



Desenvolvimento das ações de um grupo de autocuidado em hanseníase como ferramenta de promoção da saúde

Development of a self-care group's actions in leprosy as a tool for health promotion

Nataly Mayara Cavalcante Gomes,¹ Amanda Maria Silva da Cunha,² Ana Beatriz de Almeida Lima,³ Clodis Maria Tavares⁴

RESUMO

O objetivo desse trabalho é apresentar as ações desenvolvidas em um ciclo anual do grupo de autocuidado para pessoas atingidas pela hanseníase de uma Unidade de Saúde de Família (USF) de um município do estado de Alagoas. Trata-se de um relato de experiência oriundo de um projeto de extensão. Os encontros foram marcados por momentos teórico-práticos que estimularam a consciência de risco das pessoas atingidas pela hanseníase e pelo protagonismo no processo saúde-doença. Assim, conclui-se que o grupo de autocuidado é um instrumento de empoderamento social vinculado à atenção básica, que tem como fundamento a promoção da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Hanseníase; Autocuidado; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The aim of this study is to report the actions developed in a self-care group's annual cycle in leprosy of a Family Health Unit of a city in the state of Alagoas. This is a report of an extension project experience. The meetings were marked by the protagonism in the health-disease process and by theoretical-practical moments that stimulated the risk awareness of people affected by leprosy. Thus, it was

¹ Enfermeira pela Universidade Federal de Alagoas (Ufal).

² Enfermeira pela Universidade Federal de Alagoas (Ufal). E-mail: amandaealine_10@hotmail.com.

³ Enfermeira pela Universidade Federal de Alagoas (Ufal).

⁴ Docente da Universidade Federal de Alagoas (Ufal). Doutora em em Ciências - EERP-USP. Mestra em em Saúde Pública com área de concentração em Epidemiologia pela Universidade Federal do Ceará, Enfermeira pela Universidade Federal do Ceará.

concluded that the self-care group is an instrument of social empowerment linked to basic care based on health promotion.

KEYWORDS: Leprosy; Self Care; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma das doenças mais antigas da humanidade e uma das mais estigmatizantes.¹ Consiste em uma enfermidade que se caracteriza pela cronicidade e pelo processo infectocontagioso, tendo como agente etiológico o *Mycobacterium leprae*.² Uma das formas de tratamento adotada pelo Brasil foi o isolamento compulsório que se manteve até meados da década de 1960, potencializando o preconceito e a mácula no imaginário da sociedade, os quais acompanham a doença e persistem até hoje.³

A partir da década de 1960, a forma de tratamento foi modificada para os cuidados ambulatoriais nos centros de referência.³ O ano de 1980 foi um marco importante, devido à implantação do tratamento da poliquimioterapia (PQT), aderido pelo Brasil em 1986.⁴ Entretanto, apenas em 2001, por meio da Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2001, transferiu-se o tratamento para a Atenção Básica, em que a função de eliminar a hanseníase e de conduzir a PQT foi delegada a esse nível de atenção à saúde.⁵

À vista disso, a hanseníase é considerada uma enfermidade endêmica no Brasil, com uma taxa de detecção geral de 12,23 por 100 mil habitantes em 2016 e cerca de 25.218 casos novos no mesmo ano, salientando-se que, desses, 7,9% já são diagnosticados apresentando o grau II de incapacidade física.⁶ Tal cenário reflete o diagnóstico tardio da doença e o consequente comprometimento funcional do indivíduo que, ao acarretarem problemas de ordem física e emocional, repercutirão por toda a vida da pessoa, afetando também a família e contribuindo para a chaga da doença na comunidade.⁷

