosos com hanseníase na colômbia (CORTÉS; BOTERO; RODRÍGUEZ, 2008), e que dentre aqueles que confirmaram contato prévio com pessoa com hanseníase, a maioria relatou o contato intrafamiliar.

Em estudo descritivo realizado com o objetivo de apresentar os aspectos associados à recidiva da hanseníase, observou-se que um idoso tem 4 vezes mais chance de apresentar o evento em relação a criança (ARAÚJO *et al.*, 2015). Em estudo retrospectivo caso-controle, conduzido com 159 pacientes maiores de 15 anos diagnosticados com hanseníase em cinco municípios do Estado de Mato Grosso, a ocorrência de recidiva mostrou-se associada a residir com mais de cinco pessoas (OR = 2,1; IC95% : 1,03;4,36) (FERREIRA; IGNOTTI; GAMBA, 2011).

Predominou no perfil clínico da hanseníase em idosos a positividade no índice baciloscópico, forma clínica dimorfa e esquema de tratamento multibacilar. Destaca-se a presença de idosos em esquema de tratamento alternativo por complicações relacionadas a Dapsona, principalmente anemia hemolítica.

A anemia em idosos com hanseníase alcança a prevalência de 22,4% na faixa etária de 60 a 69 anos e 33,8% naqueles com 70 anos ou mais, e do sexo masculino. No sexo feminino os percentuais chegam a 33,8% e 46,0%, respectivamente (KIM; KIM; KIM, 2014). Apesar dos efeitos negativos relacionados ao uso prolongado da dapsona em pacientes com hanseníase, estudo caso-controle que teve como objetivo investigar o estado de sarcopenia em 44 idosos que haviam realizado tratamento para a hanseníase, concluiu que estes apresentaram maior massa muscular esquelética e força muscular sobre os idosos sem o uso do tratamento, sugerindo um potencial efeito anti-sarcopênicos da dapsona (LEE *et al.*, 2015).

A predominância de casos multibacilares indica a presença de formas clínicas mais graves e a magnitude da infecção na comunidade (WHO, 2015).

Em estudo colombiano realizado com 433 idosos com hanseníase as características associadas ao perfil clínico dos pacientes foram: média de idade de 68,7 anos, sexo masculino (69,1%), casos multibacilares (51%) com 41,6% da forma clínica

dimorfa (CORTÉS; BOTERO; RODRÍGUEZ, 2008). Estes dados se assemelham aos achados do presente estudo.

A predominância do GIF zero na amostra estudada constitui fator positivo, visto que a instalação do GIF 2 indica falta de conhecimento sobre os primeiros sinais de hanseníase e de busca de casos suspeitos na comunidade. Isso repercute na capacidade do sistema de saúde em reconhecer e tratar a hanseníase precocemente (WHO, 2015). Situação que explica a associação entre o GIF e a procedência, visto que pacientes residentes em cidades do interior possuem maior dificuldade de acesso aos serviços especializados, e também levanta a discussão sobre a capacidade dos profissionais de saúde destes locais para detecção precoce e manejo da hanseníase.

5.2 Capacidade funcional de idosos com hanseníase

A maioria dos idosos mostrou-se independente na escala de Lawton e Brody para avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), com maior concentração de respostas negativas a capacidade de executar a ação, nas questões relacionadas a atividades domésticas, o que interage com as variáveis associadas *idade, com quem reside e escolaridade*.

O índice de Katz para avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), também identificou a predominância de idosos em *independência total*, em que as atividades executadas com maior dificuldade foram continência e vestir-se. O índice também esteve associado a renda familiar mensal, onde idosos com renda menor que 1 salário mínimo foram mais independentes.

Pesquisa realizada no município de Lafaiete Coutinho, Bahia, com 315 idosos observou que 42,3% dos participantes eram independentes para as duas escalas. Os dados revelaram que a maior frequência de dependência em ABVD foi observada na variável controle de esfíncter (continência) (8,5%), seguida de tomar banho (5,4%). Entre as AIVD, observou-se dependência predominante no uso do telefone (36,6%), e ir a lugares sozinho (25,1%) (FREITAS *et al.*, 2012).

Em estudo semelhante que analisou a capacidade funcional de 1.624 idosos na região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, identificou que 64,2% dos participantes eram independentes para realizar todas as AIVD e ABVD, e que entre as AIVD, as limitações para realização de tarefas domésticas (27,9%) e para fazer compras (22,1%) foram as mais relatadas, e entre as ABVD, a dificuldade para levantar-se da

cama foi a mais frequente (13,5%), seguida daquelas para vestir-se (10,9%) e para mover-se entre cômodos da casa (10,3%) (FIALHO *et al.*, 2014).

No entanto, ao considerar a capacidade funcional de idosos com hanseníase, estudo descritivo realizado com 30 idosos residentes em um ex leprosário brasileiro, identificou média de idade de 78,22 anos, com predomínio do sexo feminino (76,7%), estado mental sem alterações (60,0%), e como principais comorbidades a HAS (53,7%) e o DM (10,0%). Na análise da capacidade funcional, 66,7% dos idosos foram independentes para as AIVD, em que a capacidade para vestir-se foi a menos relatada (73,3%), e usar medicamentos corretamente foi a mais facilmente executada (60,0%) (SAVASSI *et al.*, 2014).

Pesquisa realizada com 186 idosos com hanseníase residentes em antigo hospital colônia em Minas Gerais, detectou que 79,8% dos participantes apresentavam GIF 2 de incapacidade, 83,3% eram independentes para as ABVD, e 10,2% para as AIVD, onde o GIF esteve associado com as AIVD ($p=0,038$) (SILVA *et al.*, 2014).

As pesquisas descritas acima revelam que os achados deste estudo estão consoantes com outras realidade nas quais idosos estão inseridos, onde a capacidade funcional parece declinar em idades mais elevadas, e que é preciso estar atento as ações realizadas com dificuldade, ou não realizadas por estes idosos, para uma melhor elaboração do plano de cuidados. Porém, na situação de ser idoso com hanseníase, não encontraram-se estudos que abordassem a capacidade funcional de idosos com hanseníase não residentes em Instituições de Longa Permanência (ILP) que pudessem discutir com os dados do presente estudo, o qual não detectou alta prevalência de GIF positivo nos participantes.

A hanseníase possui uma alta carga de preconceito e estigma, devido a antiga política de controle da doença, em que se incentivavam a construção de leprosários e isolamento compulsório, onde uma vez diagnosticado, o paciente era excluído da sociedade independente de sexo ou idade (BORENSTEIN *et al.*, 2008).

A política de isolamento compulsório foi encerrada em 1962, e os hospitais permitiram a saída dos internos para a realização do tratamento ambulatorial, porém muitas pessoas escolheram permanecer nos asilos-colônia em virtude da perda dos vínculos com o mundo externo, principalmente sua rede social (CASTRO; WATANABE, 2009).

A escala SALSA obteve concentração nas categorias *leve limitação* e *sem limitação*, onde a atividade realizada com maior facilidade foi a capacidade de lavar todo

o corpo, e como dificuldade foi a capacidade de sentar/agachar no chão. As variáveis associadas estatisticamente a SALSA foram a *condição de união* e *tipo de reação hansênica*.

A ausência de estudos abordando a capacidade funcional de idosos com hanseníase através da escala SALSA impossibilita a confrontação de achados nesta população, porém em pesquisa conduzida no município de Araguaína, Tocantins, com 282 pessoas com hanseníase com idade média de 45,8 anos, revelou que a escala SALSA apresentou correlação estatística com idade mais avançada ($r = 0,40$; $p < 0,0001$) e com o grau da limitação funcional ($r = 0,54$; $p < 0,0001$) (MONTEIRO *et al.*, 2014).

Em estudo descritivo realizado com 104 pacientes com hanseníase acompanhados em Sergipe, identificou-se que a maioria dos participantes era composta por homens (53,8%), com média de idade de 48 anos, e 5 anos de estudo. A escala SALSA apresentou média de 31 pontos, com 50% da amostra apresentando leve limitação, não sendo apontada associação estatística com GIF, sexo ou reação hansênica (SANTOS *et al.*, 2015).

Apesar do estudo acima não ter sido realizado com idosos, características como sexo, anos de estudo, os resultados da avaliação por meio da escala SALSA foram concordantes com o presente estudo, em exceção da não relação com a reação hansênica.

