

Perfil sócio demográfico e de funcionalidade/ incapacidade de pessoas atendidas em um programa de reabilitação da mão*

Socio-demographic and disability/functionality profile of people cared in a hand rehabilitation program

Alysson Lourenço Alves¹, Alessandra Cavalcanti², Shamy S. de Castro³, Valéria Sousa de Andrade⁴, Ciomara Maria Pérez Nunes⁵

ALVES, A. L.; CAVALCANTI, A.; CASTRO, S. S.; ANDRADE, V. S.; NUNES, C. M. P. Perfil sócio demográfico e de funcionalidade/incapacidade de pessoas atendidas em um programa de reabilitação da mão. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 23, n. 1, p. 62-71, jan./abr. 2012.

RESUMO: Lesões ou traumas na mão implicam, na grande maioria das vezes, em interrupção das tarefas e atividades cotidianas. Para o envolvimento saudável em ocupações é necessário que haja integridade de funções e estruturas corporais que auxiliem na execução de tarefas. Essa é a perspectiva de saúde da Organização Mundial da Saúde que substitui o enfoque negativo da deficiência e da incapacidade por uma perspectiva positiva, através da publicação de uma classificação: a CIF, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. O presente estudo objetiva descrever o perfil sócio demográfico, de lesão/trauma e de funcionalidade/incapacidade de pessoas com lesões/traumas na mão. É um estudo exploratório-descritivo, de natureza quali-quantitativa, através de pesquisa documental. Foram selecionados para o estudo 33 sujeitos, sendo que 81,81% encontram-se na faixa etária produtiva entre 19 e 49 anos. A maioria das lesões ou traumas dos sujeitos avaliados ocorreu devido acidente automobilístico e atingiu o maior perfil de funcionalidade e incapacidade entre os domínios 'Mobilidade (d4)', 'Cuidado pessoal (d5)' e 'Vida Doméstica (d6)'. A utilização da CIF foi viável para a categorização da funcionalidade e incapacidade dos sujeitos com lesões ou traumas de mão, proporcionando, assim, uma base científica para compreensão e estudo da saúde e das condições relacionadas à saúde.

DESCRITORES: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Traumatismos da mão; Terapia Ocupacional.

* Resultado do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) - aprovado pelo Comitê de Ética da UFTM de acordo com o parecer nº 1872.

¹ Terapeuta Ocupacional, graduado pelo Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM. Ex-estagiário bolsista do Projeto de Extensão Reabilitação de Mão no Contexto da Terapia Ocupacional - REAMA/TO (Ano II e Ano III).

² Prof^a Assistente do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM. Coordenadora do Projeto de Extensão REAMA/TO.

³ Prof^o Adjunto do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM.

⁴ Prof^a Assistente do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM. Responsável pela disciplina Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF.

⁵ Prof^a Assistente do Departamento de Terapia Ocupacional da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG.

Endereço para correspondência: Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Unidade Centro Educacional (CE). Curso de Terapia Ocupacional. Av. Getúlio Guaritá, s/n. 3º Piso, Sala 324. Uberaba/MG. CEP: 38025-440. E-mail: alyssonalvesto@yahoo.com.br e alessandra@to.uftm.edu.br

INTRODUÇÃO

A mão é considerada um instrumento precioso de ação e observação, é pelo seu uso que acontece a interação com os objetos dispostos no contexto físico e se consegue o desempenho de ações cotidianas, como segurar talher, manusear ferramenta ou segurar lápis (FERRIGNO, 2008).

A complexidade estrutural da mão permite sua adaptação ao formato de diferentes objetos, materiais e ferramentas que são usados no dia a dia. Essa estrutura complexa composta por ossos, articulações, ligamentos, músculos intrínsecos e extrínsecos, reconhece volumes, texturas, temperaturas e ainda através de gestos enfatiza ideias que serão enunciadas (TUBIANA et al., 1996).

Nesse sentido, sujeitos com lesões ou traumas da mão, na grande maioria das vezes, apresentam interrupção das tarefas e atividades cotidianas, e estes sujeitos passam a apresentar problemas de desempenho ocupacional e insatisfação com a maneira que desenvolvem suas ocupações habituais. Para Ferrigno (2008) lesões ou traumas da mão geram uma interrupção de projetos de vida, dificuldades em conquistar espaços, desencadeiam problemas significativos de ordem emocionais.

Em estudo recente, Cabral et al. (2010) registraram que os traumatismos na mão atingem pessoas em faixa etária produtiva e, por menor que seja uma lesão nessa estrutura, algum grau de incapacidade acontecerá e poderá limitar o indivíduo na realização de suas atividades laborais e cotidianas.

Em uma compreensão mais sistematizada, a incapacidade para utilizar a mão após uma lesão ou trauma, acontece pelas alterações nas suas funções e estruturas, decorrentes de fraturas, luxação, lesões dos tendões e/ou nervos periféricos, como também por síndromes compressivas, tendinites, dentre outras comorbidades (FREITAS, 2005).

Nesse sentido, a incidência de lesões no membro superior é significativa e responde por cerca de um terço de todas as lesões. Afetam punho, mão e ombro e, *juntas essas lesões respondem por 98 milhões de dias de restrição de atividades* (KASCH; NICKERSON, 2005, p.875).

