

QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM EPISÓDIOS REACIONAIS HANSÊNICOS EM USO DE PREDNISONA NO MUNICÍPIO DE ROLIM DE MOURA-RO

LIFE QUALITY OF WOMEN WITH REACTIONAL OCCURRENCES OF LEPROSY IN USE OF PREDNISONE IN THE CITY OF ROLIM DE MOURA-RO

Janaina Teodósio Travassos Loose^{1*}, Susana Nogueira Diniz², Eraldo Carlos Batista³, Marieli da Silva Carlotto⁴, Dayane Ferreira Cunha⁵, Dayane Fernandes Ferreira⁶

¹ Mestre em Farmácia, Curso de Enfermagem, Faculdade de São Paulo – FSP, Rolim de Moura-RO

² Doutora, Faculdade Anhanguera, SP.

³ Mestre em Psicologia, Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR, Rolim de Moura-RO

⁴ Mestre em Farmácia, Faculdade de São Paulo – FSP, Rolim de Moura-RO

⁵ Graduada em Enfermagem, Faculdade de São Paulo – FSP, Rolim de Moura-RO

⁶ Mestranda em Educação, Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR, Porto Velho-RO

*Correspondência: janainatravassos@yahoo.com.br

RECEBIMENTO: 19/03/17 - ACEITE: 25/05/17

Resumo

A hanseníase é uma doença incapacitante por apresentar reações hansenícas de consequências às vezes irreversíveis. As incapacidades geram comprometimentos físicos e restrições psicossociais, sendo necessário tratamento farmacológico que, por sua vez, causa graves efeitos adversos. O objetivo deste trabalho foi identificar a qualidade de vida de mulheres diagnosticadas com doença hanseníca, com e sem episódios reacionais, indicando os pontos mais afetados nessa qualidade. Como abordagem metodológica, foi utilizada a pesquisa quantitativa transversal. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: escala SALSA e escalas WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. A análise da qualidade de vida mostrou que três domínios: físico, relações sociais e autoavaliação da escala de WHOQOL apresentaram diferenças significativas entre as pacientes com e sem reação hanseníca, demonstrando o impacto da doença na qualidade de vida das pacientes. Conclui-se que a reação hanseníca é um fator contribuinte para afetar a qualidade de vida das pacientes e propõe-se um alerta aos órgãos governamentais para que invistam na melhoria do diagnóstico precoce e no acompanhamento de pacientes com essa doença.

Palavras-chave: Hanseníase. Reação hanseníca. Qualidade de vida. Prednisona.

Abstract

Leprosy is an incapacitating disease because it presents leprosy reactions with sometimes irreversible consequences. The incapacities generate physical impairments and psychosocial restrictions, being necessary pharmacological treatment that, in turn, causes serious adverse effects. The objective of this study was to identify the quality of life of women diagnosed with leprosy, with and without reactional episodes, indicating the most affected points in this quality. As a methodological approach, cross-sectional quantitative research was used. The instruments used to collect data were: Scale SALSA and WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD scales. The analysis of the quality of life showed that three domains: physical, social relations and self-assessment of the WHOQOL scale showed significant differences between patients with and without leprosy reaction, demonstrating the impact of the disease on patients' quality of life. It is concluded that the leprosy reaction is a contributing factor to affect the quality of life of the patients and it is proposed an alert to the governmental organs to invest in the improvement of the early diagnosis and the follow-up of patients with this disease.

Keywords: Leprosy. Leprosy reaction. Quality of life. Prednisone.

INTRODUÇÃO

A hanseníase, ou doença de Hansen, é doença infectocontagiosa crônica causada pela bactéria *Mycobacterium leprae*; acomete, preferencialmente, pele e nervos periféricos, com um grande potencial para desenvolver incapacidades físicas, que podem evoluir para deformidades visíveis, mais comuns em mãos, pés e áreas da face. Sua transmissão acontece pelas vias aéreas superiores.¹ Caracteriza-se por acometimento dermatoneurológico, variando em espectro entre dois pólos tuberculóide e virchowiano, com formas intermediárias.

Conhecida desde antigas civilizações, a doença de pele, até então chamada lepra, carregou consigo diversos preconceitos, discriminação, sofrimento, rejeição e isolamento. Teve a sua nomenclatura mudada por intervenção do governo brasileiro de acordo com a Lei nº 9.010, 1995, que legislou proibindo a utilização do termo "lepra" em documentos oficiais da Administração centralizada e descentralizada da União e dos Estados-membros. A partir de então, o termo designativo para a doença passou a ser "hanseníase" em homenagem a Gerhard Armauer Hansen (1841-1912), médico norueguês que descobriu, em 1873, o agente causador da infecção.²

Mesmo no século XXI, a detecção de casos novos de hanseníase permanece elevada no mundo, com cerca de 250 mil casos novos registrados a cada ano. Em torno de 15 milhões de pessoas foram tratadas com poliquimioterapia desde a sua implementação na década de 1980 até meados de 2010, e destas, aproximadamente dois milhões estão desenvolvendo algum tipo de incapacidade, principalmente na faixa etária economicamente ativa.³