Os episódios reacionais contituem eventos imunoinflamatórios, com sintomatologia aguda localizada ou sistêmica, ocorrendo em tempos distintos (antes, durante ou após o tratamento). A detecção precoce destes eventos traz grandes benefícios para os pacientes devido a possibilidade de intervenção terapêutica imediata, evitando a evolução para maior gravidade e desenvolvimento de incapacidades (ANDRADE; NERY, 2014).

5.3 Análise entre as escalas para avaliação da capacidade funcional de idosos com hanseníase e características relacionadas

Os três instrumentos utilizados nesta pesquisa apresentaram-se associados entre si, mostrando convergência em seus achados, o que sugere uma possível aptidão da escala SALSA em ser utilizada para avaliação da capacidade funcional de idosos sem hanseníase, visto que as demais escalas foram validadas para tal finalidade.

Porém para tentar identificar a influência da idade ou outros fatores sociodemográficos e clínicos com o padrão de respostas para as atividades analisadas nas escalas, foi realizada análise de correlação entre tais variáveis com cada item avaliado.

5.3.1 Análise da escala de Lawton e Brody e Índice de Katz segundo variáveis associadas às atividades avaliadas

A atividade *usar o telefone* se associou as variáveis *com quem reside* e *escolaridade*. Na maioria das vezes, idosos que residem apenas com os filhos exercem a função de provedor e cuidador do núcleo familiar, necessitando assim, desenvolver habilidades para tal função, como a aproximação com a tecnologia. Os idosos que residem em outros arranjos familiares, como por exemplo com sobrinhos ou cuidador, podem apresentar dificuldade para realização desta atividade, visto a presença de outras pessoas no domicílio para realizar tal função, situação válida também para idosos em arranjo trigeracional. Este achado sugere que a manutenção e estímulo à autonomia do idoso é fundamental para que ele não perca esta capacidade. A tendência dos mais jovens é “fazer pelo idoso” por este ser mais lento e ter dificuldades de compreensão do mundo tecnológico ao qual foi introduzido com muita rapidez, sendo necessária esta adaptação que, por vezes, é extremamente difícil.

As Novas Tecnologias da Informação e Comunicação (NTIC) podem contribuir para a segregação da população idosa na sociedade atual, visto que esta pode apresentar dificuldades de âmbito cognitivo, motor, e financeiro. Estima-se que não ser capaz de utilizar as NTIC acarretará limitações na capacidade funcional dos idosos (TAVARES; SOUZA, 2012).

Quanto a escolaridade, sabe-se que esta exerce papel fundamental na capacidade de assimilação de novos conhecimentos, inclusive no manuseio de novas tecnologias (SOARES; ISTOE, 2015).

A capacidade de *ir a locais distantes* de forma independente, sem a necessidade de auxílio ou planejamentos especiais esteve relacionada com a *idade* e ao IMC, apresentando-se mais comprometida com o avançar da idade, resultado semelhante ao apontado em estudo epidemiológico com 316 idosos residentes na comunidade, em que em ambos os sexos, a prevalência de limitação funcional foi maior nos grupos etários de 70-79 anos e ≥ 80 anos, com as mulheres apresentando maior limitação a partir dos 70 anos e os homens, a partir dos 80 anos (PINHEIRO *et al.*, 2013). A cidade onde o estudo

foi realizado, e de onde provem a maioria dos entrevistados, não está adaptada às limitações do idoso, seja na arquitetura das ruas e calçadas, nos equipamentos sociais e transportes urbanos. Esta limitação relacionada à idade pode ser associada ao processo natural do envelhecimento mas ampliada pelas dificuldades de transitar cotidianamente em meio a tantas limitações do meio.

Entretanto, em estudo com 233 idosos que objetivou identificar a associação entre estado nutricional e dependência funcional dos idosos, em Uberlândia, Minas Gerais, destacou-se que o baixo peso se associou à dependência funcional, em que idosos com baixo peso tinham uma razão de prevalência de dependência de 1,20 vezes àquela dos eutróficos, assim como, a idade também se associou à dependência, com razão de prevalência de 1,19, para os longevos (SOUSA *et al.*, 2014). No presente estudo os idosos com baixo peso e eutróficos apresentaram prevalência similar na realização da atividade sem limitação, porém entre as respostas *não consegue*, os idosos com baixo peso foram predominantes.

Apenas a idade esteve associada com a capacidade de *fazer compras*, que foi realizada com mais dificuldade a medida que a idade aumentou. Esta atividade não envolve apenas o ato de comprar, mas pode estar relacionada a outros fatores, como a necessidade de locomoção para pontos distantes, a habilidade para gerenciar dinheiro e a aptidão para transportar as compras, aspectos que podem comprometer-se com o envelhecimento, discutidos anteriormente.

A ação *preparar as próprias refeições* revelou associação com a *idade*, *com quem reside*, e *classificação da pressão arterial*, onde a idade avançada, residir em outros arranjos familiares e hipertensão estágio 2, foram fatores presentes na não realização da ação. Tais fatores refletem a realidade do idoso que possui comorbidades e necessita de auxílio em suas AIVD, principalmente as relacionadas as atividades domésticas que requerem maior esforço e capacidade física, aspectos diminuídos com o aumento da idade e a presença de comorbidades (PINTO; NERI, 2013).

Estudo observacional, transversal, com 101 idosos conduzido em Belo Horizonte, Minas Gerais, destacou que baixos níveis de capacidade funcional se associaram com níveis elevados de pressão arterial (GONÇALVES *et al.*, 2014).

Outra atividade doméstica que apresentou associação com *idade* e *com quem reside* foi *arrumar a casa*, com influência, também, da condição de união. Tais fatores refletem aspectos socioculturais no cotidiano do idoso, visto que idosos que residem sozinhos, ou somente na companhia do companheiro ou do(s) filho(s), exercem o papel

de responsáveis pelas atividades domésticas, principalmente quando são do sexo feminino. Este aspecto pode ser visto também na influência da condição de união com esta atividade, visto que entre os idosos que mais a realizaram sem auxílio estavam os viúvos, porém, destaca-se que 70,5% destes eram mulheres.

Estima-se que as mulheres despendam em média 3,9 horas por dia em tarefas domésticas leves, moderadas e vigorosas, atividades que somadas cuidado da família, proporcionam um gasto elevado de energia (TRIBESS; VIRTUOSO JÚNIOR; PETROSKI, 2009).

A associação do peso com a capacidade de realizar pequenos reparos domésticos, aponta para uma possível diminuição da massa muscular no baixo peso, e para a dificuldade em realizar atividades que exerçam esforço físico no idoso com sobrepeso. Neste estudo não foram realizadas avaliações complementares com intuito de detectar a presença da síndrome da fragilidade do idoso com hanseníase, situação em que o idoso apresenta perda de peso sem motivo e diminuição da força de preensão palmar, eventos associados a diminuição da massa muscular no idoso ou de aptidão física (LANA; SCHNEIDER, 2014).

A capacidade em realizar pequenos reparos também esteve relacionada com reação hansênica, evento agudo da hanseníase e, quando não detectado e tratado precocemente, pode levar à incapacidades. De acordo com o tipo de reação esta pode manifestar neurites, agravamento de lesões antigas, edema de mãos, febre e mal-estar geral, ou seja, é um estado em que o paciente se encontra debilitado e, muitas vezes, inapto para realizar atividades com maior esforço físico (ANDRADE; NERY, 2014).

Em pesquisa epidemiológica transversal, envolvendo 120 pacientes em tratamento de surto reacional de hanseníase, constatou-se que a mediana da idade dos pacientes estudados foi de 48 anos, sendo a maioria deles do sexo masculino, casado, de cidades do interior, com primeiro grau incompleto, aposentada ou gozando de licença saúde e com renda familiar de um a dois salários mínimos vigentes. Quanto ao impacto da reação hansênica em sua qualidade de vida, os participantes apontaram que houve maior comprometimento nas atividades profissionais e de lazer (COSTA *et al.*, 2012).

No tópico que envolve a aptidão em gerenciar uso correto dos medicamentos prescritos percebeu-se que idosos em normalidade de pressão arterial e glicemia conseguiam manter o uso correto e consistente da terapêutica sem dificuldades, o que pode refletir em um melhor controle da hipertensão e da diabetes nestes pacientes. A

incapacidade de gerenciar esse cuidado esteve associada a situações em que tais doenças não se encontram controladas, e ainda estavam a meio ao índice baciloscópico positivo.

O índice baciloscópico positivo está presente nas formas clínicas multibacilares da hanseníase, em que o tratamento envolve um número maior de medicamentos, quando comparado a poli-quimioterapia de pacientes paucibacilares.

