



Estratégias de enfrentamento, limitação de atividades diárias e participação social de idosos que têm ou tiveram hanseníase

Coping strategies, limitation of daily activities and social participation of elderly people who have or have had Leprosy

Estrategias de afrontamiento, limitación de las actividades cotidianas y participación social de las personas mayores que tienen o han tenido Lepra

Gabriela Teixeira Ribeiro de Oliveira 

Instituto Elas, Serviço de acolhimento para mulheres em situação de violência – Bauru (SP) – Brasil

Isabela Boconcelo 

Centro Especializado em Reabilitação: SORRI – Bauru (SP) – Brasil

Susilene Maria Tonelli Nardi 

Instituto Adolfo Lutz. São José do Rio Preto (SP) – Brasil.

Lucia Helena Soares Camargo Marcian 

Instituto Lauro de Souza Lima – Bauru (SP) – Brasil

Renata Bilion Ruiz Prado 

Instituto Lauro de Souza Lima – Bauru (SP) – Brasil

RESUMO

Objetivo: Avaliar a limitação na realização de atividades de vida diária, a participação social e as estratégias de enfrentamento (*coping*) de idosos que têm ou tiveram hanseníase. **Método:** Foram avaliados 70 participantes em um centro de referência para hanseníase na região Sudeste no Brasil, com 60 anos ou mais no ano de 2017. Coletaram-se dados sociodemográficos e clínicos, Grau de Incapacidade da Organização Mundial de Saúde, e aplicaram-se os protocolos SALSA, Participação Social e Inventário de *Coping*. Os dados foram digitados em planilha Excel e analisados no programa estatístico Epi Info 7.2.6.0. **Resultados:** Dentre os idosos, 91,4% tinham limitação nas atividades diárias, 48,6% com restrições à participação social e 64,3% com grau de incapacidade 2. As estratégias de enfrentamento mais utilizadas foram: “reavaliação positiva” (70%), “autocontrole” (67,2%), “resolução de problemas” (65,7%), “suporte social” (65,7%) e “afastamento” (62,9%). O tempo de convivência prolongado e a adaptação funcional às suas atividades podem justificar a utilização das estratégias de enfrentamento positivas, mesmo na presença de deficiências físicas, limitações nas atividades diárias e participação social. **Conclusão:** Os dados obtidos podem auxiliar a equipe de saúde no planejamento e execução de ações mais eficazes de prevenção e reabilitação, a fim dos idosos alcançarem melhor qualidade de vida.

Descritores: Hanseníase; Idoso; Participação Social; Atividades Cotidianas; Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: The purpose of this research was to assess the limitation in performing activities of daily living, social participation and coping strategies of the aged people who have or have had leprosy. **Method:** Were evaluated seventy participants in a Leprosy Reference Center in Brazil, aged sixty years or older in 2017. Sociodemographic and clinical data were collected, as well as the assessment of the World Health Organization's Degree of Disability, and the Salsa, Social Participation and Coping Inventory



Este artigo está publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho seja corretamente citado.

Recebido em: 10/04/2023

Aceito em: 15/07/2024

protocols were applied. The data was entered into an Excel spreadsheet and analyzed using the Epi Info 7.2.6.0 statistical program **Results:** Among the aged, 91.4% had limitation in daily activities, 48.6% with restrictions on social participation and 64.3% with disability grade 2. The most used coping strategies were: "positive feedback" (70%), "self-control" (67.2%), "problem solving" (65.7%), "social support" (65.7%) and "removal" (62.9%). The prolonged living time and functional adaptation to their activities may justify the use of positive coping strategies, even in the presence of physical disabilities and limitations in daily activities and social participation. **Conclusion:** The data obtained can help the healthcare team to plan and execute effective actions of prevention and rehabilitation, for the elderly achieve better quality of life.

Descriptors: Leprosy; Aged; Social participation; Everyday Activities; Public Health.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la limitación en la realización de actividades de vida cotidiana, la participación social y las estrategias de afrontamiento (coping) de ancianos que tienen o tuvieron lepra. **Método:** Fueron evaluados 70 participantes en un centro de referencia para lepra en la región Sudeste de Brasil, con 60 años o más en el año de 2017. Fueron recogidos datos sociodemográficos y clínicos, Grado de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud, y fueron aplicados los protocolos SALSA, Participación Social e Inventario de Coping. Los datos fueron digitados en hoja Excel y analizados en programa estadístico Epi Info 7.2.6.0. **Resultados:** Entre los ancianos, 91,4% tenían limitaciones en las actividades cotidianas; 48,6% con restricciones a la participación social y 64,3% con grado de discapacidad 2. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron: "revaluación positiva" (70%), "autocontrol" (67,2%), "resolución de problemas" (65,7%), "soporte social" (65,7) y "alejamiento" (62,9%). El tiempo alargado de convivencia y la adaptación funcional a sus actividades pueden justificar la utilización de las estrategias de enfrentamiento positivas, aunque en la presencia de discapacidades físicas, limitaciones en las actividades cotidianas y participación social. **Conclusión:** Los datos obtenidos pueden ayudar al equipo de salud en la planificación y ejecución de acciones más eficientes de prevención y rehabilitación, con el objetivo de los ancianos obtengan mejor calidad de vida.

Descriptores: Lepra; Anciano; Participación Social; Actividades Cotidianas; Salud Pública.

INTRODUÇÃO

O número de idosos está em constante expansão, tanto nos países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil⁽¹⁾. Com uma população total de idosos de 32.113.490, até 2022, sendo 55,7% de mulheres e 44,3% de homens a partir do parâmetro de 60 anos ou mais para o índice de envelhecimento. Assim, compreende-se então que quanto maior o valor do indicador na população, mais envelhecida ela é. Em 2022, os idosos representavam 15,8% da população total⁽²⁾.