Nesse contexto, o Grau de Incapacidade Física (GIF) é um indicador epidemiológico, avaliado pelo escore OMP (olhos, mãos e pé) que analisa a diminuição e/ou a inexistência da sensibilidade nessas regiões.^{6,8} Além do mais, o GIF indica o comprometimento neural do indivíduo, aumentando a propensão a lesões por meio de

ferimentos em objetos cortantes, além de quedas e queimaduras.⁸

Diante disso, o Ministério da Saúde (MS) destacou a importância da formação dos grupos de autocuidado. Nesse contexto, define-se grupo como um conjunto de pessoas com interesses em comum, na busca de conhecimento e empoderamento para os cuidados com a saúde na perspectiva de sua promoção e sua prevenção de agravos. Também é um espaço que permite o compartilhamento de experiências e o apoio mútuo, garantindo o fortalecimento dos integrantes.⁹

Nessa perspectiva, o grupo de autocuidado estimula a consciência de risco do usuário, possibilitando uma reflexão sobre seu processo saúde-doença.¹⁰ Desse modo, o trabalho tem como objetivo apresentar as ações desenvolvidas em um ciclo anual de um grupo de autocuidado para pessoas atingidas pela hanseníase de uma Unidade de Saúde de Família (USF) de um município do estado de Alagoas.

DESENVOLVIMENTO

Trata-se de um relato de experiência, construído a partir da vivência no processo de formação e desenvolvimento de um grupo de autocuidado em hanseníase, oriundo de um projeto de extensão da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas (Ufal) intitulado “Formação de grupos de autocuidado em hanseníase em Unidade Básica de Saúde”. O projeto teve como cenário uma USF do município de Rio Largo (AL). A iniciativa foi uma parceria estabelecida entre uma docente do curso de Enfermagem da Ufal com os profissionais de saúde da USF, sendo o primeiro contato realizado com a enfermeira da unidade do município correspondente.

A experiência de formação do grupo ocorreu durante o período de dezembro de 2014 a dezembro de 2015 e foi conduzida pelas seguintes etapas: I – constituição do grupo de facilitadores; II – capacitação dos facilitadores; III – formação do grupo na USF. Sobre a etapa I: o grupo foi constituído por duas coordenadoras, uma geral representada pela docente da referida universidade e uma local, enfermeira da USF; um docente de odontologia; uma monitora discente de Enfermagem, sete estudantes voluntários dos cursos de Enfermagem, Odontologia e Psicologia, oito profissionais da USF: quatro agentes comunitários de saúde, uma enfermeira, um cirurgião-dentista, um

fisioterapeuta e uma médica. Salienta-se que ocorreu um planejamento prévio para a criação do projeto de extensão e a submissão no sistema da universidade, bem como a articulação com a Secretaria Municipal de Saúde de Rio Largo e a pactuação com a USF, na qual o grupo foi implantado.

A etapa II foi composta por um treinamento de ações básicas para o controle da hanseníase e pela preparação dos facilitadores para a formação do grupo de autocuidado, o que fez uma carga horária de 40 horas. Os encontros foram realizados semanalmente na universidade durante os meses de setembro a dezembro de 2014. Quanto à etapa III – a formação do grupo de autocuidado –, realizou-se o primeiro encontro em dezembro de 2014, tendo como objetivo conhecer as pessoas que iriam compor o grupo e firmar o compromisso entre os pares. No início, o grupo contou com a participação de seis indivíduos acometidos pela hanseníase, sendo cinco desses em situação de alta por cura e um com tratamento interrompido, junto com seus amigos e familiares, o que totalizou uma média de 12 participantes por encontro.

Os meses de convivência foram divididos nos seguintes momentos: 1) acolhimento e roda de conversa de apresentação; 2) falando sobre a hanseníase; 3) aplicando escalas: Escala de Avaliação Neurofuncional Simplificada, Salsa (*Screening of Activity Limitation and Safety Awareness*) e Escala de Participação; 4) conversando sobre saúde bucal; e 5) adotando práticas de autocuidado. Para fins didáticos, este último momento foi fragmentado em três encontros, nos quais foram trabalhados o cuidado com face, membros superiores e inferiores. Com o fim das práticas, os encontros subsequentes foram marcados por temáticas que trabalharam a saúde mental com o intuito de fortalecer os laços familiares, de amizade e resgate da autoestima, além de um encontro para recapitular as práticas e, por fim, o encerramento do ciclo e a transferência da condução do grupo para os profissionais da unidade de saúde.