A dificuldade em seguir os tratamentos prescritos envolve a predisposição do paciente e a capacidade cognitiva em entender a terapêutica, fatores que podem comprometer-se ainda mais quando há a presença de comorbidades em que o paciente precisa gerenciar um extenso número de medicamentos.

Idosos acompanhados na APS, não possuem hábitos bem definidos quanto aos cuidados para evitar erros no uso de medicamentos, e dentre as características associadas a este processo estão a renda e a escolaridade (DUARTE *et al.*, 2012).

No Índice de Katz, apenas a atividade *continência* associou-se com outra variável, sendo esta o GIF, em que a presença de incontinência surgiu com o aumento do GIF, principalmente no GIF dois. Não foram identificadas referências para justificar tal associação, porém em relato de pacientes com casos de bexiga neurogênica secundária, a hanseníase esteve associada a um caso, em que a incontinência urinária estava presente devido à atonia esfíncter, porém com complacência vesical normal (ABOUTAIEB *et al.*, 1996). As informações acima suscitam a realização de pesquisas prospectivas que analisem tal relação.

5.3.2 Análise da escala SALSAS segundo variáveis associadas às atividades avaliadas

O diabetes mellitus tem como um de seus comprometimentos mais frequentes a diminuição da acuidade visual (CECILIO *et al.*, 2015), fato que pode ter influenciado na dificuldade de enxergar relatada pelos idosos com hanseníase e diabetes. O predomínio de idosos com glicemia normal na resposta *eu fisicamente não consigo*, pode estar relacionada com a presença de outras alterações oculares e visuais comuns no envelhecimento, como a presbiopia, catarata e opacidade corneana (BRAVO FILHO *et al.*, 2012). É importante destacar que as alterações visuais constituem fatores de risco importantes para quedas nos idosos (PIOVESAN; PIVETTA; PEIXOTO, 2011).

Ainda analisando a capacidade de enxergar, os idosos em uso de adaptação e/ou órtese realizaram a atividade com total facilidade. A principal adaptação utilizada pelos participantes do estudo foram os óculos para correção da acuidade visual (82,9%), que

influenciam diretamente e efetivamente para uma melhora na execução da atividade avaliada.

A incapacidade física relacionada a hanseníase impede o paciente de realizar atividades motoras. Porém na associação entre GIF e a capacidade de sentar no chão foi visto que mesmo na ausência de incapacidades os idosos com hanseníase apresentaram dificuldade em executar a ação, ou estavam fisicamente impedidos, o que direciona para a relação do envelhecimento e outras comorbidades neste caso, aspectos discutidos anteriormente.

A proximidade com a unidade de saúde pareceu influenciar no comportamento preventivo “não andar descalço”, afirmado pela maioria dos idosos residentes em outros municípios. O acesso aos diversos níveis de atenção à saúde apresenta-se, atualmente, como uma barreira da gestão do cuidado, visto que a acessibilidade é reconhecida como a relação entre a localização da oferta do serviço e o usuário, incluindo o envolvimento de meios de transportes disponíveis, distância e os custos envolvidos no deslocamento (OLIVEIRA; CARVALHO; TRAVASSOS, 2004).

Para a atividade *andar descalço*, os idosos com hanseníase que apresentavam GIF um e GIF dois concentraram suas respostas em *fisicamente não consigo e evito por causa do risco*, revelando o impacto do impedimento físico causado pelas incapacidades já instaladas e a eficácia de orientações de autocuidado, que promoveu um comportamento preventivo.

Pesquisa qualitativa com 16 pessoas com hanseníase acompanhadas em Natal, Rio Grande do Norte, teve como objetivo avaliar o conhecimento adquirido sobre prevenção de incapacidades no controle da hanseníase, e como principais categorias identificadas nos discursos emergiram os cuidados na prevenção de úlceras; prevenção de quedas e reabilitação socioeconômica (PINHEIRO *et al.*, 2014)

A presença de comorbidades nos idosos com hanseníase proporcionou uma maior dificuldade em referir andar sobre chão irregular. A idade mais avançada esteve relacionada com o aumento das repostas que se referiam a dificuldade ou a não realização da atividade *andar distâncias mais longas*. Tais achados são semelhantes aos evidenciados na análise da atividade *ir a locais distantes* da escala de Lawton e Brody, discutidos anteriormente.

A capacidade de reconhecer e processar informações sensoriais declinam paralelamente ao processo natural de envelhecimento, o que provoca alterações no equilíbrio e conseqüente redução na velocidade da marcha. Em 80% dos casos, esse

desequilíbrio não é atribuído a uma causa específica, mas sim a um comprometimento do sistema de equilíbrio como um todo. Estima-se que a prevalência de queixas de equilíbrio na população idosa acima de 65 anos chegue a 85% (KARUKA; SILVA; NAVEGA, 2011).

Outro fator que contribuiu para a incapacidade de executar atividade *andar distâncias mais longas* foi a presença de reação hansênica, pois esta pode manifestar-se através de neurites nos membros inferiores, que além de proporcionar intenso desconforto ao paciente, dificultam a realização do movimento ativo.

No domínio *trabalho (mãos)* todas as atividades analisadas estiveram associadas a fatores socioeconômicos e culturais, como baixo peso com incapacidade de carregar objetos pesados, a maior facilidade do sexo feminino em cozinhar e servir líquidos quentes. A dificuldade em abrir/fechar garrafas e vidros com tampa de rosca relacionou-se com a idade mais avançada e sexo feminino. No domínio *destreza (mãos)* pode-se perceber a influência da idade, em que esta esteve relacionada com quatro das cinco atividades analisadas, o que reforça o impacto de aspectos relacionados ao envelhecimento, como a diminuição da força de preensão palmar, em tais atividades. Este panorama foi similar ao encontrado e na avaliação das AIVD, o que reforça a concordância das escalas.

A maioria dos homens apresenta força muscular superior as mulheres. Em análise realizada considerando as diferenças do desempenho motor entre idosos de ambos os sexos, revelou que tanto para o sexo feminino quanto para o masculino as proporções de indivíduos incapazes e com desempenho fraco na capacidade funcional foram maiores nos grupos etários mais velhos. Entre as mulheres foi possível notar aumento progressivo na prevalência de incapacidade e desempenho fraco a cada grupo etário, cenário não visualizado nos homens (PINHEIRO *et al.*, 2013). Esses achados reforçam que as idosas sofrem maior impacto do envelhecimento sobre a capacidade funcional.

6 CONCLUSÕES

Idosos com hanseníase revelaram perfil socioeconômico similar ao de idosos sem a patologia, prevalecendo condições como baixa renda e escolaridade, fatores associados ao cenário favorável para o surgimento da hanseníase. As características clínicas dos

participantes relacionadas a hanseníase também foram convergentes aos achados de outras pesquisas em pacientes com hanseníase não idosos.

A escassez de estudos em idosos com hanseníase que não estejam institucionalizados comprometeu a discussão dos dados revelados, o que indica a realização de estudos futuros com o mesmo tema com participantes de outras regiões e em outras realidades.

Quanto a avaliação da capacidade funcional, destaca-se que a maioria dos idosos com hanseníase mostrou-se independente nos três instrumentos utilizados, apontando uma convergência entre as escalas. Ademais, os instrumentos apontaram uma maior quantidade de associações com fatores sociodemográficos e clínicos não relacionados à hanseníase, em detrimento de fatores relacionados a doença.

Na escala SALSA, as variáveis socioeconômicas como idade e sexo apresentaram maior número de associações com as atividades avaliadas, sendo sete e cinco, respectivamente, enquanto nas variáveis clínicas relacionadas a hanseníase, apenas o GIF apresentou relação com mais de duas atividades, o que sugere que neste estudo a análise da capacidade funcional através da escala SALSA foi mais influenciada pela idade do que pela hanseníase.

Como limitação deste estudo temos o delineamento transversal, em que não pôde-se acompanhar situações passadas relacionadas a fatores ambientais e comportamentais, que pudessem influenciar no processo e instalação das limitações funcionais dos participantes da pesquisa. Portanto, sugere-se que estudos futuros possam acompanhar e avaliar a influência de fatores extrínsecos no declínio da capacidade funcional de idosos com hanseníase.

Portanto, diante dos achados apontados neste estudo e discutidos na literatura, confirma-se a tese de que as alterações na capacidade funcional de idosos com hanseníase não estiveram relacionadas apenas à hanseníase. E que escala SALSA contribuiu para a avaliação eficaz da capacidade funcional destes, mesmo que estes apresentem limitação funcional não associada a doença, sendo recomendada sua aplicação com tal finalidade na população idosa sem hanseníase.