Além das alterações advindas do envelhecimento, algumas doenças transformam-se nas principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade na população idosa. Algumas dessas patologias podem provocar limitações físicas, tais como Parkinson⁽³⁾, Alzheimer⁽⁴⁾, acidente vascular cerebral⁽⁵⁾, infarto⁽⁶⁾ e risco de quedas⁽⁷⁾.

Dentre as doenças tropicais, a hanseníase também pode gerar deficiências e incapacidades. Assim, apesar dessa doença não estar incluída no rol de patologias típicas da terceira idade, o idoso afetado por essa doença pode apresentar deficiências físicas em mãos, nariz, olhos e pés, bem como vivenciar situações de rejeição, estigma, preconceito, em decorrência do diagnóstico e tratamento⁽⁸⁾.

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de evolução prolongada com potencial incapacitante, causada pela bactéria *Mycobacterium leprae* e que tem preferência por células da pele e nervos periféricos, resultando em alterações sensitivas, autonômicas e motoras⁽⁹⁾. Esta doença representa um problema de saúde pública no Brasil. Com os impactos da pós-pandemia nos serviços de saúde, em 2022, foram registrados 19.635 casos novos da doença e, destes, 8.698 (44,3%) casos iniciaram o tratamento com alguma alteração física ou deficiência nos olhos, mãos e ou pés⁽¹⁰⁾. Apesar da redução no número de casos novos nos últimos anos, o país ainda ocupa o segundo lugar no cenário mundial com um coeficiente de detecção de 9,67 por 100 mil habitantes⁽¹⁰⁾.

O diagnóstico precoce é um fator importante na prevenção das deficiências e no controle da doença. A pessoa acometida apresenta diminuição ou perda da sensibilidade, da sudorese, da lubrificação da pele e parestesia/paralisia muscular, podendo comprometer a função manual e da marcha, e, conseqüentemente interferir na realização das atividades de vida diária (AVDs)⁽¹¹⁾. Diante desta problemática e devido à baixa autoestima, perda da autonomia, carência afetiva e falta de oportunidades para trabalhar, pode ocorrer uma diminuição na participação social relacionada ao convívio familiar, profissional, redução na intensidade das atividades sociais e religiosas na comunidade ao qual o indivíduo pertence.

Essa condição pode gerar no indivíduo sentimento de insegurança e menos merecimento⁽¹²⁾. Por isso, questões como deficiência, limitação de atividade e restrição de participação social devem ser consideradas para avaliar o estado de saúde de uma pessoa que tem ou teve hanseníase.

Por serem validadas, a Escala Salsa (Screening of Activity Limitation and Safety Awareness) e a Escala de Participação Social estão sendo aplicadas em diferentes cenários socioculturais, a fim de compreender o paciente com hanseníase, integralmente, permitindo um melhor entendimento da limitação física e da restrição social na hanseníase de pacientes em tratamento e pós-alta⁽¹³⁾.

O modo como o paciente lida com o diagnóstico da hanseníase e problemas decorrentes da doença vai depender do tipo de enfrentamento que ele utiliza no seu cotidiano. O enfrentamento, ou *coping*, consiste em uma somatória de esforços cognitivos e comportamentais que podem ser utilizados pelo indivíduo ao lidar com demandas específicas e situações de estresse que possam estar acima dos recursos apresentados pelo indivíduo⁽¹⁴⁾. Na literatura, existem alguns estudos que identificaram as estratégias de *coping* em indivíduos com doenças crônicas, tais como, diabetes⁽¹⁵⁾, oncologia⁽¹⁶⁾ e doenças dermatológicas⁽¹⁷⁾. Porém, verificou-se carência de estudos que avaliem as estratégias de enfrentamento utilizadas por idosos com hanseníase⁽¹⁸⁾, bem como que torne possível compreender a relação entre a importância da execução das atividades diárias, a participação social e o tipo de estratégia de enfrentamento empregada pelos idosos. Além disso, há uma lacuna no conhecimento referente ao efeito das deficiências visíveis (GIF 2), na realização das atividades diárias, na participação social e nas estratégias de enfrentamento utilizadas pelos idosos.

Portanto, o objetivo deste estudo consiste em avaliar a limitação na realização de atividades de vida diária, a participação social e as estratégias de enfrentamento (*coping*) de idosos que têm ou tiveram hanseníase.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo transversal. Os dados foram coletados por meio de entrevista e avaliação dos casos de hanseníase acompanhados no Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL). O ILSL está localizado no município de Bauru, com população em torno de 380 mil habitantes, e está localizado no interior do estado de São Paulo. O Instituto foi criado em 1933 e nomeado Asilo Colônia Aymorés, um leprosário, e em 1989 se transforma em um Instituto de Pesquisa. Atualmente o Instituto Lauro de Souza Lima é referência no tratamento de casos de hanseníase para a América Latina.

Foram avaliados 70 idosos afetados pela hanseníase, em tratamento medicamentoso concluído ou não, com a poliquimioterapia (PQT), em acompanhamento no Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL), Bauru, SP, no ano de 2017, com idade igual ou superior a 60 anos, conforme definição constante no Estatuto do Idoso⁽¹⁹⁾. Foram avaliados idosos de ambos os sexos, independente da forma clínica da doença e do grau de incapacidades da OMS (GIF-OMS). Desse modo, a amostra foi constituída por conveniência.

Foram excluídos os pacientes idosos institucionalizados e aqueles com comprometimento intelectual que poderiam dificultar a comunicação e o entendimento com o entrevistador.

Para caracterizar a população estudada, foi utilizado um questionário com dados pessoais e clínicos da doença, coletados do prontuário médico dos pacientes, com autorização da chefia do serviço de arquivamento médico e estatístico do ILSL.

Todos os pacientes foram avaliados e estabeleceu-se o GIF-OMS, de acordo com as normas definidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A deficiência foi classificada por meio do maior grau observado ao exame dos olhos, mãos e pés: grau incapacidades zero (GIF 0) – nenhuma incapacidade relacionada à hanseníase; grau incapacidades um (GIF 1) – diminuição da força muscular e ou perda da sensibilidade protetora; e (GIF 2) – deficiências visíveis causadas pela hanseníase⁽²⁰⁾.