Em seu ano de implantação, o grupo de autocuidado composto inicialmente por seis membros atingidos pela doença teve o número de participantes reduzido a quatro, devido a variáveis fora do alcance dos facilitadores. Observou-se que os membros apresentavam-se constantemente acompanhados por familiares e amigos, que também participavam das atividades propostas. Nesse contexto, a exaltação dos vínculos afetivos e a busca por seu estreitamento nesses espaços justificam-se pela necessidade dos indivíduos acometidos pela doença do apoio social e emocional ao considerar o

preconceito e o estigma acarretados pela hanseníase, sendo esse suporte importante influenciador no desenvolvimento do processo saúde-doença.

Os encontros iniciaram-se com períodos de apresentações e relatos de experiência, acompanhados de atividades educativas voltadas à compreensão da doença. A roda de conversa foi a metodologia utilizada para esses momentos. Os participantes eram estimulados a apresentar a forma como gostariam de serem chamados, suas ocupações, seus interesses e seus passatempos e, caso se sentissem confortáveis, sua história relacionada à doença. Nas atividades educativas, construiu-se o conhecimento coletivamente entre os membros, utilizando-se nesse processo métodos como o álbum seriado e o desenvolvimento de dinâmicas relacionadas ao esclarecimento de mitos e verdades sobre a hanseníase. Os temas abordados incluíram história e definição da doença, sinais e sintomas, classificação, métodos para diagnóstico, tratamento, condutas em caso de suspeita e consequências do diagnóstico tardio.

O norteamento dos cuidados a serem orientados e prestados com os membros do grupo ocorreu por meio dos resultados obtidos após a aplicação de escalas de avaliação. Para a realização de tal atividade, designou-se cada facilitador presente para acompanhar, inquirir e avaliar um dos participantes. A primeira a ser empregada foi a Escala de Avaliação Neurofuncional Simplificada, que oportuniza a classificação do grau de incapacidade apresentado pela pessoa, traduzido como uma perda da sensibilidade protetora e a identificação de deformidades decorrentes de lesão neural e/ou cegueira, possibilitando, também, a avaliação do estado e da função neural. Essa escala permite a identificação de incapacidades de grau 0, quando a pessoa não apresenta problemas com olhos, mãos e pés, decorrentes da hanseníase; grau I, quando apresenta diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos, mãos e/ou pés; e grau II, quando a pessoa apresenta lesões tróficas ou traumáticas nas mãos e/ou nos pés e acometimentos nos olhos, como o lagofalmo e a triquíase.¹¹ Salienta-se que as incapacidades físicas identificadas entre os integrantes eram decorrentes de neurites e reações hansênicas apresentadas após o tratamento poliquimioterápico.

O acompanhamento ainda contou com a aplicação da Escala Salsa (*Screening of Activity Limitation and Safety Awareness*) e da Escala de Participação. A primeira, traduzida para o português como Triagem de Limitação de Atividade e Consciência de

Risco, é um instrumento que possibilita a avaliação da extensão das limitações e o risco do aumento dessas deficiências durante a realização de atividades pelas pessoas atingidas pela doença. O escore Salsa pode variar de 0 a 80, sendo os valores baixos indicativos de pouca dificuldade na realização das atividades diárias; e os valores mais altos, indicativos de níveis crescentes de limitações. Quanto ao escore de consciência de risco, este pode variar entre 0 a 11, sendo os valores mais elevados indicativos de uma crescente consciência dos riscos envolvidos durante o desenvolvimento de certas atividades, apontando, também, limitações.¹¹

A Escala de Participação, por sua vez, apresenta-se como um instrumento que possibilita a caracterização da restrição do indivíduo à participação social.¹² A escala permite a obtenção de um escore que varia de 0 a 90, sendo os graus de restrição de participação classificados da seguinte forma: escores de 0 a 12 indicam ausência de restrição significativa; de 13 a 22, leve restrição; de 23 a 32, restrição moderada; de 33 a 52, restrição grave; e 53 a 90, restrição extrema.¹¹

Esse rastreamento inicial encerrou-se com a avaliação da saúde bucal individualizada, realizada pelo cirurgião dentista da USF e da universidade acompanhados dos discentes da área, tendo sido identificadas perda de dentes, cáries, gengivites, periodontites, atrofia das papilas gustativas e queixas álgicas dentárias e faciais. O momento ainda foi marcado por uma atividade educativa teórico-prática acerca da escovação da cavidade oral. Nele, distribuíram-se materiais para o momento prático. Além disso, apresentou-se como manter a prótese dentária higienizada.