Desta forma, o presente estudo vem contribuir para o conhecimento e interesse sobre a hanseníase no idoso, visto que o comprometimento da capacidade funcional do idoso tem implicações importantes para a família, a comunidade, para o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso.

REFERÊNCIAS

ABOUTAIEB, R. *et al.* Continent urinary diversion in neurogenic bladders. **Annales D'urologie**. v.30, n.2, p. 72-5. 1996.

ALEXANDRE, T.S. *et al.* Disability in instrumental activities of daily living among older adults: gender differences. **Rev. Saúde Pública**, v. 48, n. 3, p. 379-89. 2014. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000300379&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 de nov. 2015.

ANDRADE, A.R.C.; NERY, J.A.C.; Episódios reacionais da hanseníase. In: ALVES, E.D.; FERREIRA, T.L.; NERY, I. organizadores. **Hanseníase : avanços e desafios**. Brasília : NESPROM, 2014. 492 p.

ARANTES, C.K. *et al.* Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 19, n. 2, jun. 2010. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000200008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 17 mar. 2015.

ARAÚJO, F.C.B. *et al.* Aspectos associados à recidiva da hanseníase. **Rev. Bras. Biom.** v.33, n.1, p.42-50, 2015. Disponível em: http://jaguar.fcav.unesp.br/RME/fasciculos/v33/v33_n1/A4_Flavia_Cristiane.pdf > Acesso em: 16 de nov. 2015.

BARBOSA, B.R. *et al.* Evaluation of the functional capacity of the elderly and factors associated with disability. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3317-25, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000803317&script=sci_arttext&lng=en Acesso em: 26 de mai. 2015.

BATISTA, E.S.; SILVA, R.R.; OLIVEIRA, L.A. Chronic non-communicable diseases and the functional capacity of elderly people. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**. v. 6, n. 2, p. 516-24. 2014. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3301>. Acesso em: 15 Nov. 2015.

BLOOM, D.E. *et al.* Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses. **Lancet**, v. 385, p. 540-48, 2015. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)61464-1.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)61464-1.pdf) Acesso em: 26 mai. 2015.

BORENSTEIN, M.S. *et al.* Hanseníase: estigma e preconceito vivenciados por pacientes institucionalizados em Santa Catarina (1940-1960). **Rev. bras. enferm.** v. 61, n. spe, p. 708-12. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000700009&lng=en&nrm=iso Acesso em: 15 de nov. 2015.

BRANDSMA, J.W.; VAN BRAKEL, W.H. WHO disability grading: operational definitions. **Lepr Rev.** v.74, n.4, p. 366-73. 2003.

BRASIL. **Lei n. 10.741/2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, 2003. Disponível em: [≤http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm≥](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm) Acesso em: 16 abr. 2015.

_____. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de prevenção de incapacidades** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 3. ed., rev. e ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 140 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010a. 44 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria Nº 3.125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da hanseníase. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 7 de outubro de 2010b. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_n_3125_hanseniose_2010.pdf Acesso em: 03 de mar. 2015.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 13.169, de 6 de outubro de 2015. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 6 de outubro de 2015. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13169.htm> Acesso em: 03 de nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Saúde. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**: Res Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 17 de mar. 2015.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Atlas do censo demográfico 2010 / IBGE**. – Rio de Janeiro: IBGE, 2013. 156 p.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Síntese dos indicadores 2013**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro

de Geografia e Estatística - Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2014a. 288 p.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas/ IBGE** - Rio de Janeiro : IBGE, 2014b. 181p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Registro ativo: número e percentual, Casos novos de hanseníase: número, coeficiente e percentual, faixa etária, classificação operacional, sexo, grau de incapacidade, contatos examinados, por estados e regiões, Brasil, 2014.** 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/27/Dados-2014---final.pdf>> Acesso em: 03 de Out de 2015.

BRAVO FILHO, V.T.F. *et al.* Impacto do déficit visual na qualidade de vida em idosos usuários do sistema único de saúde vivendo no sertão de Pernambuco. **Arq. Bras. Oftalmol.**, v. 75, n. 3, p. 161-5, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492012000300002&lng=en&nrm=iso Acesso em: 16 nov. 2015.

CALDAS, C.P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Públ.** V. 19, n. 3, p. 773-81, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15880.pdf> Acesso em: 12 mai. 2015.

CARNEIRO, R.S. *et al.* Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com Habilidades Sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.20, n.2, p. 229-37. 2007.

CASTRO, S.M.S.; WATANABE, H.A.W. Isolamento compulsório de portadores de hanseníase: memória de idosos. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, v.16, n.2, p. 449-87, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702009000200010&lng=en&nrm=iso Acesso em: 25 nov. 2015

CEARÁ. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde. Núcleo de Vigilância Epidemiológica. Secretaria de Saúde do Ceará. **Informe epidemiológico – Hanseníase.** Fortaleza: Secretaria de Saúde do Ceará, 2014.

CECILIO, H.P.M. *et al.* Behaviors and comorbidities associated with microvascular complications in diabetes. **Acta paul. enferm.**, v.28, n.2, p.113-9. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000200113&lng=en&nrm=iso Acesso em: 16 nov. 2015

CORTÉS, J.A.; BOTERO, C.P.; RODRÍGUEZ, G. Lepra en el anciano. **Infectio**. v.12, n.4, p. 240-5. 2008.

COSTA, M.D. *et al.* Assessment of quality of life of patients with leprosy reactional states treated in a dermatology reference center. **An. Bras. Dermatol.**, v. 87, n. 1, p. 26-35. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962012000100003&lng=en&nrm=iso Acesso em: 26 nov. 2015

DUARTE, Y.A.O.; ANDRADE, C.L.; LEBRÃO, M.L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Rev Esc Enferm USP**. v. 41, n.2, p. 317-25, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/20.pdf>> Acesso em: 26 mai. 2015.

DUARTE, L.R. *et al.* Hábitos de consumo de medicamentos entre idosos usuários do SUS e de plano de saúde. **Cad. Saúde Colet**. v.20, n.1, p. 64-71. 2012. Disponível em: http://iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_1/artigos/CSC_v20n1_64-71.pdf Acesso em: 25 out. 2015

DUNLOP, D.D. *et al.* Incidence of functional limitation in older adults: the impact of gender, race, and chronic conditions. **Arch. Phys. Med. Rehabil**. v.8, n. 3, p. 60-72, 2002. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003999302000138> Acesso em: 26 mai. 2015.

EBENSO, J; EBENSO, B.E. Monitoring impairment in leprosy: choosing the appropriate tool. **Lepr Rev**. n.78, p. 270-80. 2007. Disponível em: <<http://www.leprahealthinaction.org/lr/Sept07/Lep270-280.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2015.

FERREIRA, S.M.B.; IGNOTTI, E.; GAMBA, M.A.Fatores associados à recidiva em hanseníase em Mato Grosso. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 756-64, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000400016&lng=en&nrm=iso Acesso em: 25 out. 2015.

FIALHO, C.B. *et al.* Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública** [online]. v.30, n.3, p. 599-610. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000300599&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 15 nov. 2015

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Célula de Vigilância Epidemiológica. Hanseníase. **Bol. Saúde Fortaleza**, v.15, n.1, jan-jun, 2011.

FREITAS, R.S. *et al.* Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. **Acta paul. enferm.**, v. 25, n. 6, p. 933-9, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000600017&lng=en&nrm=iso Acesso em: 15 out. 2015.

FREITAS, E.V.; MIRANDA, R.D. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica ampla. In: FREITAS, E.V.; PY, L.; CANÇADO, F.A.X.; DOLL, J.; GORZONI, M.L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2006. p. 900-09.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª ed. São Paulo; Atlas, 2008. 207p.

GOMES, C.C.D. *et al.* Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência na região nordeste do Brasil. **An Bras Dermatol**. v. 80, (Supl 3): p283-8. 2005.

GONÇALVES, C.G. *et al.* Comparação do perfil entre idosos hipertensos e normotensos no município de Belo Horizonte- MG. **Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia**. v.1, n.1, 2014.

KARUKA, J.H.; SILVA, J.M.G.; NAVEGA, M.T. Análise da concordância entre instrumentos de avaliação do equilíbrio corporal em idosos. **Rev Bras Fisioter**, v.15, n.6, p. 460-6. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v15n6/v15n6a06.pdf> Acesso em: 21 mai. 2012

KATZ, S. *et al.* Studies of Illness in the Aged, the Index of ADL: a Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. **JAMA**. v. 185, p. 914-9, 1963.