A limitação na realização de AVDs foi obtida por meio da avaliação individual dos casos selecionados com utilização da Escala SALSA que mensura a limitação de atividades nos indivíduos afetados pelo diabetes mellitus, hanseníase ou outras neuropatias periféricas. A aplicação dessa Escala é recomendada pelo Programa Nacional de Controle da Hanseníase⁽²¹⁾ e abrange quatro domínios definidos, com base na CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade): mobilidade; autocuidado; trabalho; destreza; e uma questão relacionada à acuidade visual. Foi considerado o ponto de corte para indicar limitação de atividades o escore ≥ 25 , sendo que de 10-24 (sem limitação); 25-39 (leve); 40-49 (moderada); 50-59 (severa); 60-80 (muito severa)⁽²²⁾.

Os indivíduos do estudo, também responderam aos pesquisadores deste estudo, às questões contidas na Escala de Participação Social que visa mensurar restrições à participação social de pessoas afetadas pela hanseníase, as

deficiências e outras condições estigmatizantes. Esse instrumento abrange oito dos nove domínios do componente *atividade e participação* da Classificação Internacional de Funcionalidades (CIF) e é composto por 18 itens, cujo escore varia 0 a 90. Os oito domínios consistem em: aplicação do conhecimento; comunicação; mobilidade; cuidados pessoais; vida doméstica; interações interpessoais; principais áreas da vida; comunidade, vida social e cívica. Os graus de restrição são classificados em: sem restrição (0 a 12), leve (13 a 22), moderada (23 a 32), grave (33 a 52) e extrema (53 a 90)^(12,21).

Por meio do Inventário de Estratégias de *Coping*, foi possível avaliar a forma como o paciente lida com eventos estressantes, consequentes das alterações fisiológicas trazidas pela doença. O instrumento é composto por frases que representam pensamentos e ações que podem ser utilizadas ou não pelos participantes. Foi proposto por Folkman & Lazarus, em 1985, e traduzido para o português do Brasil⁽²³⁾. A Escala consiste em oito diferentes fatores, cada um avaliando a forma com que o sujeito utiliza as estratégias de *coping*: confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidade, fuga-esquiva, resolução de problemas, reavaliação positiva. A intensidade do uso das estratégias pode ser definida por meio de uma Escala presente no instrumento. Esta varia de 0 a 3 pontos sendo 0 como – não usei essa estratégia; 1 – usei um pouco; 2 – usei bastante; e 3 – usei em grande quantidade. Portanto, quanto maior a pontuação, mais o indivíduo utiliza a estratégia. Essas estratégias podem ser avaliadas como positivas ou negativas⁽²³⁾.

Os autores desse estudo classificaram as Estratégias de *Coping* de Lazarus e Folkman em positivas e negativas, conforme as definições mencionadas na literatura⁽²³⁾. As categorias positivas foram qualificadas em: (a) resolução de problema (resolução de problema baseada em suas atitudes, sendo capaz de lidar com as pressões do meio); (b) aceitação de responsabilidade (engajamento do indivíduo no processo de resolução do problema/tratamento); (c) reavaliação positiva (controle das emoções relacionadas à tristeza, reinterpretando a situação conflitante e gerando crescimento pessoal); (d) suporte social (busca de apoio nas pessoas e no ambiente); categorias negativas: (e) afastamento (o indivíduo evita confrontar-se com a ameaça, negando os fatos); (f) autocontrole (buscar controlar as emoções frente a estímulos estressantes); (g) confronto (baseado em atitude ativa e ofensiva do indivíduo em relação ao estressor); (h) fuga/esquiva (fantasiar soluções para o problema, sem de fato tomar atitudes concretas para solucionar a situação)⁽²³⁾.

Para análise do instrumento *coping*, foi realizado a soma das respostas (0 a 3) referentes a cada uma das estratégias e calculado sua média. Considerou-se que, quanto maior a média, maior a utilização da estratégia pelo indivíduo⁽²³⁾.

Os dados dos instrumentos foram analisados com o EPI-INFO, Versão 7.1.1.0, utilizando análise estatística descritiva para a caracterização da casuística. Utilizou-se o teste do Qui-quadrado ou de Fisher para verificação da associação das variáveis categóricas. Para a comparação de médias, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis, considerando significativos valores-p < 0,05.

Após aprovação da Comissão Científica e do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Lauro de Souza Lima, os pesquisadores convidaram os pacientes, em tratamento no Ambulatório de Dermatologia e de Reabilitação, a participar deste estudo, fornecendo explicações relacionadas aos objetivos e esclarecendo possíveis dúvidas. Aqueles que aceitaram participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram conduzidos individualmente pelos pesquisadores ao Setor de Terapia Ocupacional ou de Psicologia para aplicação dos instrumentos de avaliação descritos acima. A aplicação destes instrumentos foi de, aproximadamente, 60 minutos.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Lauro de Souza Lima (CAAE: 74622917.0.0000.5475) e protocolo nº 2.334.686, segundo os termos da Resolução nº 196/96 e nº 466/2012 do CEP/CONEP/CNS/MS, Comissão Nacional de Ética em Pesquisas que regulamenta os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A idade dos participantes deste estudo variou entre 60 e 93 anos, com média de 69,4 (dp 8,09). Os dados referentes ao gênero, grau de instrução, estado civil, ocupação atual, renda familiar, moradia, tempo de diagnóstico, tratamento concluído, classificação operacional e grau de incapacidade estão demonstrados na Tabela I.

Tabela I – Distribuição dos dados sociodemográficos e clínicos dos participantes (n=70), Bauru, São Paulo, Brasil, 2017.