Nos meses seguintes, iniciaram-se as atividades de ensino e as práticas a respeito do autocuidado. Os temas abordados relacionaram-se aos cuidados com a pele, a face, as mãos, os pés, as articulações e a saúde bucal. Para a realização dessas práticas, os membros receberam os materiais necessários para o cuidado, a hidratação e a lubrificação dos membros inferiores e superiores e a higiene bucal. Cada ação era apresentada coletivamente por um dos facilitadores, solicitando-se que os participantes repetissem as práticas enquanto elas eram apresentadas. Em seguida, os membros eram acompanhados individualmente pelos facilitadores presentes, realizando-se as técnicas apresentadas com os materiais disponibilizados anteriormente.

A família, temática recorrente das reuniões, também foi um dos temas abordados. Por meio de dinâmicas de confiança e cooperação, abordaram-se as

diferentes representações de família apresentadas pelos participantes, com o objetivo de estreitar as relações entre os presentes. Os profissionais de saúde da unidade envolviam-se nas atividades sempre que demandas especializadas eram apresentadas pelos participantes. Nesses casos, os integrantes eram encaminhados para consultas especializadas, nas quais recebiam os cuidados, as orientações e os encaminhamentos necessários.

A programação dos encontros ainda contou com a realização da avaliação do aprendizado dos integrantes locais a respeito do autocuidado, através de uma atividade com perguntas relacionadas ao conhecimento construído durante o ciclo que eram respondidas através da sinalização com placas representando assertivas certas ou erradas, e um momento de diversão e partilha realizado no último encontro facilitado pelos acadêmicos, em dezembro de 2015, durante um piquenique em uma chácara do município. Posteriormente, a facilitação do grupo foi assumida pelos profissionais de saúde da unidade básica, tendo sido realizadas reuniões periódicas com os envolvidos.

Os grupos de autocuidado em hanseníase visam a fornecer a seus membros os conhecimentos necessários para o alcance da qualidade de vida ao estimular reflexões acerca do estabelecimento de um modo de viver mais saudável, incluindo o compartilhamento de saberes e experiências como forma de expansão das habilidades e atitudes necessárias relacionadas à condição de saúde apresentada.¹ Apresentam-se como um espaço propício ao acesso à informação, constituindo-se como um ambiente de escuta e educação em saúde, capaz de combater o estigma e o preconceito atrelados à doença.¹³

Nessa perspectiva da promoção da saúde, o arranjo multiprofissional a ser empregado no desenvolvimento desses grupos apresenta-se como uma estratégia para a melhoria da condição de vida dos indivíduos e de sua atuação sobre os determinantes de saúde, presentes nos modelos assistenciais adotados para o controle, tratamento e cura da hanseníase.¹⁴ Os participantes reafirmam a importância do grupo de autocuidado ao reconhecerem-no como um espaço de convivência, aprendizado, amizade e troca de experiências, importante no que diz respeito às repercussões atribuídas à doença.¹⁵ Estudos demonstram que a descoberta da doença está associada a mudanças no convívio social dos acometidos, capazes de gerar situações de preconceito na comunidade e na família. Tais fatos interferem na saúde mental dessas

peças, que passam a apresentar sentimentos de medo e exclusão e acabam assumindo uma postura de reclusão como estratégia de defesa ao estigma apresentado.^{10,15}

Nesse cenário, os momentos de troca proporcionados nos grupos de autocuidado, tanto com os profissionais quanto com os demais membros do grupo, constituem-se como uma estratégia de ajuda mútua ao considerar que, mesmo com as especificidades inerentes a cada membro, esses compartilham dificuldades e situações semelhantes. Assim, essa situação é importante na construção do sentimento da solidariedade e do aprendizado da convivência com a doença.¹⁵