KIM, J.P.; KIM, S.W.; KIM, Y.S. The Analysis of Causes of Anemia in Persons affected leprosy. **Korean Lepr Bull**. v.47, n.1, p.17-26. 2014. Disponível em: <http://www.koreamed.org/SearchBasic.php?RID=0125KLB/2014.47.1.17&DT=1> Acesso em: 21 out. 2015.

KUCHEMANN, B.A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Soc. estado.**, v. 27, n. 1, p. 165-180, 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922012000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 mai. 2015.

LACERDA, MA.; PEREIRA, C.; CAMINO, L. Um Estudo sobre as Formas de Preconceito contra Homossexuais na Perspectiva das Representações Sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.15, n.1, p. 165-178. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v15n1/a18v15n1.pdf> Acesso em: 20 nov. 2015.

LANA, L.D.; SCHNEIDER, R.H. Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v.17, n.3, p. 673-80, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000300673&lng=en&nrm=iso Acesso em: 26 nov. 2015.

LAWTON, M.P.; BRODY, E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**. v. 9, n. 3, p. 179 – 86, 1969.

LAWTON, M.P. *et al.* A research and service-oriented multilevelassessment instrument. **J. Gerontol.**, St Louis, v.37, p. 91-9, 1982.

LEE, S.Y. *et al.* Anti-sarcopenic effects of diamino-diphenyl sulfone observed in elderly female leprosy survivors: a crosssectional study. **Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle**. 2015. DOI: 10.1002/jcsm.12074

LIMA-COSTA, M.F. *et al.* Validity of self-reported diabetes and its determinants: evidences from the Bambuí study. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 6, p. 947 – 53, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n6/6255>> Acesso em: 17 mar. 2015.

LOPES, F.A.M. *et al.* Perfil epidemiológico em idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família. **REAS** [Internet]. v.3, n.1, p.84-9. 2014. Disponível em:

<http://dcb.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/933/665> Acesso em: 17 nov. 2015.

LOPES, V.A.S.; RANGEL, E.M. Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular. **Saúde debate**, v.38, n.103, p.817-29, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400817&lng=en&nrm=iso Acesso em: 15 nov. 2015.

LUZ, E.P. *et al.* Perfil sociodemográfico e de hábitos de vida da população idosa de um município da região norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 17, n.2, p. 303-14. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v17n2/1809-9823-rbagg-17-02-00303.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2015.

MAGALHAES, M.C.C.; ROJAS, L.I. Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 16, n. 2, jun. 2007. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 mai. 2015.

MATHERS; C.D. *et al.* Causes of international increases in older age life expectancy. **Lancet**, v. 385, p. 540-48, 2015. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)60569-9.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)60569-9.pdf) Acesso em: 26 mai. 2015

MOLITERNO, A.C.M. *et al.* Viver em família e qualidade de vida de idosos da Universidade Aberta da Terceira Idade. **Rev. enferm. UERJ**, v.20, n.2, p.179-84. 2012. Disponível em <http://www.e-publicacoes.uerj.br/ojs/index.php/enfermagemuerj/article/view/4040/2802> Acesso em: 20 nov. 2015

MONTEIRO, L.D. *et al.* Pós-alta de hanseníase: limitação de atividade e participação social em área hiperendêmica do Norte do Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, v.17, n.1, p.91-104. 2014. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000100091&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 nov. 2015.

NARDI, S.M.T. *et al.* Avaliação das deficiências físicas em pessoas com hanseníase empregando dois indicadores: grau de incapacidades e Eyes-Hands-Feet. **Hansenol. int. (Online)**, Bauru, v. 36, n. 2, 2011. Disponível em http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-51612011000200002&lng=es&nrm=iso Acesso em 17 mar. 2015.

NERI, A.L. *et al.* Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.4, p.778-92, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n4/15.pdf> Acesso em: 26 out. 15

OLIVEIRA, M. Escolaridade no Brasil é muito baixa. *In: Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos*. 2011. Disponível em: <<http://www.cobap.org.br/>>. Acesso em: 15 maio 2015.

OLIVEIRA, E.X.G.; CARVALHO, M.S.; TRAVASSOS, C. Território do Sistema Único de Saúde mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cad Saúde Pública**. v.20, n.2, p.386-402. 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Organização Panamericana de Saúde (OPAS). **CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Universidade de São Paulo. São Paulo: Edusp; 2008.

_____. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Genebra, 2015. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf> Acesso em: 13 nov de 2015.

_____. **Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015** : diretrizes operacionais (atualizadas). / Organização Mundial da Saúde. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 70 p.

PIMENTA, F.B. *et al.* Factors associated with chronic diseases among the elderly receiving treatment under the Family Health Strategy. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.20, n.8, p.2489-98. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000802489&lng=en&nrm=iso Acesso em: 16 out. 2015

PINHEIRO, P.A. *et al.* Desempenho motor de idosos do Nordeste brasileiro: diferenças entre idade e sexo. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. v.47, n.1, p. 128-36. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reesp/v47n1/a16v47n1.pdf> Acesso em: 16 out. 2015

PINHEIRO, M.G.C. *et al.* Knowledge on prevention of disabilities in a hanseniasis self-care group. **Rev Min Enferm**. v.18, n.4, p.901-6. 2014. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/971> Acesso em: 20 out. 2015.

PINTO, J.M.; NERI, A.L. Doenças crônicas, capacidade funcional, envolvimento social e satisfação em idosos comunitários: Estudo Fibrá. **Ciênc. saúde coletiva**, v.18, n.12, p.3449-60, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001200002&lng=en&nrm=iso Acesso em: 26 nov. 2015.

PIOVESAN, A.C.; PIVETTA, H.M.F.; PEIXOTO, J.M.B. Fatores que predisõem a quedas em idosos residentes na região oeste de Santa Maria, RS. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v.14, n.1, p.75-83, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000100009&lng=en&nrm=iso Acesso em: 26 nov. 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Trad. Ana Thorell, 7. ed., Porto Alegre, editora: Artmed, 2011.

RAPOSO, M. T. *et al.* Assessment of physical impairments in leprosy patients: a comparison between the world health organization (WHO) disability grade and the Eye-Hand-Foot Score. **Rev. Inst. Med. Trop. S. Paulo**, São Paulo, v.53, n.2, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-46652011000200004&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 13 mar. de 2015.

REHER, D.S. Economic and Social Implications of the demographic Transition. **Population and Development review**. v37 (Supplement), p.11–33, 2011.

RIBEIRO JÚNIOR, A.F.; VIEIRA, M.A.; CALDEIRA, A.P. Perfil epidemiológico da hanseníase em uma cidade endêmica no Norte de Minas Gerais. **Rev Bras Clin Med**. v. 10, n.4, p. 272-7, 2012.

RUARO, J.A. *et al.* Panorama e perfil da utilização da CIF no Brasil – uma década de história. **Rev Bras Fisioter**, São Carlos, v. 16, n. 6, p. 454-62, 2012.

SALSA Collaborative Study Group. The development of a short questionnaire for screening of activity limitation and safety awareness (SALSA) in clients affected by leprosy or diabetes. **Disabil Rehabil**. v.15, n. 9, p. 689-700, 2007.

SALSA Collaborative Study Group. **SALSA Scale – Users Manual**. Version 1.1. 2010. Disponível em: <<http://www.leprosy-information.org/sites/default/files/SALSA%20manual%20v1.pdf>> Acesso em: 13 mar. 2015.

SANTOS, V.S. *et al.* Functional Activity Limitation and Quality of Life of Leprosy Cases in an Endemic Area in Northeastern Brazil. **Plos Neglected Tropical Diseases**. v.9, n.7,p.e0003900, 2015.

SAVASSI, L.C. *et al.* Quality of life of leprosy sequelae patients living in a former leprosarium under home care: univariate analysis. **Qual Life Res**. v.23, n.4, p.1345-51, 2014. Disponível em: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2013/12/artigoSavassi1.pdf> Acesso em: 20 out. 2015.

SCHMIDT, M.I. *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, London: The Lancet Publications; Oxford: Elsevier, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(11\)60135-9.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(11)60135-9.pdf) Acesso em: 26 mai. 2015.

SILVA, A.C. *et al.* Association between the degree of physical impairment from leprosy and dependence in activities of daily living among the elderly in a health unit in the State of Minas Gerais. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** 47(2):212-217, Mar-Apr, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/0037-8682-0012-2014>

SOARES, M.R.P.; ISTOE, R.S.C. Alfabetização e inclusão de pessoas idosas: uma proposta interdisciplinar mediada pelas tecnologias da informação e da comunicação. **LSP - Revista Científica Interdisciplinar**. v.2, n.3, 2015. Disponível em: <http://revista.srvroot.com/linkscienceplace/index.php/linkscienceplace/article/view/123/62> Acesso em: 17 nov. 2015.