Considera-se o homem como o único reservatório natural do bacilo, apesar do relato de animais selvagens naturalmente infectados (tatus e macacos). Os pacientes que possuem formas multibacilares são considerados a principal fonte de infecção. As vias aéreas superiores constituem a principal porta de entrada e via de eliminação do bacilo. A pele erodida, eventualmente pode ser a porta de entrada da infecção. As secreções orgânicas como leite, esperma, suor, e secreção vaginal, podem eliminar bacilos, mas não possuem importância na disseminação da infecção.⁴

A hanseníase apresenta lesões de pele com diminuição ou ausência de sensibilidade, sendo que as mais comuns são as manchas pigmentares, as placas, as infiltrações, os tubérculos e os nódulos. As lesões podem acometer qualquer local do corpo, inclusive a mucosa nasal e, mais raramente, a

cavidade oral. A alteração de sensibilidade diferencia as lesões hanseníacas das outras dermatológicas.¹

As manifestações clínicas da hanseníase dependem mais da resposta imune celular do hospedeiro ao *M. leprae* do que da capacidade de multiplicação bacilar. São precedidas por período de incubação longo entre dois e dez anos. Uma classificação operacional, para fins de tratamento, reúne os doentes em dois grupos: a) paucibacilares (PB): correspondem a formas clínicas que possuem imunidade celular preservada, baciloscopia negativa e teste de Mitsuda positivo; b) multibacilares (MB): correspondem a formas clínicas com imunidade específica ao bacilo reduzida ou ausente, e baciloscopia positiva. De acordo com essa classificação, define-se o tratamento com a poliquimioterapia (PQT) estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS).⁵

A doença de Hansen é bastante estigmatizada, contagiosa e mutilante, o que provoca rejeição e preconceito ao paciente acometido, fato gerado principalmente pela falta de informação da população, o que pode originar a exclusão da sociedade, sendo que sua evolução pode ocasionar graves consequências, como lesões incapacitantes, aumentado, assim, às repercussões sociais.¹

É uma doença incapacitante devido ao diagnóstico ser comumente tardio, consequentemente gera comprometimentos físicos e restrições psicossociais, necessitando de intervenções de diversos profissionais de saúde, assim como terapia medicamentosa, incluindo os corticoides que possuem uma gama de efeitos adversos e afetam ainda mais a qualidade de vida dos pacientes.

As reações hanseníacas caracterizam-se pelo aparecimento de novas lesões dermatológicas (manchas ou placas), infiltração, alterações de cor e edema nas lesões antigas, com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos (neurite) e também pelo Eritema nodoso hanseníaco (ENH), que se caracteriza pelo aparecimento de nódulos subcutâneos dolorosos, acompanhados ou não de manifestações sistêmicas como febre, dor articular, mal-estar generalizado, orquite, iridociclites, com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos (neurite).

A reação hanseníaca é um dos maiores problemas no tratamento dos pacientes com hanseníase, no programa de controle da endemia. Muitos pacientes, durante o tratamento ou mesmo após a alta, buscam a unidade de saúde com complicações clínicas caracterizadas por processo inflamatório, acompanhado de dor, mal-estar e,

algumas vezes, piora do grau de incapacidade.⁶ Os quadros reacionais podem surgir antes ou, mais frequentemente, durante ou após o tratamento. A duração e o número desses surtos reacionais depende muitas vezes da forma clínica, bem como do índice baciloscópio inicial.⁷

De acordo com Teixeira,⁷ as reações hansênicas estão presentes em 10% a 50% dos casos, principalmente nas formas multibacilares. As reações hansênicas decorrem do fenômeno de hipersensibilidade do organismo ao bacilo de Hansen, sendo consequência de um processo imunológico que aumenta as citocinas pró-inflamatórias e os imunocomplexos.⁷

As reações hansênicas são classificadas em dois tipos: reação hansênica tipo I ou reversa (RR), quando está envolvida a imunidade celular, e a reação hansênica tipo II com os tipos: eritema nodoso hansênico (ENH), eritema polimorfo (EP) e eritema nodoso necrotizante (ENN), com participação mais efetiva da imunidade humoral. A neurite pura ou isolada pode ser classificada como reação tipo I ou um terceiro tipo de reações hansênicas.⁷

Episódios de reação tipo I ou reversa acomete entre 10% e 33% dos pacientes com hanseníase e surgem geralmente, durante o tratamento ou após o primeiro ano da alta e apresentam as seguintes características clínicas: infiltração de lesões antigas associada ao surgimento de novas lesões em forma de manchas ou placas infiltradas, eritema, dor, lesões vésico-bolhosas, ulcerações, hiperestesia, parestesia, mal-estar, dor ou espessamento de nervos periféricos com perda da função sensitivo-motora e, mais raramente, febre, déficit da função neural na ausência de sintomas (neuropatia silenciosa), acometendo principalmente os nervos ulnar e tibial posterior.⁷