Dados sociodemográficos e clínicos (N=70)	Características	n	%
Sexo	Masculino	47	67,1
	Feminino	23	32,9
Idade	60 a 79 anos	62	88,6
	≥ 80 anos	8	11,4
Grau de instrução	Alfabetização (lê e escreve)	4	5,7
	Fundamental incompleto	40	57,1
	Fundamental completo	7	10,0
	Ensino médio incompleto	1	1,4
	Ensino médio completo	5	7,2
	Superior	4	5,7
	Assina o nome	5	7,2
	Analfabeto	4	5,7
Ocupação atual	Empregado assalariado	0	0
	Autônomo	3	4,3
	Estudante	0	0
	Prendas domésticas	3	4,3
	Aposentado	53	74,8
	Afastado por motivo de doença	7	10,0
Estado civil	Desempregado	4	5,7
	Viúvo	16	22,9
	Divorciado	8	11,4
	União civil estável	3	4,3
	Solteiro	11	15,7
Reside com	Casado	32	45,7
	Sozinho	14	20,0
	Pai/mãe)	1	1,4
	Cônjuge	33	47,1
Renda familiar	Outros	22	31,4
	0 a 2 salários mínimos	55	78,6
	3 a 4 salários mínimos	11	15,7
Classificação operacional	5 ou mais salários mínimos	4	5,7
	Multibacilar	61	87,1
Tempo de diagnóstico	Paucibacilar	9	12,9
	≤ 5 anos	23	32,8
	>5 a ≤ 20 anos	17	24,3
Tratamento concluído	>20 anos	30	42,9
	Sim	56	80,0
GI-OMS Máximo	Não	14	20,0
	0	3	4,3
	1	22	31,4
	2	45	64,3

Na Tabela II, a maioria dos idosos (65,7%) demonstrou, na Escala SALSA, limitação nas AVDs de leve à moderada e 25,8% limitação de grave à extrema em suas AVDs. Os resultados da Escala de Participação Social mostram que 51,4% dos idosos foram classificados como “sem restrição social”, 31,4% apresentaram “restrição de leve à moderada” e 17,2% com “restrição grave”.

Tabela II – Frequência da classificação dos escores da Escala SALSA e da Escala de Participação dos idosos que tiveram ou tem hanseníase. (n=70). Bauru, São Paulo, Brasil, 2017.

ESCALA SALSA										
Classificação	Sem limitação				Com limitação de atividades					
	Sem Limitação (10-24)		Leve Limitação (25 – 39)		Moderada Limitação (40 – 49)		Grave Limitação (50 – 59)		Extrema Limitação (60 – 80)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	06	8,5	32	45,7	14	20,0	09	12,9	09	12,9
ESCALA DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL										
Classificação	Sem restrição				Com restrição à participação social					
	Sem Restrição (0 – 12)		Leve Restrição (13 – 22)		Restrição Moderada (23 – 32)		Restrição Grave (33 – 52)		Restrição Extrema (53 – 90)	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
	36	51,4	17	24,3	05	7,1	12	17,2	0	-

Tabela elaborada pelos autores deste estudo

Houve associação entre restrição social e limitação de atividades mostrando que ter limitação de atividades está associado com apresentar restrição à participação social (valor-p 0,00).

Em relação ao Inventário de *Coping* (Tabela III), as estratégias positivas mais utilizadas foram “reavaliação positiva” (70%), “resolução de problemas” (65,7%) e “suporte social” (65,7%), e, as negativas mais utilizadas foram “autocontrole” (67,2%) e “afastamento” (62,9%), independente da intensidade na qual cada estratégia foi utilizada (pouco; grande parte; ou quase sempre). Dentre as estratégias positivas “pouco utilizadas”, houve predomínio da “aceitação de responsabilidade” (62,9%) e, quanto às negativas, prevaleceram “fuga-esquiva” (57%) e “confronto” (52,9%).

Na Tabela III, ao associar as estratégias de enfrentamento com a ocupação atual, identificou-se que a média da estratégia de “suporte social” é maior nos aposentados (10,7) e afastados pela doença (14,1), mas não é significativa quando comparado aos autônomos (9,3), prendas domésticas (8,6) e desempregados (8,7) (valor-p=0,18). Em relação à média da “estratégia de aceitação de responsabilidade” é maior nos aposentados (7,3), afastados pela doença (7,6) e desempregados (7,0), mas não é significativa quando comparado aos autônomos (2,3) e prendas domésticas (4,0) (valor-p=0,36). A média da “estratégia de resolução de problemas” é maior nos indivíduos que exercem prendas domésticas (13,0), autônomos (13,0) e afastados pela doença (12,7), mas não é significativa quando comparado aos aposentados (10,7) e desempregados (6,5) (valor-p=0,67). A média da estratégia de “reavaliação positiva” variou de 10,0 a 15,2, sendo que é menor nos autônomos e maior nos aposentados (valor-p=0,49).

Os indivíduos com nível superior parecem usar menos a estratégia “fuga/esquiva”, quando comparados a pessoas com menor escolaridade (valor-p=0,03), e, na média (8,0), usam menos a estratégia de “autocontrole”. Portanto, o resultado mostra com evidência que os mais escolarizados parecem usar menos a estratégia de “fuga/esquiva”.

Tabela III – Média das estratégias de *coping* positivas e negativas associadas às variáveis estudadas nos idosos que tiveram ou têm hanseníase (n=70). Bauru, São Paulo, Brasil, 2017.