SOUSA, K.T. *et al.* Baixo peso e dependência funcional em idosos institucionalizados de Uberlândia (MG), Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.19, n.8, p.3513-20. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803513&lng=en&nrm=iso Acesso em: 17 nov. 2015

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol** 2010; 95(1 supl.1): 1-51.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes** 2014 -2015. 1ª ed. SBD, 2015. 388p.

SOUZA, M.M.; SILVA, G.B.; HENRIQUES, M.E.R.M. significado de ser idoso / doente de hanseníase. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.l.], v. 7, n. 3, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/900/1094>>. Acesso em: 11 mai. 2015.

TAVARES, M.M.K. Os idosos e as barreiras de acesso às novas tecnologias da informação e comunicação. **Novas Tecnologias na Educação**. v.10, n.1, 2012. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/renote/article/view/30915/19244> Acesso em: 20 nov. 2015

THE HARTFORD INSTITUTE FOR GERIATRIC NURSING. **Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL)** [1998]. New York. ; 2005. Disponível em: <<http://www.hartfordign.org/>> Acesso em: 26 de mai. 2015.

TRIBESS, S.; VIRTUOSO JÚNIOR, J.S.; PETROSKI, E.L. Atividade física e aspectos sociodemográficos de mulheres idosas. **Revista Baiana de Saúde Pública** . v.33, n.3, p. 336-48, 2009. Disponível em: http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/217/pdf_32 Acesso em: 18 out. 2015

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **World Population Ageing 2013**. 2013.

VAN BRAKEL, W. *et al.* **Guidelines to reduce stigma: Guide 1** What is health-related stigma? London: International Federation of Anti-Leprosy Associations (ILEP): and: Amsterdam: Netherlands Leprosy Relief, 2011, 22 p

VASCONCELOS, A.M.N; GOMES, M.M.F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v. 21, n. 4, p. 539-48. 2012.

WEISS, M.G. Stigma and the Social Burden of Neglected Tropical Diseases. **PLoS Neglected Tropical Diseases**. v.2, n.5, p.e237. 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2359851/pdf/pntd.0000237.pdf> Acesso em: 12 nov.2015

WONG, A. *et al.* Exploring the influence of proximity to death on disease-specific hospital expenditures: a carpaccio of red herrings. **Health Econ.** v.20, n.4, p. 379-400. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Weekly epidemiological record.** v. 90, n. 36, p. 461–76. 2015. Disponível em: < <http://www.who.int/wer/2015/wer9036.pdf> > Acesso em: 12 nov. 2015.

APENDICE A: FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Nome: _____ Prontuário: _____

I. Aspectos demográficos e socioeconômicos.

1. Idade (Anos completos): _____
2. sexo: 1() masculino 2() feminino
3. Cidade que reside: _____
4. Com quem reside? 1() sozinho(a) 2() cônjuge/parceiro 3() cônjuge e filhos
4() outros: _____
5. QUANTAS pessoas residem na mesma casa? _____
6. Ocupação (fonte de renda): _____
7. Renda Familiar mensal: _____
8. Escolaridade: _____
9. Condição de união: 1 () casado(a) 2() união estável 3() solteiro(a) 4() viúvo(a)
5 () divorciado(a)

II. Aspectos clínicos - Comorbidades.

10. Possui co-morbidades? 1 () Sim 2() Não
11. Caso SIM, quais?
1() DM 2() HAS 3() Catarata 4() deficiência auditiva ou visual 5() Hipercolesterolemia
6() Artrose 7() Artrite 8() Osteoporose 9 () Sequela pós-AVC
10() outros: _____
12. Valor da Glicemia plasmática em jejum mais recente: _____ mg/dL

III. Aspectos Clínicos – Hanseníase.

13. Realizou tratamento completo para hanseníase anteriormente? 1 () Sim 2() Não
14. Caso sim, QUANTAS vezes (excluindo o tratamento atual)? 1() uma vez 2 () duas vezes
3 () mais de duas vezes
15. Registrar o ano dos tratamentos anteriores: 1º ____/____/____ 2º ____/____/____
16. Teve contato prévio com paciente com hanseníase? 1 () Sim 2() Não
17. Qual o grau de parentesco ou relação com o paciente com hanseníase? 1() irmão(ã)
2() pai/mãe 3() cônjuge/parceiro 4() filho(a) 5() neto(a) 6() vizinho(a)
7() outros: _____
18. Classificação da Hanseníase atual: 1() Indeterminada 2() Tuberculóide 3() Dimorfa
4() Virchowiana
19. Esquema operacional de tratamento: 1() Paucibacilar 2() Multibacilar 3() alternativo
(especificar): _____
20. Baciloscopia: 1() positiva 2() negativa
21. Índice Baciloscópico: _____
22. Em que mês do tratamento está no momento da entrevista? _____
23. Apresenta/ou reação hansênica? 1 () Sim 2() Não
24. Caso sim, qual tipo?: 1 () tipo I 2 () tipo II
25. Está em uso de corticoterapia ou talidomida? 1 () Sim 2() Não
26. Caso sim, há quantos meses? (considerar a data da 1ª prescrição registrada no prontuário)

27. Uso de adaptação/órtese : 1 () Sim 2() Não
28. Caso sim, qual adaptação/órtese em uso?
1 () óculos 2() cadeira de rodas 3() bengala/andador/muletas 4() calçados adaptados
5 () outros: _____

APÊNDICE B: FORMULÁRIO DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA DE DADOS - PIBIC IDOSO/HANSENÍASE

1 – Critérios de inclusão: pacientes com 60 anos ou mais, que estejam em acompanhamento para hanseníase no local da pesquisa, em qualquer fase do tratamento ou avaliação pós-alta. Possuir aptidão mental para responder aos questionamentos.

2 – As entrevistas serão realizadas no consultório de enfermagem, no consultório da sala de prevenção de incapacidades (PI) ou na espera da sala da PI.

3 – Horários da coleta: de segunda a sexta, das **7h às 16:30h**.

4 – A realização da entrevista e aplicação das escalas, deverá acontecer no mesmo dia que o paciente comparecer a unidade para a realização da avaliação neurológica no setor de Prevenção de Incapacidades, podendo ser aplicada antes ou após esta consulta.

5 – Material necessário para coleta:

- 1 formulário de entrevista.
- 1 cópia da Escala de Lawton e Brody, e da escala de Katz.
- 1 cópia da Escala SALSA.
- 2 cópias do Termo de consentimento.
- Caneta e lápis.

6 – Todos os dias após as coletas, um integrante da equipe deverá assinalar o tópico SIM para o idoso entrevistado que já conste na lista de pacientes cadastrados, disponível na pasta azul em cima do armário do consultório de enfermagem - 02. Caso o paciente não conste na lista, basta adicioná-lo.

7 – Os formulários coletados, devem ser deixados na pasta azul localizada em cima do armário do consultório de enfermagem - 02.

8 – Os integrantes da equipe de coleta, deverão assinar a frequência dentro da pasta azul localizada em cima do armário do consultório de enfermagem - 02.

ANOTAÇÕES

APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Paula Sacha Frota Nogueira, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, e aluna do curso de Pós-Graduação em Enfermagem – Doutorado, estou desenvolvendo esta pesquisa que tem como objetivo verificar se a utilização de um instrumento que avalia a sua capacidade de fazer as tarefas no seu dia a dia pode ajudar a evitar complicações da doença.

Para tanto, convidamos o(a) senhor(a) a colaborar respondendo as perguntas que farei. Vou perguntar sobre sua família, renda da família, sobre sua doença e as coisas que o(a) senhor faz sozinho ou com ajuda. Para isto vou utilizar três questionários que vão medir o quanto o(a) senhor(a) é tem condições de realizar as tarefas necessárias no seu dia-a-dia. O tempo que vamos gastar para as respostas será de minutos mas pode interromper no momento em que achar oportuno. Não haverá nenhum risco para o(a) senhor(a) em responder as perguntas e caso queira interromper, não sofrerá nenhum prejuízo moral, físico ou social ou restrição no atendimento no serviço.