As reações tipo II são caracterizadas pelo surgimento abrupto de nódulos que podem variar de poucos a inúmeros, de coloração rósea, que podem evoluir para necrose, nas formas mais graves do ENH. Também vêm acompanhadas de sintomatologia relacionada ao acometimento ocular, hepático, esplênico, linfonodos, peritônio, testículos, articulações, tendões, músculos, ossos e rins. Pode haver febre, leucocitose e, geralmente, apresentam-se em múltiplos episódios.⁷

Na forma indeterminada, o processo inflamatório predomina no perineuro. Na forma tuberculóide, a lesão nervosa ocorre devido à hipersensibilidade mediada por células, contra os antígenos do bacilo presentes nos nervos, levando ao desenvolvimento de granulomas e necrose. Na forma virchowiana, a abundância de bacilos nas células de Schwann acarreta a destruição de toda a estrutura do nervo de maneira progressiva, enquanto

na forma dimorfa, observa-se a formação de infiltrados granulomatosos compostos de macró-fagos e linfócitos ao redor do nervo acometido.⁸

O nervo pode ser recuperado com o uso da corticoterapia em doses adequadas ao peso e à intensidade do comprometimento neural, em conjunto com as técnicas de repouso do segmento acometido e exercícios terapêuticos específicos. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado dos quadros de reações e neurites são primordiais para evitar ou reduzir as complicações (deformidades e incapacidades), amenizando os custos da reabilitação e impactando, positivamente, a funcionalidade e a qualidade de vida dos indivíduos.⁹

O tratamento da neurite hansênica é feito através do uso de altas doses de corticoides. A droga de primeira escolha é administração oral de prednisona, na dose de 1 a 1,5 mg/kg/dia, sendo, então, reduzida gradualmente em intervalos fixos no decorrer de nove meses para paucibacilares e até 18 meses para multibacilares, de acordo com a avaliação clínica.⁸ O uso de Prednisona no tratamento da reação reversa e da talidomida para o tratamento do eritema nodoso é recomendado pela organização mundial de saúde.⁷

O tratamento inicial da neurite hansênica é baseado no uso de altas doses de corticoides. Prednisona é um corticosteroide, uma pró-droga, que requer biotransformação hepática para produzir prednisolona, sua forma terapeuticamente ativa; Sweetman¹⁰ afirma que, dessa forma, administrando-se um ou outro fármaco, a ação farmacológica será exercida pela prednisolona. Sugere-se reduzir 10 mg a cada 15 dias. Ao atingir a dose de 20 mg/dia, passar a reduzir 5 mg a cada 15 dias.

A partir de 5 mg/dia, manter a dose por 15 dias seguidos e depois em dias alternados, por mais 15 dias. A continuidade do processo de retirada depende da manutenção da melhora clínica e da avaliação com a estesiometria. O uso da Prednisona na reação do tipo I é em média de seis a nove meses para cada episódio.¹¹

A administração prolongada de prednisona é fator de risco para insuficiência adrenal secundária. Considerando que nas situações de estresse, como atos cirúrgicos, partos, traumas e infecções graves as necessidades de corticosteróides são aumentadas, pacientes em regime de prednisona prolongada devem ter suas doses devidamente ajustadas. Mesmo os pacientes em uso de corticosteróides por poucos dias devem ser observados pela possibilidade de apresentarem quadro de hipocortisolismo, habitualmente de pequena intensidade.¹¹

Pacientes em corticoterapia sistêmica por período intermediário ou prolongado estão expostos

a situações de emergência. Portanto, eles e seus familiares devem ser avisados de que em situações como exodontia, estresse agudo, cirurgias, anestésias, infecções e traumas, a equipe médica deve ser comunicada de que o doente está sob corticoterapia, podendo necessitar de ajuste da dose da prednisona.¹¹

A utilização prolongada dos corticosteróides leva à síndrome de Cushing iatrogênica, caracterizada pela desfiguração cosmética (*moon face*, giba dorsal, estrias), ganho de peso com acúmulo de gordura centripetamente, redução da tolerância a carboidratos, fragilidade vascular, pele fina, miopatia e fraqueza muscular, hipertensão arterial, osteoporose, maior suscetibilidade a infecções, alterações psiquiátricas, e outros.¹²

Assim, a mulher com o corpo alterado pela hanseníase se vê confrontada com uma realidade multifacetada, que a impele para uma (re) aprendizagem intrapsíquica (objetivação e ancoragem) da sua nova condição feminina. Essa aceitação de sua nova imagem pode transformar-se em uma fonte de conflito pessoal. Sua capacidade para aceitar e adaptar-se a essas mudanças repercutem diretamente em seu estado emocional, em sua qualidade de vida e em suas funções pessoais, familiares, sociais e laborais.¹³