	Variáveis (N=70)	Estratégias de <i>Coping</i> – Fatores Média							
		Positivas				Negativas			
		RProb	AR	RP	SS	A	AC	C	FE
Ocupação atual	Autônomo (n=3)	9,0				10,3			
	Prendas domésticas (n=3)	13,3				12,7			
	Aposentado (n=53)	13,5				13,2			
	Afastado por motivo de doença (n=7)	14,7				10,3			
	Desempregado (n=4)	15,5				14,7			
	Valor-p*	0,24				0,72			
Reside com	Sozinho (n=14)	13,1				11,8			
	Cônjuge/ Pai e Mãe (n=33/1)	14,4				13,8			
	Outros (n=22)	12,5				11,9			
	Valor-p*	0,17				0,20			
Tempo de diagnóstico	Até 5 anos (n=23)	14,1				11,9			
	6 a 15 anos (n=13)	15,0				14,3			
	16 anos ou mais (n=34)	12,7				12,9			
	Valor-p	0,65				0,60			
Grau de instrução	Alfabetizado (n=13)	14,0				13,5			
	Fundamental incompleto e completo (n=47)	13,9				12,8			
	Ensino médio incompleto e completo (n=6)	14,8				13,0			
	Ensino superior (n=4)	6,3				11,0			
	Valor-p*	0,99				0,72			
Grau de incapacidade	0 (n=3)	12,7				15,0			
	1 (n=22)	15,7				12,9			
	2 (n=45)	12,6				12,7			
	Valor-p	0,36				0,81			
Limitação de atividades (Escala SALSA)	Sem limitações (n=6)	14,5				14,2			
	Limitação leve e moderada (n=46)	12,8				13,3			
	Sem limitação severa e muito severa (n=18)	15,2				11,2			
	Valor -p	0,9				0,8			
Escala Participação Social	Sem restrições	12,9				13,3			
	Restrições leve e moderada	13,8				12,1			
	Restrições grande e extrema	15,0				12,6			
	Valor-p	0,8				0,9			

Legenda: RProb – Resolução de Problema; AR – Aceitação da Responsabilidade; RP- Reavaliação Positiva; SS – Suporte Social; A – Afastamento; AC – Autocontrole; C – Confronto; FE – Fuga e Esquiva

*Kruskal-Wallis Test

Tabela elaborada pelos autores

Na tabela IV, verificou-se que a média dos escores da Escala de Participação Social dobra do Grau 0 para o Grau 1 e diminui discretamente do Grau 1 para o Grau 2 (valor-p=0,45). No entanto, na Escala SALSA, quanto mais grave é a deficiência física do indivíduo, (GIF-OMS 1 e 2) maior é sua limitação nas atividades diárias (valor-p=0,01).

Tabela IV – Média dos escores da Escala de Participação Social e Escala SALSA de acordo com os Graus de Incapacidades da OMS. Bauru, São Paulo, Brasil, 2017.

	Grau 0	Grau 1	Grau 2	Valor-p
Escala de Participação Social	8,3 (DP 9,3)	16,8 (DP 15,8)	16,4 (DP 13,1)	0,45*
Escala SALSA	27,7 (DP 3,8)	36,4 (DP 14,7)	44,3 (DP 13,4)	0,01*

*Kruskal –Wallis test

Ao associar (GIF-OMS) com a Escala de Participação Social e SALSA, observou-se que pacientes com deficiência leve (GIF-OMS 0 e 1) apresentam, percentualmente, mais restrição na participação social e menos limitação de atividades (valor-p=0,62). Enquanto pacientes com deficiências graves (GIF-OMS 2), além de apresentarem restrição a participação social, apresentam também limitação de atividades (valor-p=0,01).

Tabela V – Associação entre Participação Social medida pela Escala de Participação Social, Limitação de Atividades (SALSA) e Graus de Incapacidade da Organização Mundial de Saúde nos idosos. Bauru, São Paulo, Brasil, 2017.

		Grau 0 (n=3) e Grau 1 (n=22)	Grau 2 (n=45)	Valor-p
Escala de Participação Social	Sem restrição à participação social (n=36)	14 (20%)	22 (31,4%)	0,62*
	Com restrição à participação social (n=34)	11(15,7%)	23 (32,8)	
Escala SALSA	Sem limitação atividades	19 (27,1%)	19 (27,1%)	0,01*
	Com limitação atividades	6 (8,6%)	26 (37,1%)	

Tabela elaborada pelos autores

DISCUSSÃO

No presente estudo, o percentual de idosos homens foi predominante (67,1%). Dentre os 254.918 casos novos de hanseníase no Brasil, a maioria também é constituída por homens (55,6%). Em 2022, a razão de sexo (M:F) aumentou para 1,3, ou seja, 13 homens para cada dez mulheres⁽¹⁰⁾.

O tempo de diagnóstico dos idosos foi tardio, superior a 20 anos, demonstrando que o contágio da doença pode ter ocorrido ainda em idade adulta/productiva. Na literatura, há algumas situações que justificam o atraso no diagnóstico da doença: dificuldade de acesso aos serviços de saúde, falta de conhecimento dos profissionais sobre os sinais e sintomas da doença; medo do paciente ser estigmatizado socialmente e diagnóstico tardio, devido a diagnósticos equivocados⁽²⁴⁾. Nesse contexto, os autores, de um estudo realizado em 2020, identificaram que usuários da saúde fizeram 26 consultas para a obtenção do diagnóstico da hanseníase, na qual a média de consultas para procurar o serviço de saúde foi de quase oito vezes até o profissional apresentar o diagnóstico de hanseníase⁽²⁵⁾.

Os dados obtidos no presente estudo apontam que há um predomínio de alfabetizados (leem e escrevem), mas que não possuem o ensino fundamental completo. Na literatura, esta é uma das características do perfil epidemiológico da hanseníase, indivíduos com baixo nível de escolaridade e de conhecimento sobre a doença. Na hanseníase, a variável “escolaridade” está diretamente associada às desigualdades sociais existentes e população com renda per capita familiar igual ou inferior a dois salários mínimos, com quatro ou mais pessoas convivendo no mesmo espaço⁽²⁶⁾, trabalho precarizado e baixo acesso a programas assistenciais⁽²⁷⁾.

O fato dos idosos avaliados estarem inseridos em um programa de reabilitação, vinculado ao centro de referência em hanseníase, com tempo de diagnóstico entre 5 a 20 anos, pode explicar a ocorrência de deficiências físicas com GIF 1 e GIF 2 (diagnóstico tardio). No período de 2013 a 2022, a literatura descreve que a proporção de casos novos de hanseníase com GIF 2, totalizaram em 19.218 casos. No momento do diagnóstico do usuário, a proporção de casos novos de hanseníase com GIF 2 aumentou de 7,3% (ano 2013) para 11,5% (2022), considerado um parâmetro “alto”⁽¹⁰⁾.