O(a) senhor(a) terá acesso a qualquer tempo às informações sobre procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa inclusive para retirar eventuais dúvidas;

- O direito e a liberdade de negar-se a participar da pesquisa ou dela retirar-se quando assim desejar, sem que isso traga;
- Sua identidade será mantida no anonimato, bem como qualquer informação que possa identificá-la. O que for dito será usado apenas na pesquisa e ficará sob minha guarda.

Para qualquer outro esclarecimento, estaremos disponíveis no telefone: (85) 33668461. Também informamos que o telefone do Comitê de Ética em Pesquisa é (85) 31015435.

Agradecemos sua colaboração, e apresentamos nossos sinceros agradecimentos.

Paula Sacha Frota Nogueira

Pesquisadora

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após ter sido esclarecido pelo pesquisador e tendo entendido o que me foi explicado, concordo em participar do presente estudo.

Fortaleza, _____ de _____ de 2015.

Assinatura do responsável pelo sujeito da pesquisa.

Digitais, caso não assine.

ANEXO A - SCREENING OF ACTIVITY LIMITATION AND SAFETY AWARENESS - SALSA (BRASIL, 2008).

ESCALA SALSA

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Prontuário: _____ Entrevistador: _____ Data: ____/____/____

	Domínios	<p>Escala SALSA <i>Screening of Activity Limitation & Safety Awareness</i> (Triagem de Limitação de Atividade e Consciência de Risco) Marque uma resposta em cada linha</p>	Se SIM, o quanto isso é fácil para você?			Se NÃO, por que não?		
			Fácil	Um pouco difícil	Muito difícil	Eu não prediso fazer isso	Eu fiz algumas vezes não consigo	Eu evito por causa do risco
1.		Você consegue enxergar (o suficiente para realizar suas atividades diárias)?	1	2	3		4	
2.	Mobilidade (pés)	Você se senta ou agacha no chão?	1	2	3	0	4	4
3.		Você anda descalço? i.e., a maior parte do tempo	1	2	3	0	⊕	⊕
4.		Você anda sobre chão irregular?	1	2	3	0	⊕	⊕
5.		Você anda distâncias mais longas? i.e., mais que 30 minutos	1	2	3	0	⊕	⊕
6.		Você lava seu corpo todo? (usando sabão, esponja, jarra; de pé ou sentado)	1	2	3	0	4	4
7.	Autocuidado	Você corta as unhas das mãos ou dos pés? e.g., usando tesoura ou cortador	1	2	3	0	⊕	⊕
8.		Você segura um copo/tigela com conteúdo quente? e.g., bebida, comida	1	2	3	0	4	4
9.		Você trabalha com ferramentas? i.e., ferramentas que você segura com as mãos para ajudar a trabalhar	1	2	3	0	⊕	⊕
10.	Trabalho (mãos)	Você carrega objetos ou sacolas pesadas? e.g., compras, comida, água, lenha	1	2	3	0	⊕	⊕
11.		Você levanta objetos acima de sua cabeça? e.g., para colocar em uma prateleira, em cima de sua cabeça, para estender roupa para secar	1	2	3	0	⊕	⊕
12.		Você cozinha? i.e., preparar comida quente ou fria	1	2	3	0	⊕	⊕
13.		Você despeja/serve líquidos quentes?	1	2	3	0	⊕	⊕
14.		Você abre/fecha garrafas com tampa de rosca? e.g. óleo, água	1	2	3	0	4	4
15.	Você abre vidros com tampa de rosca? e.g., maionese	1	2	3	0	⊕	⊕	
16.	Destreza (mãos)	Você mexe/manipula objetos pequenos? e.g., moedas, pregos, parafusos pequenos, grãos, sementes	1	2	3	0	4	4
17.		Você usa botões? e.g., botões em roupas, bolsas	1	2	3	0	4	4
18.		Você coloca linha na agulha? i.e., passa a linha pelo olho da agulha	1	2	3	0	⊕	⊕
19.		Você apanha pedaços de papel, mexe com papel/coloca papel em ordem?	1	2	3	0	4	4
20.		Você apanha coisas do chão?	1	2	3	0	4	4
Escore parcial			(S1)	(S2)	(S3)	(S4)	(S5)	(S6)
Escore SALSA (some todos os escores parciais)			(S1 + S2 + S3 + S4 + S5 + S6)					
Escore de consciência de risco (conte o número de ⊕'s marcados em cada coluna)								

Instruções para preenchimento

Guia Pergunta por Pergunta

1. Enxergar significa perceber com seus olhos (possivelmente com o auxílio de óculos, etc.) o ambiente à sua volta, perto ou longe, o suficiente para realizar suas atividades diárias.
2. Sentar-se significa colocar suas nádegas no chão ou próximo dele – você pode sentar-se sobre uma almofada, tapete ou plataforma baixa. Você pode também sentar-se com as pernas cruzadas. Agachar é sentar-se de cócoras, com seus joelhos dobrados, com o peso de seu corpo apoiado nos pés e não em suas nádegas.
3. Andar descalço significa andar sem qualquer tipo de calçado ou proteção seus pés.
4. Andar sobre chão ou superfícies irregulares significa andar sobre chão com pedras, ou onde a terra esteja rachada – qualquer superfície irregular.
5. Andar distâncias mais longas significa que você anda por 30 minutos ou mais.
6. Lavar seu corpo todo significa lavar ou esfregar seu pescoço, peito, barriga, costas, braços e pernas, geralmente com água e sabão (se disponível) até que seu corpo esteja limpo, e então enxaguar-se, retirando o sabão.
7. Cortar suas unhas significa aparar ou cortar o excesso de unha de seus dedos ou das mãos ou dos pés. Registre dificuldade ou “evito por causa do risco” se houver problemas ou com as unhas das mãos ou com as unhas dos pés, ou ambos.
8. Segurar copo ou tigela com conteúdo quente significa apanhar ou colocar em sua mão ou mãos uma vasilha com ou sem asa.
9. Trabalhar com ferramentas significa usar várias ferramentas, segurando-as com as mãos, para ajudá-lo no trabalho.
10. Objetos pesados são os que pesam mais do que 10-20 quilos e podem ser carregados na cabeça, nas costas, sobre os ombros, nas mãos ou braços. Podem ou não ser carregados em uma sacola, caixa ou cesto.
11. Levantar objetos acima de cabeça significa levantar um objeto com suas mãos e braços acima do nível da sua cabeça e colocá-lo em uma prateleira alta, gancho, viga do telhado, corda ou em cima de sua cabeça, por exemplo.
12. Cozinhar significa preparar comida, tanto quente quanto fria.
13. Despejar líquidos quentes significa despejar líquidos quentes de uma panela, vaso, jarra ou concha, geralmente colocando-os em outra vasilha.

14. Abrir ou fechar garrafas com tampa de rosca significa torcer ou girar a tampa para abrir a garrafa, e girá-la em sentido oposto para fechá-la. Essas tampas de rosca são pequenas e usam-se os dedos para girá-las.

15. Um vidro com tampa de rosca geralmente significa que a tampa tem diâmetro maior do que a tampa de uma garrafa. Deve-se torcer ou girar a tampa em uma direção para abrir e na direção oposta para fechá-la. Essas tampas são relativamente grandes e usa-se toda a mão para girá-las.

16. Mexer ou manipular objetos pequenos significa apanhar, segurar e virar objetos pequenos nas mãos, tais como moedas, pregos, pedras pequenas, grãos e sementes, por exemplo.

17. Um botão é um disco ou “bolinha”, geralmente preso a uma roupa ou bolsa, que é usado para manter duas superfícies ou pedaços juntos, passando-o por uma laçada ou casa de botão. Abotoar ou desabotoar significa abrir e fechar roupas ou objetos usando botões.

18. Colocar linha na agulha significa passar um pedaço de linha, lã ou fio pelo buraco ou olho de uma agulha de costura.

19. Apanhar pedaços de papel, mexer com papel/colocar papel em ordem significa que você apanha pedaços ou folhas soltas de papel para organizar, arrumar, dobrar ou rasgar; você pode também usar o papel para embrulhar.

20. Apanhar objetos do chão significa dobrar-se, ajoelhar-se ou agachar-se para que você possa alcançar o chão com seu braço e pegar algo com a mão.

ANEXO B – INDEX OF ACTIVITY DAILY LIVING – ÍNDICE DE KATZ (BRASIL, 2007).