Quanto à avaliação da qualidade de vida desses indivíduos e de sua participação na comunidade, convém considerar as incapacidades originadas antes ou após o tratamento da doença. Nesse sentido, a aplicação das escalas de avaliação durante o desenvolvimento das atividades do grupo de autocuidado mostra-se necessária, ao possibilitar a identificação das ações que devem ser adotadas junto aos membros, com o objetivo de prevenir tais incapacidades ou reduzir os comprometimentos acarretados por essas.^{16,17}

No que diz respeito às atividades informativas e educacionais desenvolvidas nesses espaços, estudos indicam que participantes dos grupos de autocuidado apresentam certo grau de desconhecimento sobre a doença, principalmente no que diz respeito à transmissão, às incapacidades decorrentes e às adequações após o diagnóstico. Isso pode ser explicado pela dificuldade na compreensão das informações oferecidas pelos profissionais de saúde, considerando-se que uma parcela significativa desses indivíduos apresenta baixa escolaridade, situação agravada ao considerar-se que a doença em si requer um entendimento complexo.^{10,15}

Tal fato estende-se à compreensão e ao desenvolvimento do autocuidado de forma autônoma, comprometido devido às restrições apresentadas e ao não entendimento da gravidade da doença. Salienta-se que esses indivíduos devem ser orientados ao autoconhecimento e empoderados, a fim de poderem eleger a melhor forma de viver após o diagnóstico da doença, bem como o direcionamento do autocuidado.¹⁰

Salienta-se que o fundamento ético deste relato se sustenta na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, no parágrafo único do artigo 1º, que dispõe

sobre as pesquisas que não precisam ser registrada no sistema CEP/Conep: “VIII – atividade realizada com o intuito exclusivamente de educação, ensino ou treinamento sem finalidade de pesquisa científica, de alunos de graduação, de curso técnico, ou de profissionais em especialização”.¹⁸

CONCLUSÃO

O desenvolvimento e o acompanhamento do grupo de autocuidado em hanseníase da unidade de saúde da família proporcionaram uma experiência extraordinária e significativas reflexões por parte da equipe envolvida. O período de preparação dos encontros e de estudo da temática e os momentos de desenvolvimento das atividades grupais foram marcados por interesse, entusiasmo e disponibilidade dos facilitadores e demais membros.

O grupo de autocuidado da unidade, implantado em 2014, apresenta-se como um espaço informativo, educacional e de convívio. As reuniões facilitadas pelas acadêmicas foram marcadas por momentos de estudo sobre a doença e suas repercussões, avaliação das condições de saúde e os determinantes envolvidos, estudo e execução das práticas de autocuidado apresentadas pelo Ministério da Saúde, além de compartilhamento de histórias e experiências prévias relacionadas ao convívio com a doença. Desse modo, as pessoas atingidas pela hanseníase, seus parentes e seus amigos, assim como os profissionais de saúde envolvidos, reconheceram a importância do grupo de autocuidado quando afirmaram que este interfere positivamente no processo saúde-doença dos membros, ao fomentar o conhecimento sobre os aspectos envolvidos e práticas relacionadas à qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Pinheiro MGC, Silva SYB, Silva FS, Ataíde CAV, Lima IB, Simpson CA. Conhecimento sobre prevenção de incapacidades em um grupo de autocuidado em hanseníase. Reme [Internet]. 2014 Out/Dez [citado 2017 dez 10];18(4):895-900. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/971>.
2. Ministério da Saúde (BR). Guia prático sobre a hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. [citado 2017 dez 20]. Disponível em:

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/22/Guia-Pratico-de-Hanseníase-WEB.pdf>.