Segundo Oliveira e Romanelli,¹⁴ identificar os diversos efeitos da hanseníase na variável gênero constitui mais uma estratégia de investigação para compreender como os indivíduos vivem a situação da doença nas diferenças biológicas e sociais e no contexto. Em matéria de saúde, as mulheres e os homens apresentam diferenças significativas entre si não só em termos de necessidades específicas, mas também de acesso à proteção e à saúde. Sabe-se que a doença pode ser um fator de desencadeamento de mudanças na estrutura da família, colocando a mulher, acometida pela hanseníase, em desvantagem pela duplicidade da discriminação que ela sofre, ou seja, ela é discriminada em função do gênero a que pertence e pelo fato de estar doente.¹⁴

As mulheres demonstram preocupação quanto à estética e medo da deformidade, sentindo-se feias e com vergonha de sua transformação, preferindo ocultar seu problema com desculpas, ou simplesmente se escondendo. A autoestima induz o sujeito a ocultar a doença, criando desculpas e esquivando-se das perguntas.¹⁵ De acordo com Oliveira e Romanelli¹⁴, não obstante a baixa remuneração, as mulheres contribuem para o orçamento da família. A maioria das doentes é casada e têm filhos, não contando com o auxílio da seguridade social, uma vez que trabalham como autônomas ou sem registro de trabalho, colocando-as em situação de penúria. No primeiro caso, o aparecimento da doença, acompanhado de

manifestações físicas, pode dificultar suas atividades no espaço doméstico; no segundo caso, podem ser despedidas sumariamente, quando a moléstia se manifesta e se tornou pública no local de trabalho.

Considerando as consequências psicológicas da hanseníase em indivíduos que apresentam comprometimentos físicos, buscou-se neste estudo identificar a qualidade de vida de mulheres diagnosticadas com doença hanseníase, com e sem episódios reacionais, e os pontos mais afetados nessa qualidade. O objetivo deste estudo, também, foi identificar os efeitos da prednisona percebidos pelas mulheres em tratamento com esse medicamento. Considerou-se o público feminino para o estudo, baseando-se no fato de que, quando a mulher é acometida pela hanseníase, ocorre uma duplicidade de discriminação, bem como impactos significativos na renda e na rotina da família.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, sendo considerado um estudo transversal, pois se destina a realizar as medições em um único momento, não existindo período de seguimento dos indivíduos. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Bandeirante Anhanguera sob o parecer de nº 1.208.085 e CAAE nº 44964915.1.0000.5493.

Participaram desta pesquisa 42 mulheres em idade entre 15 e 60 anos, diagnosticadas com Hanseníase, residentes do Município de Rolim de Moura-RO, que realizaram tratamento entre os anos de 2010 a 2014. Considerando a recomendação às pacientes para o comparecimento nas Unidades Básicas de Saúde para realizarem consulta médica e obtenção de medicamento, acompanhamento de doenças crônicas como diabetes e hipertensão, realização de exames preventivos, pré-natal e consulta de enfermagem, utilizou-se esta ocasião para abordar as pacientes diagnosticadas com Hanseníase para apresentação do objetivo desta pesquisa, na Unidade Básica de Saúde Albert Sabin, Unidade de Saúde Jardim Tropical, Unidade de Saúde Planalto e Policlínica Rolim de Moura.

As pacientes foram abordadas e esclarecidas sobre a pesquisa, em todos os detalhes. A confirmação da participação ocorreu após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Utilizaram-se para coleta dos dados, Escala Salsa, Escalas WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, além do questionário elaborado pela pesquisadora, por meio do qual foram coletadas informações referentes à qualidade de vida da paciente, uma única vez.

O instrumento *Screening of Activity Limitation and Safety Awareness* (SALSA) avalia limitação das atividades e é composto por 20 itens, formulado com base na CIF e validado para o português do Brasil.¹⁶ O resultado varia de 1 a 80, podendo ser estratificado em: de 10–24 (sem limitação); 25–39 (limitação leve); 40–49 (limitação moderada); 50–59 (limitação severa); 60–80 (limitação muito severa).

O *World Health Organization Quality of Life - Short Form- 26* (WHOQOL-BREF) avalia a qualidade de vida. Este questionário autoaplicável contém 26 perguntas, sendo 24 distribuídas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente; e duas questões gerais sobre qualidade de vida e estado de saúde. Os domínios do WHOQOL-BREF variam de 0 a 20 pontos e são compostos por facetas com valores de 1 a 5 em uma escala positiva do tipo Likert.

Os dados obtidos na pesquisa foram tratados na forma descritiva e inferencial. Na análise descritiva, foram elaborados gráficos de distribuição

dos fatores dos dados analisados, calculando suas proporções e variáveis categóricas.

3 RESULTADOS

Escala Salsa

Por meio da escala Salsa, verificou-se que a maioria das mulheres na faixa etária entre 15 anos a 40 anos (21,5% das pacientes) não apresentaram limitação de atividades diárias apesar do diagnóstico de doença. Entretanto, a maioria (12%) das mulheres na faixa etária 41 a 50 anos apresentaram limitação leve de suas atividades.