A classificação operacional multibacilar foi predominante entre os idosos investigados no presente estudo. Geralmente, a transmissão da hanseníase ocorre por meio de uma pessoa que apresenta a forma multibacilar e com chance de desenvolver deficiências físicas visíveis (GIF 2). Dados epidemiológicos revelam que, em 2022, a proporção de casos novos multibacilares aumentou para 81,2%, em comparação a 64,4% em 2013, com uma elevação percentual de 26,1%⁽¹⁰⁾.

No presente estudo, constatou-se que quase a totalidade (91,5%) apresentou algum tipo de limitação nas AVDs. Contudo, os idosos desenvolvem as atividades com independência, mas com padrão de preensão e de marcha alterados, decorrentes de problemas sensitivos e motores. Esses resultados corroboram com alguns estudos, principalmente pelo fato de os participantes apresentarem algum tipo de limitação nas AVDs e GIF 2^(28,29).

Referente à avaliação da participação social, observou-se que quase metade dos idosos (48,6%) apresentou algum tipo de restrição à participação social. Destes, 24,3% apresentaram restrição de moderada à grave. Quando as deficiências físicas (GIF 1 e GIF 2) são instaladas ou as incapacidades se manifestam, as consequências repercutem não somente nas atividades cotidianas (mobilidade, autocuidado, destreza e trabalho manual), mas incidem também de maneira negativa nas interações sociais, levando os indivíduos ao isolamento social^(30,31).

Portanto, no presente estudo, os dados mostraram que a limitação de atividades físicas gerou restrição à participação social. Outros estudos também revelaram que a limitação de atividades é comum entre os pacientes com hanseníase e foi associada à restrição da participação social e idade avançada^(32,33).

Ao avaliar as estratégias positivas de enfrentamento com percentual acima de 50%, por meio do Inventário de Coping, a “reavaliação positiva” foi a estratégia mais utilizada pelos participantes. Idosos conviveram durante anos ou décadas com os problemas decorrentes da hanseníase, foram acompanhados em equipe multiprofissional, o que pode trazer novas perspectivas e necessidade de ressignificar. Estudo realizado com pacientes de hanseníase também utilizavam esta mesma estratégia com maior frequência⁽¹⁸⁾. Indivíduos que utilizam esta estratégia buscam concentrar-se nos aspectos positivos das soluções, amenizar a carga emotiva dos conflitos e refletir antes de agir impetuosamente⁽³⁴⁾.

Como segunda estratégia mais utilizada, a de “resolução de problemas” pressupõe um planejamento mais adequado para lidar com as situações de conflito com maior qualidade adaptativa. Esta estratégia denota a resolutividade do idoso diante das dificuldades vivenciadas no convívio com a hanseníase e capacidade de finalizar um problema mal resolvido⁽³⁵⁾. Interessante ressaltar que em outro estudo, cuja casuística foi constituída por adultos em fase produtiva⁽¹⁸⁾, a estratégia “resolução de problemas” foi também uma das mais utilizadas pelos entrevistados.

A estratégia de “suporte social” foi a terceira mais utilizada, na qual o indivíduo encontra no ambiente e nas pessoas o auxílio para enfrentar o estigma, as dificuldades e as limitações físicas. Essa estratégia inclui a procura de apoio social para encontrar soluções, base emocional em amigos e familiares e o apoio profissional⁽¹⁷⁾. “suporte social” representa fonte de apoio e de integração, por meio da convivência constante dos pacientes com amigos, familiares e com a própria equipe de saúde⁽¹⁸⁾.

A estratégia positiva menos utilizada neste estudo foi a de “aceitação de responsabilidade”. Supõe-se que o uso frequente das estratégias de “afastamento” e de “fuga-esquiva” são formas de não admitirem e não se responsabilizarem pelos problemas decorrentes da hanseníase, tais como, medo de transmitir a doença, temor da rejeição e discriminação social, receio da perda do emprego, sentimento de incapacidade, entre outros.

A estratégia negativa mais utilizada no presente estudo foi a de “autocontrole” (67,2%), percentual próximo ao encontrado em outro estudo (72,7%)⁽¹⁸⁾. Esta estratégia é considerada negativa, pelo fato do paciente ter dificuldades para compartilhar seus problemas com outras pessoas, buscando controlar e conter a si mesmo, as pessoas e as condições do ambiente ao seu redor⁽³⁶⁾. Exercer o autocontrole diante de eventuais fragilidades da doença, permite que o idoso evite que a sociedade o perceba com pouca vitalidade ou fraqueza⁽³⁷⁾.

Nesse contexto, a promoção da saúde busca consolidar as políticas públicas de saúde, desenvolver estratégia de enfrentamento contra a hanseníase e suas complicações, bem como combater a discriminação, prevenir as incapacidades e promover a inclusão dos usuários que são acompanhados pelo programa de hanseníase^(38,39).

Este estudo visa colaborar para a promoção da saúde, ao subsidiar os profissionais de saúde que atuam no programa de hanseníase, com o intuito de atualizar os conhecimentos de como abordar o paciente que tem ou teve hanseníase, contribuir para a eliminação da doença e reintegrar os usuários que finalizaram a poliquimioterapia ao convívio familiar e interação social. Para tanto, há de se investir em educação permanente em saúde, abordando conteúdos que tratam da clínica, tratamento, epidemiologia e reabilitação, de modo a estabelecer fluxo de atendimento, entendimento das reais necessidades do indivíduo e a resolução de seus problemas. Nestes casos, o uso da metodologia participativa parece ser uma abordagem promissora para a construção de uma nova realidade⁽⁴⁰⁾.

