

AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE E RESTRIÇÃO À PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE PACIENTES COM HANSENÍASE

Ana Paula Monteiro de Araújo¹; Maria Clara Raiol da Silva¹; Elcemir Galvão e Silva de Moura²; Biatriz Araújo Cardoso³; George Alberto da Silva Dias⁴

^{1,2}Graduação, ³Mestrado, ⁴Doutorado

¹Universidade do Estado do Pará (UEPA),

²Universidade da Amazônia (UNAMA),

³Universidade da Amazônia (UNAMA)/Faculdade Metropolitana da Amazônia (FAMAZ),

⁴Universidade do Estado do Pará (UEPA)/Universidade da Amazônia (UNAMA)

anapfioaraujo@gmail.com

Introdução: A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, manifestando de forma localizada ou sistêmica. Necessita-se diagnosticá-la precocemente, pois pode provocar alterações nos nervos periféricos causando deformidades e incapacidades, problematizando as atividades básicas de vida diária dos acometidos. Porém, quando identificadas e tratadas de precocemente, as incapacidades podem ser minimizadas. Todavia, para que isso seja alcançado os profissionais da saúde precisam estar capacitados e a população atenta para sua sintomatologia inicial ¹. Dentro deste contexto, nota-se a importância da avaliação das incapacidades e limitações funcionais nessa patologia, e ressalta-se a significativa relação desta com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e um instrumento de mensuração da limitação de atividade elaborado com base na CIF: a escala SALSA (Screening of Activity Limitation and Safety Awareness – Triagem de limitação de atividade e consciência de risco). **Objetivos:** Avaliar a limitação de atividade e restrição à participação de indivíduos com hanseníase através da escala SALSA e codificados através da CIF, identificando qual domínio é o mais acometido. **Métodos:** Obteve-se aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Unama (CAAE: 54784616.9.0000.5173). É um estudo observacional transversal analítico e descritivo. Foi utilizado critérios de inclusão: indivíduos de ambos os sexos, maioridade, que possuíssem diagnóstico clínico de Hanseníase, frequentando a Unidade de Referência Especializada em Dermatologia Sanitária Dr. Marcello Candia, Marituba – PA e apresentassem algum grau de incapacidade identificado pelo serviço de triagem. Foram excluídos indivíduos com outras neuropatias periféricas ou doenças dermatológicas, pacientes em estado de reação hansênica e alterações cognitivas. Os indivíduos foram selecionados por conveniência e avaliados no período de abril a maio de 2016. A entrevista foi realizada em ambiente reservado. Após a avaliação utilizando a escala SALSA, os domínios foram classificados pela CIF. Os códigos utilizados para mobilidade foram d4103 (sentar-se), d4509 (andar, não especificado), d4502 (andar sobre superfícies diferentes) e d4501 (andar distâncias longas); para autocuidados foram d5101 (lavar todo o corpo) e d5203 (cuidar das unhas das mãos); para trabalho foram d4401 (agarrar), d4301 (transportar nas mãos), d4300 (levantar), d6300 (preparar refeições simples) e d4453 (Rodar ou torcer as mãos ou os braços); e para destreza foram d4402 (manipular) e d4305 (pousar objetos). Para este domínio foi utilizado o qualificador de “capacidade”. Estes qualificadores são: zero (0) não há problema, um (1) para problema ligeiro, dois (2) para problema moderado, três (3) para problema grave, quatro (4) para problema completo, oito (8) para não especificado e nove (9) para não aplicável. Utilizou-se o Microsoft Excel 2010 para tabulação dos dados e o BioEstat 5.0 (teste G (Aderência) e Qui-quadrado) para análise estatística com nível alfa de significância de 5%. **Resultados e Discussão:** O presente estudo contou com 30 indivíduos, maioria do gênero masculino (n=26, 86,7%; p=0,0001), média e desvio padrão de idade de 38,4 ± 15,0 anos. O escore total de Olho-Mão-Pé (Eye-Hand-Foot/EHF) apresentou 11 indivíduos (36,7%) com escores elevados e predominando o