A relação entre o grau de limitação e a faixa etária mostrou que não houve associação estatisticamente significativa ($p= 0,2124$; χ^2) entre faixa etária e grau de limitação. Foi verificado que a maioria das mulheres mais jovens (até 40 anos) não apresentou nenhum grau de limitação das atividades. Por outro lado, limitações leve, moderada ou grande foram observadas na faixa etária acima de 40 anos (Figura 1).

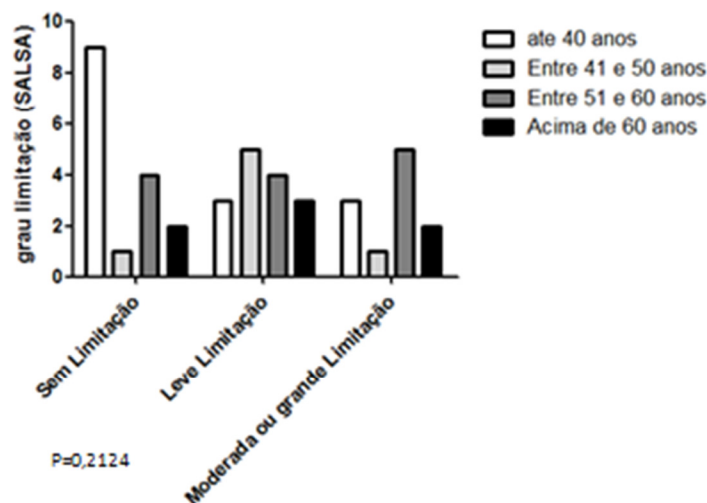


Figura 1- Análise do grau de limitação de atividade e idade das pacientes

A classificação do grau de limitação nas mulheres com reação hansênica mostrou que do grupo de mulheres com reação hansênica (55% do total de pacientes), 26% foram classificados na aplicação da Escala Salsa sem limitação, 26% com leve limitação, 30,5% com moderada limitação e

17,5% com grande limitação. Por outro lado, dos 45% de mulheres sem reação hansênica, 63% foram classificados na aplicação da Escala Salsa sem limitação, 31,5% com leve limitação e 5,5% com moderada limitação (Figura 2 a e b).

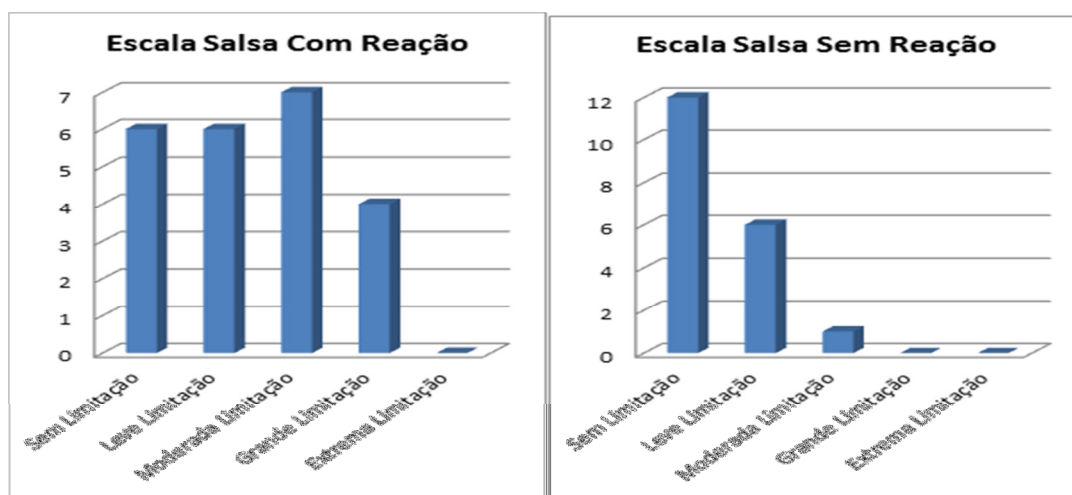


Figura 2 a e b- Análise do grau de limitação de atividade pela Escala Salsa em pacientes mulheres com e sem reação hansênica

A relação entre o grau de limitação e a faixa etária mostrou que não houve associação estatisticamente significativa ($p= 0,2124$; χ^2) entre faixa etária e grau de limitação. Foi verificado que a maioria das mulheres mais jovens (até 40 anos) não

apresentou nenhum grau de limitação das atividades. Por outro lado, limitações leve, moderada ou grande foram observadas na faixa etária acima de 40 anos (Figura 3).