Desse modo, este estudo apresenta a limitação de ter avaliado idosos que têm ou tiveram a hanseníase e que procuraram tratamento de suas comorbidades em um centro de referência da América Latina. Sendo assim, possivelmente estes idosos conheciam previamente a doença e as limitações provocadas por ela, aprendendo a superar, por meio de educação em saúde, as dificuldades físicas e emocionais. Ampliar este estudo para idosos de outras regiões do Brasil e do mundo que porventura não tenham tido acompanhamento profissional e apoio familiar pode oferecer, então, novas perspectivas e resultados sobre o assunto.

CONCLUSÃO

As deficiências físicas, as limitações de atividades e as restrições à participação social estiveram presentes em um percentual elevado de idosos que tem ou tiveram hanseníase. Em contrapartida, as estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelos idosos avaliados são positivas, o que pode ser justificado pelo tempo de convivência e evolução da doença, durante o processo de resignificação da vivência com a hanseníase e das limitações adquiridas na tentativa de superá-las ou modificar seus hábitos, sua rotina de vida diária e a qualidade de vida.

As limitações nas atividades de vida diária (AVDs) podem restringir a participação social, uma vez que o paciente evita a convivência por ter dificuldades ou não conseguir realizar as atividades cotidianas que necessitam de funções neurais preservadas como, por exemplo, a mobilidade, a funcionalidade e o contato físico.

Por fim, a identificação das estratégias de enfrentamento em idosos pode auxiliar na investigação de fatores psicológicos e sociais que interferem nos seus cotidianos, possibilitando aos profissionais da saúde, de posse a esses conhecimentos, um planejamento de ações mais eficazes de prevenção e reabilitação em hanseníase.

AGRADECIMENTOS E CONFLITO DE INTERESSE

Agradecimento ao Programa de Aprimoramento Profissional da Coordenadoria de Recursos Humanos - Secretaria de Estado da Saúde São Paulo, Brasil.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

CONTRIBUIÇÕES

Gabriela Teixeira Ribeiro de Oliveira, Isabela Boconcelo, Lucia Helena Soares Camargo Marcian e Renata Bilion Ruiz Prado participaram da concepção e delineamento do projeto; coleta, análise e interpretação dos dados; redação do texto do manuscrito e revisão final. **Susilene Maria Tonelli Nardi** participou da análise e interpretação dos dados; redação do texto do manuscrito e revisão final.

Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

FINANCIAMENTO

Não há financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022. Rio de Janeiro: IBGE; 2022.
3. Magalhães F, Silva VNC, Fernandes JRN, Oliveira AT, Fernandes TRS, Teixeira S. Teorias causais, sintomas motores, sintomas não-motores, diagnóstico e tratamento da Doença de Parkinson: uma revisão bibliográfica. *Res Soc Dev.* 2022; 11(7):1-15.
4. Reis SP, Marques MLDG, Marques CCDG. Diagnóstico e tratamento da doença de Alzheimer. *Braz J Hea Rev.* 2022; 5(2):5951-5953.
5. Moraes JA, Almeida IT, Perdigão FSO, Silva FAR, Fagundes RR, Prudente COM. Melhora da independência funcional após internação para reabilitação de pacientes com sequela de acidente vascular cerebral. *Rev Neurocienc.* 2022; 30:1-20.

6. Sousa AR, Silva AF, Estrela FM, Magalhães JRF, Oliveira MAS, Mota TN, et al. Vivências de homens idosos acerca do acometimento por infarto agudo do miocárdio. *Acta Paul Enferm.* 2021; 34: eAPE00902.
7. Pena SB, Guimarães HCQCP, Lopes JL, Guandalini LS, Taminato M, Barbosa DA, et al. Medo de cair e o risco de queda: revisão sistemática e metanálise. *Acta Paul Enferm.* 2019; 32(4):456-63.
8. Souza MM, Silva GB, Miranda HMER. Significado de ser idoso/doente de hanseníase. *Rev Eletr Enferm.* 2006; 7(3):328-33.
9. Luna IT, Beserra EP, Alves MDS, Pinheiro PDC. Adesão ao tratamento da Hanseníase: dificuldades inerentes aos portadores. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(6):983-90.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico da Hanseníase [internet]. Jan. 2024 [citado 13 jun 2024]; (n. especial):1-71. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2024/be_hansen-2024_19jan_final.pdf/view
11. Pereira KSS, Luz IS, Ribeiro JH, Santos LCL, Silva CS, Trece MS. Imagem Corporal na Experiência da Hanseníase: uma revisão bibliográfica. *Revista Contemporânea* 2024; 4(5):1-21.
12. Martins PV. Hanseníase: um estudo sobre a experiência da enfermidade de pacientes em Salvador-Bahia. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva; 2013.
13. Oliveira LR, Nascimento AR, Nascimento MMP, Pereira AP, Lemos ICS, Kerntopf MR. Limitação de atividades e participação social entre usuários de um grupo de autocuidado em hanseníase. *R. Interd.* 2016; 9 (1):171-81.
14. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. In: Gellman M, Turner JR. *Encyclopedia of Behavioral Medicine.* New York: Springer-verlag new York; 1984. p.1913-15.
15. Francisco PMSB, Assumpção D, Bacurau AGM, Silva DSM, Yassuda MS, Silva DSM, et al. Diabetes mellitus em idosos, prevalência e incidência: resultados do Estudo Fibra. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2022; 25(5): e210203.
16. Paula W Júnior, Zanini DS. Estratégias de Coping de pacientes oncológicos em tratamento radioterápico. *Psicologia: teoria e pesquisa.* 2011; 27(4):491-497.
17. Brito L, Pereira MG. Variáveis individuais e familiares na psoríase: um estudo com doentes e parceiros. *Psic.: Teor. e Pesq.* 2012; 28(2):171-80.
18. Beltrame RT, Marciano LHSC, Fonseca MS, Prado RBR. Estratégias de Enfrentamento utilizadas pelo Paciente com Deficiências Físicas na Hanseníase. *Mimesis* 2015; 36(1):117-38.
19. Brasil. Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 2003 [citado 10 abr 2023]. 19p. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.741compilado.htm
20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de doenças de Condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes terapêuticas da Hanseníase. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022.
21. Ministério da Saúde (BR). Manual de prevenção de incapacidades. Brasília, DF: Departamento de Vigilância Epidemiológica; 2008.
22. Nardi SMT, Paschoal VD, Zanetta DMT. Limitations in activities of people affected by leprosy after completing multidrug therapy: application of the SALSA scale. *Lepr Rev.* 2012 Jun;83(2):172-83.
23. Savóia MG, Santana PR, Mejias NP. Adaptação do inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicologia USP.* 1996; 7(1/2):183-201.
24. Henry M, Galan N, Teasdale K, Prado RBR, Amar H, Rays M, et al. Factors Contributing to the Delay in Diagnosis and Continued Transmission of Leprosy in Brazil – An explorative, quantitative, Questionnaire based study. *PLoS Negl Trop Dis.* 2016; 10(3): 1-12.
25. Ferreira NMA, Furuya RK, Storer JM, Ramos ACV, Crispim JA, Arcêncio RA, et al. Tempo para o diagnóstico