3. Ferreira RC, Ribeiro MTF. Tecnologia assistiva na reabilitação para os cuidados bucais: casos de idosos com história de hanseníase. Belo Horizonte: FOUFG, 2017.
4. Maciel LR, Ferreira IN. A presença da hanseníase no Brasil - alguns aspectos relevantes nessa trajetória. In: Alves ED, Ferreira TL, Ferreira IN. Hanseníase: avanços e desafios. Brasília: Nesprom; 2014, p.19-40.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: Noas-SUS 01/01 e Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. [citado 2017 nov 03] Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Noas%2001%20de%202001.pdf>.
6. Ministério da Saúde (BR). Indicadores epidemiológicos e operacionais de hanseníase Brasil 2001-2016 [Internet]. 2017. [citado 2017 Dec 20]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/10/Indicadores-epidemiol--gicos-e-operacionais-de-hansen--ase.%20Brasil,%202001-.pdf>.
7. Uchôa REM, Brito KKG, Santana EMF, Silva MA, Oliveira SHS, Soares MJG. Distribuição dos casos de hanseníase com incapacidade física no estado da Paraíba de 2001 a 2011. Fundam Care Online [Internet] 2017 jul/set [citado 2017 dez 10];(3):634-40. Disponível em: https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/5547/pdf_1.
8. Ribeiro GC, Lana FCF. Incapacidades físicas em hanseníase: caracterização, fatores relacionados e evolução. Cogitare Enferm [Internet] 2015 jul/set [citado 2017 dez 20]; 20(3): 496-503. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/41246/26189>.
9. Ministério da Saúde (BR). Guia de apoio para grupos de autocuidado em hanseníase. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. [citado 2017 Dec 20]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_apoio_grupos_autocuidado_hanseníase.pdf.
10. Souza IA, Ayres JA, Menguin S, Spagnolo RS. Autocuidado na percepção de pessoas com hanseníase sob a ótica da complexidade. Esc Anna Nery [Internet] 2014 jul-set [citado 2017 dez10]; 18(3):510-514. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n3/1414-8145-ean-18-03-0510.pdf>.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. [citado 2017 dez 20] Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_prevencao_incapacidades.pdf
12. Silva RSO, Serra SMFS, Gonçalves EGR, Silva AR. Hanseníase no município de Buriticupu, Estado do Maranhão, Brasil: estudo de incapacidades em indivíduos no pós-alta. Hansenol Int. [Internet]. 2012 Jul/Dez [citado 2017 dez 20];37(2): 54-60. Disponível em:

http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-51612012000200007&lng=pt&nrm=iss.

13. Duarte LMCPS, Simpson CA, Silva THM, Moura IBL, Isoldi DMR. Ações de autocuidado de pessoas com hanseníase. Rev Enferm UFPE. [Internet]. 2014 Ago [citado 2018 out 09]; 8(8):2816-22. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/9989/10342> .
14. Baldan SS, Santos BMO. Hanseníase: uma abordagem na perspectiva de promoção de saúde. Hansenol Int. [Internet]. 2012 [citado 2017 dez 20]; 37(2): 11-21. Disponível em: www.ilsl.br/revista/download.php?id=imageBank/v37n2a02.pdf.
15. Sousa RRG, Firmino CDB, Sousa MNA, Nascimento MMP. Experiências de um grupo de autocuidado em hanseníase. RIS [Internet]. 2015 jan/mar [citado 2017 dez 20]; 2(1): 136-56. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/318457220_EXPERIENCIAS_DE_UM_GRUPO_DE_AUTOCUIDADO_EM_HANSENIASE.
16. 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. [Internet]. 2016 jan/mar [citado 2017 dez 20]; 9(1):171-81. Disponível em: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/791/pdf_297.
17. Rodini FCB, Gonçalves M, Barros ARSB, Mazzer N, Elui VMC, Fonseca MCR. Prevenção de incapacidade na hanseníase com apoio em um manual de autocuidado para pacientes. Fisioter Pesq. [Internet]. 2010 abr/jun [citado 2017 dez 20]; 9(1):171-81. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502010000200012&lng=pt&nrm=iso.
18. Ministério da saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Diário Oficial República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 2018 Jan 11]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>.

Submissão: maio de 2018.

Aprovação: dezembro de 2018.