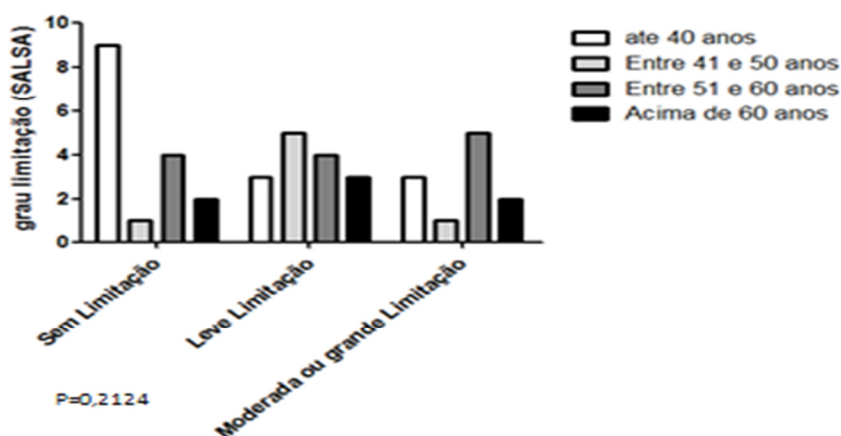


Figura 3- Resultado da associação entre grau de limitação (Escala Salsa) e faixa etária

Escala WHOQOL-BREF

A escala WHOQOL-BREF foi produzida através da soma de respostas de perguntas dos quatro domínios: físico, psicológico, relações pessoais e meio ambiente. A avaliação dos domínios da qualidade de vida foi realizada comparando-se os

dois grupos de pacientes: grupo 1 (G1), composto por 23 pacientes que tiveram reações hansênicas, e grupo 2 (G2), composto por 19 pacientes que não tiveram reação hansênica.

No grupo G1, as pacientes estavam mais satisfeitas em relação ao domínio das relações sociais (média=13,97; DP= 3,03), seguido do psicológico (média=13,19; DP= 2,28). Os domínios mais comprometidos foram o físico (média=12,55; DP=2,28) e o meio ambiente (média=13,04 e DP= 2,45). A percepção individual da qualidade de vida (QV geral) com média de 12,87 pontos (DP= 2,87).

No grupo G2, as pacientes estavam mais satisfeitas com o domínio relações sociais (média=16,28; DP=2,72) seguido do domínio físico

(média=15,61; DP=2,68). Os domínios mais comprometidos foram o meio ambiente (média=14,45; DP=2,28) e o psicológico (média=15,02 e DP= 2,87). A percepção individual da qualidade de vida (QV geral) com média de 14,95 pontos (DP= 2,86).

Comparando G1 com G2, três domínios deram diferença significativa que foram o físico (P= 0,0003), relações sociais (P= 0,0139) e autoavaliação (P= 0,023). O teste estatístico utilizado foi o Teste T não pareado (Figura 4).

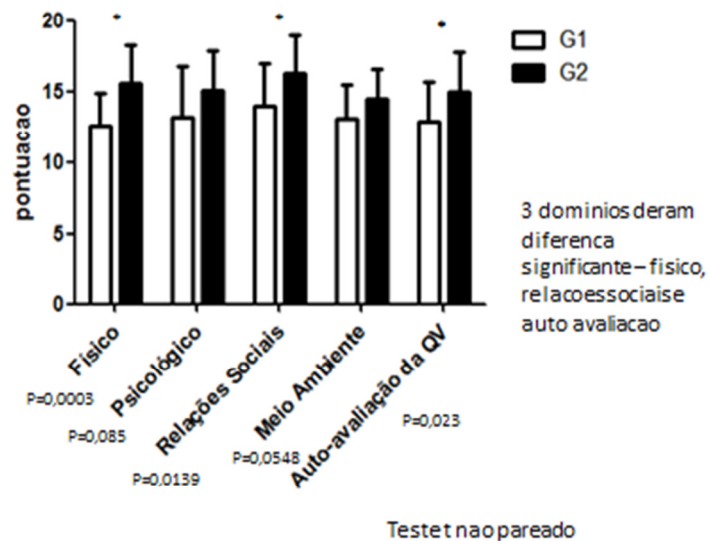


Figura 4- Resultados da avaliação de qualidade de vida WHOQOL-BREF

Na figura 5, os dados estatísticos foram calculados através do Teste T não pareado, em comparação aos domínios da escala WHOQOL-BREF, com os grupos com reação hansênica (G 1) e sem reação hansênica (G 2) e o resultado de P foi 0,0196, sendo a diferença significativa entre as médias do escore final da escala de G1 e G2. Constata-se que a reação hansênica é um fator que piora a qualidade de vida das pacientes.

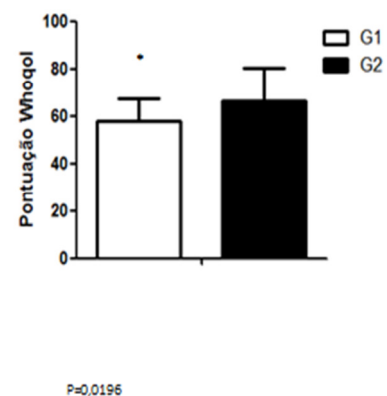


Figura 5- Escala WHOQOL-BREF: comparação entre os grupos com reação hansênica (G1) e sem reação hansênica (G2)

Qualidade de vida das mulheres acima de 60 anos (WHOQOL-OLD)

A faceta atividades passadas, presentes e futuras teve um ótimo desempenho entre as idosas

pesquisadas. Verificou-se que 71,43% das idosas estão satisfeitas com suas realizações do passado como retrata a figura 6.