Nome: _____		Data da avaliação: ___/___/___
Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal		
Banho - banho de leito, banheira ou chuveiro		
<input type="checkbox"/> Não recebe assistência (entra e sai da banheira sozinho se essa é usualmente utilizada para banho)	<input type="checkbox"/> Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna)	<input type="checkbox"/> Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo
Vestir - pega roupa no armário e veste, incluindo roupas íntimas, roupas externas e fechos e cintos (caso use)		
<input type="checkbox"/> Pega as roupas e se veste completamente sem assistência	<input type="checkbox"/> Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido
Ir ao banheiro - dirigir-se ao banheiro para urinar ou evacuar: faz sua higiene e se veste após as eliminações		
<input type="checkbox"/> Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã)	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar urinol ou comadre à noite	<input type="checkbox"/> Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar
Transferência		
<input type="checkbox"/> Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador)	<input type="checkbox"/> Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio	<input type="checkbox"/> Não sai da cama
Continência		
<input type="checkbox"/> Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar	<input type="checkbox"/> Tem "acidentes" ocasionais * acidentes= perdas urinárias ou fecais	<input type="checkbox"/> Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente
Alimentação		
<input type="checkbox"/> Alimenta-se sem assistência	<input type="checkbox"/> Alimenta-se se assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral

TOTAL DE PONTOS: _____

ANEXO C – ESCALA DE LAWTON E BRODY PARA AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AIVD) (BRASIL, 2007).

Nome: _____ Prontuário: _____

Data: ____/____/____

ESCALA DE LAWTON

Atividade		Avaliação	
1	O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
2	O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
3	O(a) Sr(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
4	O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
5	O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
6	O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
7	O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
8	O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
9	O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
TOTAL		Pontos: _____	

ANEXO D – AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA (BRASIL, 2008).




AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA

Nome: _____ Data Nasc. ____/____/____
 Ocupação: _____ Sexo: M F
 Município: _____ Unidade Federada: _____
 Classificação operacional: PB MB Data início PQT: ____/____/____ Data alta PQT: ____/____/____

FACE	1°	/	/	2°	/	/	3°	/	/
Nariz	D		E	D		E	D		E
Queixa principal									
Ressacamento (S/N)									
Ferida (S/N)									
Perfuração de septo (S/N)									
Olhos	D		E	D		E	D		E
Queixa principal									
Faixa olhos s/ força (mm)									
Faixa olhos c/ força (mm)									
Triquise (S/N) / Ectrópio (S/N)									
Dimin. sensib. córnea (S/N)									
Opacidade da córnea (S/N)									
Catarata (S/N)									
Acuidade visual									







Membros superiores	1°	/	/	2°	/	/	3°	/	/
Queixa principal									
Palpação de nervos	D		E	D		E	D		E
Ulnar									
Mediano									
Radial									

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

Avaliação da força	1°	/	/	2°	/	/	3°	/	/
	D		E	D		E	D		E
Abrir dedo mínimo Abdução do 5º dedo (nervo ulnar)									
Elevar o polegar Abdução do polegar (nervo mediano)									
Elevar o punho Extensão do punho (nervo radial)									

Legenda: F = Forte D = Diminuída P = Paralisado ou S= Forte, 4= Resistência Parcial, 3= Movimento completo, 2= Movimento parcial, 1= Contração, 0= Paralisado

Inspeção e avaliação sensitiva

1°	/	/	2°	/	/	3°	/	/
D		E	D		E	D		E
								

Legenda: Caneta/filamento lúlis (2 g): Sente ✓ Não sente X ou Monofilamentos: seguir cores

Garra móvel: M Garra rígida: R Reabsorção:  Ferida: 

MEMBROS INFERIORES	1*	/	/	2*	/	/	3*	/	/
Queixa principal									
Palpação de nervos	D	E		D	E		D	E	
Fibular									
Tibial posterior									

Legenda: N - normal E - espessado D - dor

Avaliação da força	1*	/	/	2*	/	/	3*	/	/
	D	E		D	E		D	E	
Elevar o hálux Extensão de hálux (nervo fibular)									
Elevar o pé Dorsiflexão de pé (nervo fibular)									

Legenda: F - Forte D - Diminuída P - Paralisado ou S - Forte, 4 - Resistência Parcial, 3 - Movimento completo, 2 - Movimento parcial, 1 - Contração, 0 - Paralisado

Inspeção e avaliação sensitiva

1*	/	/	2*	/	/	3*	/	/
D	E		D	E		D	E	

Legenda: Caneta/filamento lilás (2 g): Sente ✓ Não sente X ou Monofilamentos: segurar cores

Garra móvel: M Garra rígida: R Reabsorção: Ferida:

CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE (OMS)

DATA DA AVALIAÇÃO	OLHOS		MÃOS		PÉS		MAIOR GRAU	ASSINATURA
	D	E	D	E	D	E		
Aval. diagnóstico / /								
Aval. de alta / /								

LEGENDA PARA PREENCHIMENTO DO GRAU DE INCAPACIDADES

GRAU	CARACTERÍSTICAS
0	Nenhum problema com os olhos, mãos e pés decorrente da hanseníase
I	Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos Diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos e /ou pés (não sente 2 g ou toque da caneta)
II	Olhos: lagofalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6 m Mãos: lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; mão caída Pés: lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé quente; contratura do tornozelo

MONOFILAMENTOS

COR	Gramas
Verde	0,05
Azul	0,2
Lilás	2,0
Verm. fechado	4,0
Verm. cruzado	10,0
Verm. aberto	300,0
Preto	s/resposta

ANEXO E - PROCEDIMENTOS RECOMENDADOS PARA A MEDIDA DA PRESSÃO ARTERIAL (SBC, 2010).

Preparo do paciente:

1. Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso por pelo menos 5 minutos em ambiente calmo. Deve ser instruído a não conversar durante a medida. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou após o procedimento.

2. Certificar-se de que o paciente NÃO:

- está com a bexiga cheia
- praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos
- ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos
- fumou nos 30 minutos anteriores.

3. Posicionamento do paciente:




Deve estar na posição sentada, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4o espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.

Para a medida propriamente:

1. Obter a circunferência aproximadamente no meio do braço. Após a medida selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço.
2. Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital.
3. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial.
4. Estimar o nível da pressão sistólica pela palpação do pulso radial. O seu reaparecimento corresponderá à PA sistólica.
5. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva.
6. Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica, obtido pela palpação.
7. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo).
8. Determinar a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é em geral fraco seguido de batidas regulares, e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação.
9. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff).
10. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa.

11. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica/diastólica/zero.
12. Sugere-se esperar em torno de um minuto para nova medida, embora esse aspecto seja controverso.
13. Informar os valores de pressões arteriais obtidos para o paciente.
14. Anotar os valores exatos sem “arredondamentos” e o braço em que a pressão arterial foi medida.

**ANEXO F – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO
SERES HUMANOS**

 <p>GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ <i>Secretaria de Saúde</i></p>	 <p>CDERM <i>Dona Libânia</i></p>
<p>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA CENTRO DE REFERÊNCIA NACIONAL EM DERMATOLOGIA SANITÁRIA DONA LIBÂNIA - CDERM</p>	
<p>ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA</p>	
<p>Registro do Projeto CEP/CDERM – Emenda do Projeto 001/2013</p>	
<p>Título: Capacidade funcional de idosos com hanseníase atendidos em um centro de referência da região Nordeste do Brasil.</p>	
<p>Pesquisador responsável: Paula Sacha Frota Nogueira</p>	
<p>Proposição do (a) relator (a):</p>	
<p><input checked="" type="checkbox"/> aprovação</p>	
<p><input type="checkbox"/> não aprovação</p>	
<p>Data da primeira análise pelo CEP/CDERM – 19/05/2015</p>	
<p>Data do parecer final da Emenda pelo CEP/CDERM: 19/05/2015</p>	
<p>PARECER</p>	
<p>Com base na Resolução CNS/MS nº. 466/2012, que regulamenta a matéria, o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia CDERM, em sua reunião realizada em 19/05/2015, decidiu APROVAR, de acordo com o parecer do (a) Relator (a), a emenda relacionada ao projeto de pesquisa acima especificado, quanto aos seus aspectos éticos.</p>	
<p>Observações:</p>	
<p>1. O(s) pesquisador (es) deve(m) apresentar relatório final da pesquisa ao CEP/CDERM.</p>	
<p>Fortaleza, 21 de maio de 2015.</p>	
<p> Dra. Maria Inismar da Silva Silveira Coordenadora do CEP/CDERM COORDENADORA</p>	
<p>Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP/CDERM Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia RUA. Pedro I nº. 1033 – Centro – CEP: 60.035-101 FAX: 3101 5431 FONE: 3101 5435/3101 5434 – EMAIL: dlibania@saude.ce.gov.br</p>	