- da hanseníase e sua relação com fatores sociodemográficos e clínicos. *Ciênc. Cuid. Saúde*. 2020;19:1-8.
26. Boigny RN, Souza EA, Romanholo HSB, Araújo OD, Araújo TME, Carneiro MAG, et al. Persistência da hanseníase em redes de convívio domiciliar: sobreposição de casos e vulnerabilidade em regiões endêmicas no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2019;35(2):1-14.
 27. Lopes VAS, Rangel EM. Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular. *Saúde Debate*. 2014;38(103):817-829.
 28. Nascimento DS, Ramos AN Júnior, Araújo OD, Macêdo SF, Silva GV, Lopes WMPS et al. Limitação de atividade e restrição à participação social em pessoas com hanseníase: análise transversal da magnitude e fatores associados em município hiperendêmico do Piauí, 2001 a 2014. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2020; 29(3):1-11.
 29. Matos TS, Souza CDF, Moura JC, Fernandes TRMO, Mariano RS. Fatores associados à limitação de atividade em casos novos de hanseníase em município hiperendêmico do Nordeste, Brasil: estudo transversal. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2021;16(43):2379.
 30. Marinho FD, Macedo DCF, Sime MM, Paschoal VD, Nardi SMT. Percepções e sentimentos diante do diagnóstico, preconceito e participação social de pessoas acometidas pela hanseníase. *Arquivos de Ciências da Saúde*. 2014; 21(4):46-52.
 31. Ikehara E, Nardi SMT, Ferrigno ISV, Pedro HDSP, Paschoal VDA. Escala Salsa e grau de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde: avaliação da limitação de atividades e deficiência na hanseníase. *Acta fisiátrica*. 2016;17(4):169-174.
 32. Abdela SG, Van Henten S, Abegaz SH, Bayuh FB, Zewdu FT, Berhe FT, et al. Activity limitation and social participation restriction among leprosy patients in Boru Meda Hospital, Amhara Region, Ethiopia. *PLoS Negl Trop Dis*. 2020;14(9): 1-12.
 33. Nascimento DS, Ramos AN Júnior, Araújo OD, Macêdo SF, Silva GV, Lopes WMPS, et al. Limitação de atividade e restrição à participação social em pessoas com hanseníase: análise transversal da magnitude e fatores associados em município hiperendêmico do Piauí, 2001 a 2014. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2020; 29(3):1-11.
 34. Pelarigo JGT, Prado RBR, Nardi SMT, Quaggio CMP, Camargo LHS, Marciano LHSC. Declínio cognitivo, independência funcional e sintomas depressivos em idosos com hanseníase. *Hansen Int*. 2014; 39(1):30-39.
 35. Viana LS, Aguiar MIF, Aquino DMC. Perfil socioepidemiológico e clínico de idosos afetados por hanseníase: contribuições para a enfermagem. *J. res.:fundam. care online*. 2016; 8(2):4435-4446.
 36. Costa, ALS, Chaves EC. Processos de enfrentamento do estresse e sintomas depressivos em pacientes portadores de retocolite ulcerativa idiopática. *Rev Esc Enferm*. 2006;40(4):507-514.
 37. Damião EBC, Rossato LM, Fabri LRO, Dias VC. Inventário de estratégias de enfrentamento: um referencial teórico. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(esp 2):1199-1203.
 38. Leite TRC, Silva IGB, Lanza FM, Maia ER, Lopes MSV, Cavalcante EGR. Ações de controle da hanseníase na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Vittalle- Revista de Ciências da Saúde*. 2020;32(3):175-186
 39. Ramos AN Júnior, Heukelbach J, Oliveira MLWDR. A conditional cash transfer programme in Brazil improves leprosy treatment outcomes. *The Lancet Infectious Diseases*. 2020; 20(5):522-23.
 40. Silva CFG, Paschoal VDA, Garcia NP, Lozano AW, Femina LL, Donda P, et al. Estratégia de contribuição para a educação dos profissionais em Hanseníase. *Rev enferm UFPE on line*. 2021;15(1):1-15.

Primeira Autora

Gabriela Teixeira Ribeiro de Oliveira
Instituto Elas - Serviço de acolhimento para mulheres em situação de violência
Rua Luiz Tentor, 7-60
Bairro: Samambaia residencial
CEP:17.018-740 / Bauru (SP) - Brasil
E-mail: gtoliveira93@gmail.com

Endereço para correspondência

Susilene Maria Tonelli Nardi
Instituto Adolfo Lutz
Rua Alberto Sufredini Bertoni, n 2325
Bairro: Maceno / São José do Rio Preto (SP) - Brasil
E-mail: susilene.nardi@ial.sp.gov.br

Como citar: Oliveira GTR, Boconcelo I, Nardi SMT, Marciano LHSC, Prado RBR. Estratégias de enfrentamento dos idosos com limitação na realização das atividades e participação social em Hanseníase. Rev Bras Promoç Saúde. 2024;37:14403.