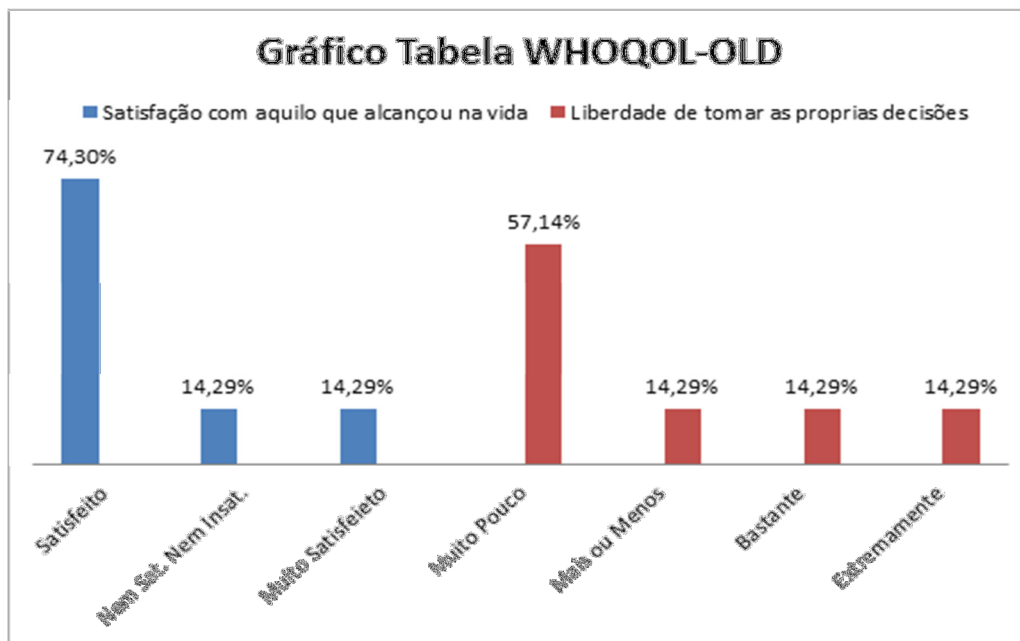


Figura 6- Análise da faceta de atividades passadas, presentes e futuras da escala e autonomia WHOQOL-OLD

4 DISCUSSÃO

Nas pacientes entre 51 a 60 anos de idade, além de se observar uma frequência grande de mulheres sem ou com leve limitação, houve um aumento de mulheres com limitações moderada ou grave. Já pacientes na faixa etária acima de 60 anos, observa-se um predomínio de limitação leve. Nesse estudo não foi observado nenhuma paciente com extrema limitação de atividades.

Em relação à medicação, observou-se que todas as mulheres com reação hansenica tomaram Prednisona, que é a droga de primeira escolha nestes casos. A Prednisona irá reduzir o processo inflamatório dos nervos, com efeito inicial em poucos dias, reduzindo a dor e recuperando, então, a função do nervo, mas para obter o máximo de benefício o uso deve ser em tempo necessário de pelo menos três meses. É um medicamento eficaz, mas pode causar graves efeitos adversos.

Segundo Reis,¹⁷ o domínio físico foi o mais comprometido, seguido do meio ambiente, do psicológico e relações sociais. Esse achado também foi observado por Costa,¹⁸ considerando as facetas

do domínio físico "dependência de medicação" e "dor e desconforto" foram as mais comprometidas. A presença de dor tem sido uma queixa verificada em outros estudos mesmo após a alta PQT.

No domínio meio ambiente, as maiores insatisfações foram nas facetas "recursos financeiros" e "recreação e lazer". A satisfação com os recursos financeiros pode apresentar relação com a capacidade de trabalho e com a escolaridade. A faceta "recreação e lazer" é dependente das condições socioeconômicas e das políticas públicas locais.

Segundo Reis,¹⁷ o domínio psicológico, dor e desconforto, dependência de medicação ou de tratamentos e a presença de sentimentos negativos podem refletir a inconformação, tristeza, vergonha, insegurança e sentimento de inutilidade. A maior satisfação com a faceta "autoestima" está relacionada à valorização a si mesma.

Segundo Serbim,¹⁹ o bem-estar proporcionado pela elaboração e/ou concretização de projetos é traduzido, inegavelmente, por um aumento da autoestima e, conseqüentemente, na

melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas. Os projetos futuros podem também se constituir como uma condição importante para o aumento da qualidade de vida na terceira idade, porque é uma forma de dar sentido à existência dos indivíduos (como seres que mantêm suas faculdades mentais ativas, capazes de poder projetar e concretizar seus desejos).