grau de incapacidade 1 (n=10, 33,3%, p=0,0007). O escore SALSA variou de 21 a 53 pontos, com média de $36,9 \pm 8,3$ pontos. Apenas 1 paciente somou 50 pontos (3,3%). Para consciência de risco (escala de 0 a 11), 15 indivíduos (50%) pontuaram 0; 6 indivíduos (20%) pontuaram 1; 6 indivíduos (20%) pontuaram 2; 2 indivíduos (6,7%) pontuaram 6; e 1 indivíduo (3,3%) pontuou 7. Apenas o domínio acuidade visual não foi codificada por se tratar de função do corpo e estar fora do objetivo proposto. Deste modo, somente os itens mobilidade, autocuidados, trabalho e destreza foram codificados por serem relacionados a atividade e participação. No domínio mobilidade, a maioria apresentou dificuldade de leve a moderada. Para “sentar-se”, 17 pacientes (56,7%, p=0,0002) apontaram dificuldade moderada; para “andar sobre superfícies diferentes”, 15 pacientes (50%, p=0,13) denotaram dificuldade leve e para “andar distâncias longas”, 14 pacientes (46,7%, p=0,02) indicaram dificuldade leve. Porém, “andar, não especificado”, 16 pacientes (53,3%, p=0,03) apresentaram dificuldade completa, significativamente. É importante ressaltar que essa dificuldade considerada completa, é um fato comum para os indivíduos que possuem esta doença, devido às alterações provocadas nos seus membros. O maior número de incapacidades está relacionado à perda de sensibilidade e aparecimento de lesões nos membros que ocasionam certa dependência e insegurança, assim prejudicando a mobilidade do indivíduo ^{2,3}. Por meio da escala SALSA, o estudo mostrou que os domínios com déficit de maior predominância em pacientes multibaciares foram nos membros superiores e alguns casos em membros inferiores causando dificuldades em deambular e manter o centro de apoio em atividades como sentar ou levantar ⁴. Para autocuidados, as dificuldades foram leves, pois, 22 pacientes (73,3%, p=0,01) exibiram dificuldade para “lavar todo o corpo” e 14 pacientes (46,7%, p=0,04) para “cuidar das unhas das mãos”. Apesar das dificuldades leves, na tarefa “lavar todo o corpo (d5101)” encontrou-se neste domínio o maior número de pacientes prejudicados, total de 22 pacientes (73,3%, p=0,01). Sabe-se que, as barreiras funcionais, as mais frequentes, envolvem as atividades básicas de vida diária (ABVDs) (80%) e exemplificam, dentre outras, a higiene pessoal e o locomover-se ⁵, tarefas também encontradas como prejudicadas nesta pesquisa. Para o domínio trabalho predominaram dificuldades leves a moderadas, sendo 15 indivíduos (50%, p=0,008) com dificuldade moderada para “agarrar” e 20 (66,7%, p=0,0002) para “rodar ou torcer as mãos ou os braços”. Também, 12 indivíduos (40%, p=0,58) apresentaram dificuldade moderada para “transportar nas mãos”, 19 indivíduos (63,3%, p=0,19) evidenciaram dificuldade leve para “levantar” e 12 indivíduos (40%, p=0,93) dificuldade leve para “preparar refeições simples”, porém insignificante. Para destreza, constatou-se dificuldades leves e moderada, estatisticamente significante. Onde 17 pacientes (56,7%, p=0,02) denotaram dificuldade moderada para “manipular” e 14 pacientes (46,7%, p<0,0001) demonstraram dificuldade leve e moderada para “pousar objetos”. Assim, o domínio mobilidade foi o único a apresentar codificação com dificuldade completa. É notório que essa assistência à saúde deve expandir-se. A avaliação das incapacidades precocemente possibilita prevenção ou reversão das sequelas. Diante disso, os programas de controle devem ser mais criteriosos na avaliação inicial. A fisioterapia pode contribuir para o tratamento dessa disfunção, prevenindo o aumento de áreas afetadas, por exemplo, com uso de materiais simples e eficazes, com pouco custo para o governo. Além de, aliada ao tratamento farmacológico e a assistência multiprofissional, poder obter uma recuperação mais eficaz. **Conclusão:** A maioria dos domínios avaliados e codificados, obtiveram dificuldade de leve a moderado. Porém, o único domínio que apresentou uma codificação com dificuldade completa foi a mobilidade, na tarefa “andar, não especificado”. Novos estudos precisam ser realizados buscando verificar as restrições a participação social, afim de traçar novas estratégias terapêuticas na prevenção, diagnóstico e

acompanhamento desses tipos de incapacidade, tornando mais eficiente os programas de saúde.

Referências:

1. 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. *Fisioterapia e Pesquisa*. 2010; 17(2):157-66.
2. Rocha AKAA, Silva Junior ED, Novaes MM, Franco CIF. Análise da independência funcional em pacientes com neuropatia hanseniana assistidos pelo centro de referência em hanseníase da cidade de Campina Grande –Paraíba. *Rev. Saúde e Biol*. 2014; 9(3):8-16.
3. Ribeiro GC, Lana FCF. Incapacidades físicas em hanseníase: caracterização, fatores relacionados e evolução. *Cogitare Enferm*. 2015; 20(3):496-503.
4. Ikehara E, Nardi SMT, Ferrigno ISV, Pedro HSP, Paschoal VD. Escala salsa e grau de incapacidades da Organização Mundial de Saúde: avaliação da limitação de atividades e deficiência na hanseníase. *Acta Fisiátr*. 2010;17(4):169-174.
5. Beltrame RT. Estratégias de enfrentamento utilizadas pelo paciente com deficiências físicas na hanseníase. *Mimesis*. 2015; 36(1):117-138.