Ainda de acordo com Serbin,¹⁹ a qualidade de vida na velhice tem sido associada a questões de independência e autonomia, e a dependência do idoso resulta das alterações biológicas (incapacidades) e de mudanças nas exigências sociais. O ambiente físico em que o idoso está inserido pode determinar a dependência ou não do indivíduo. Dessa forma, é mais provável que um idoso esteja física e socialmente ativo se puder ir andando com segurança à casa de seus vizinhos, ao parque, ou tomar o transporte local. Nesse contexto, idosos que vivem em ambientes inseguros são menos propensos a saírem sozinhos e, portanto, estão mais susceptíveis ao isolamento e à depressão,

bem como a ter mais problemas de mobilidade e pior estado físico, o que vem a influenciar a qualidade de vida.

A faceta satisfação com aquilo que alcançou, idosos que vivem em ambientes inseguros são menos propensos a saírem sozinhos e, portanto, estão mais susceptíveis ao isolamento e à depressão, bem como a ter mais problemas de mobilidade e pior estado físico, o que vem a influenciar a qualidade de vida.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a reação hansênica tem uma influência negativa mostrando-se um fator que contribui para o agravamento da qualidade de vida.

Como perspectivas futuras deste estudo, sugere-se que seja revisto o protocolo de uso de prednisona para tratamento das reações hansênicas e que possa ser discutida a possibilidade da troca do fármaco, já que com o estudo foram demonstradas às reações na vida dos pacientes que fazem uso.

Referências

1. Almeida JRS, Alencar CHA, Barbosa JC, Dias AA, Almeida MEL. Autopercepção de pessoas acometidas pela Hanseníase sobre sua saúde bucal e necessidade de tratamento. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013;18(3):817-26.
2. Silveira MGB, Coelho AR, Rodrigues SM, Soares MM, Camillo GN. Portador de Hanseníase: impacto psicológico do diagnóstico. *Psicologia & Sociedade*. 2014;26(2):517-27.
3. Monteiro LD, Alencar CHM, Barbosa JC, Braga KP, Castro MD, Heukelbach J. Incapacidades físicas em pessoas acometidas pela Hanseníase no período pós-alta da poliquimioterapia em um município no Norte do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2013;29(5):909-20.
4. Araujo MG. Hanseníase no Brasil. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop. Uberaba*. 2003;36(3):373-82.
5. Martins BDL, Torres FN, Oliveira MLW. Impacto na qualidade de vida em pacientes com Hanseníase: correlação do Dermatology Life Quality Index com diversas variáveis relacionadas à doença. *An. Bras. Dermatol*. Rio de Janeiro. 2008;8(1)39-43.
6. Silva SF, Griep RH. "Reação hansênica em pacientes portadores de Hanseníase em centros de saúde da Área de Planejamento 3.2 do Município do Rio de Janeiro. *Hansenologia Internationalis*. 2007;32(2):155-62.
7. Teixeira MAG, Silveira VM, França ER. Características epidemiológicas e clínicas das reações hansênicas em indivíduos paucibacilares e multibacilares, atendidos em dois centros de referência para Hanseníase, na Cidade de Recife, Estado de Pernambuco. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop. Uberaba*. 2010;43(3):287-92.
8. Mendes P, Telles C, Parise M, Acioly M A. O papel da cirurgia descompressiva no tratamento da neuropatia em Hanseníase. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 2011;10(1):49-56.
9. Gonçalves SD, Sampaio RF, Antunes CMF. Fatores preditivos de incapacidades em pacientes com Hanseníase. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(2):267-74.
10. Sweetman, SC. Martindale: the complete drug reference. Pharmaceutical press, 2009.
11. Andrade ARC, Lehman LF, Schreuder, PAM, Fuzikawa PL. Como reconhecer e tratar reações hansênicas. 2. ed. Belo Horizonte: Coordenadoria Estadual de Dermatologia Sanitária, Secretaria do Estado da saúde de Minas Gerais, 2007.
12. Façal, S, Uehara MH. Efeitos sistêmicos e síndrome de retirada em tomadores crônicos de corticosteróides. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 1998;44(1)69-74.
13. Palmeira IP, Ferreira MA. O corpo que eu fui e o corpo que eu sou: concepções de mulheres com alterações causadas pela Hanseníase. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(2):379-86.
14. Oliveira MHP, Romanelli, G. Os efeitos da Hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 1998;14(1):51-60.

15. Claro LBL. Hanseníase: Representações sobre a Doença. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
16. Farias N, Buchalla CMA. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. Rev. bras. Epidemiol. 2005;8(2):187-93.
17. Reis FJJ, Maria KG, Cunha AJLA. "Evaluation of the limitations in daily-life activities and quality of life in leprosy patients submitted to surgical neurolysis to treat neuritis." Fisioterapia e Pesquisa. 2013;20(2):184-90.
18. Costa MD, Terra FS, Costa RD, Lyon S, Costa AMDD, Antunes CMF. Avaliação da qualidade de vida de pacientes em surto reacional de hanseníase tratados em centro de referência. An Bras Dermatol. 2012;87(1):26-35.
19. Serbim AK, Figueiredo AEPL. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. Scientia Medica. 2011;21(4):166-72.