Segundo a Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA), ocupação é definida como as atividades centrais para a identidade e competência de um indivíduo, com significado único e um propósito de vida. O envolvimento em ocupações e em atividades apoia e mantém um estado de saúde que permite uma participação desejada ou necessária em casa, na escola, no trabalho e em situações de vida na comunidade (AOTA, 2008; CARLETO

et al., 2010).

Para o envolvimento saudável em ocupações e em atividades é necessária a integridade de funções e estruturas corporais específicas que auxiliem na execução de tarefas.

Pensando em um conceito diferenciado e mais abrangente de saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) substituiu o enfoque negativo da deficiência e da incapacidade por uma perspectiva positiva de classificação de saúde e estados relacionados a ela através da publicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF (OPAS/OMS, 2003). A CIF considera as atividades que uma pessoa com alterações de função e/ou da estrutura do corpo pode desempenhar, focando também a participação deste indivíduo e o contexto ambiental onde ele vive como determinante de sua funcionalidade e sua incapacidade (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Para a CIF a funcionalidade de uma pessoa abrange todas as funções do corpo, atividades e participação, e, de maneira similar, a incapacidade abrange deficiências, limitação de atividade ou restrição na participação. Nesse contexto, a funcionalidade e incapacidade de um indivíduo são concebidas como uma interação dinâmica entre os estados de saúde (doença, distúrbios, lesões, traumas, etc.) e os fatores contextuais (ambientais e pessoais) (OPAS/OMS, 2003).

Nesse âmbito o presente estudo objetivou descrever o perfil sócio demográfico, de lesão ou trauma e de funcionalidade e incapacidade de pessoas atendidas em atividade de extensão universitária destinada exclusivamente à terapia da mão, realizada em um centro de reabilitação.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste estudo retrospectivo, exploratório e descritivo de natureza quantitativa, foi utilizado como delineamento a pesquisa documental (GIL, 2009). Os dados foram coletados através dos prontuários do serviço de terapia da mão, de uma atividade extensionista do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

Tal atividade extensionista é ofertada à comunidade externa desde o ano 2009 e oferece atendimento a pacientes com lesão ou trauma da mão que são encaminhados para reabilitação terapêutico-ocupacional em um centro de reabilitação vinculado ao complexo hospitalar universitário. O projeto acontece duas vezes na semana no período vespertino.

Os dados foram coletados por meio de análise das fichas de avaliação inicial do serviço que contêm as variáveis referentes às características sócio demográficas,

as características da lesão ou trauma, as características da avaliação física/funcional e as de desempenho ocupacional.

As características sócio demográficas coletadas dos documentos incluem idade, gênero, profissão, estado civil e nível econômico seguindo o 'Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB', da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2010). As características da lesão ou trauma se referem ao diagnóstico ou condição de saúde, mão dominante, mão acometida, ocorrência da lesão, tempo para início da reabilitação e queixa principal. Já as características da avaliação físico funcional incluem dor e edema. A variável desempenho ocupacional referiu-se às áreas de ocupação autocuidado, produtividade e lazer.

A Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) é o instrumento utilizado pelo serviço para avaliar o desempenho ocupacional. A COPM identifica problemas no desempenho ocupacional nas áreas de autocuidado, produtividade e lazer, oferecendo uma quantificação das prioridades do cliente e avaliando seu desempenho e sua satisfação relacionados às áreas problemas (LAW et al., 2000). Entretanto, neste estudo, foi utilizada para a descrição do perfil de funcionalidade/incapacidade somente a primeira parte da COPM, em que o indivíduo lista até cinco atividades de maior importância que estão prejudicadas devido à lesão ou ao trauma.

A CIF é dividida em componentes do corpo e componentes da Funcionalidade/Incapacidade.

Os componentes do Corpo incluem a Condição de Saúde e as Funções e Estruturas do Corpo. O diagnóstico será o definidor da Condição de Saúde. O exame físico de dor e edema cumprirá as Funções do Corpo e Estruturas do Corpo.

Os componentes de Funcionalidade/Incapacidade da CIF envolvem os Fatores Pessoais, os Fatores Contextuais, as Atividades e, como objetivo maior de saúde, a Participação. Os registros sócios demográficos compõem os Fatores Pessoais da CIF. Os resultados da COPM serão responsáveis pelo registro das Atividades e Participação que, neste trabalho, serão discutidas conjuntamente como Desempenho.

A categorização das atividades e participação, segundo os códigos da CIF, a fim de descrever o perfil de funcionalidade/incapacidade dos sujeitos atendidos pelo programa foi baseada nos procedimentos recomendados para codificação, criados e aprimorados por Cieza e colaboradores (2005).

As nomenclaturas utilizadas neste estudo se referem às específicas da CIF sendo elas o termo '*Componente*' que representa a subdivisão "*Atividades e Participação*" da classificação; o termo '*Domínios*' que compõem os

diferentes capítulos dentro do componente, e que representa neste caso um conjunto prático e significativo de ações, tarefas ou áreas de vida; e as '*Categorias*' que se referem às classes e subclasses dentro do domínio de um componente, correspondendo às unidades de classificação (OPAS/OMS, 2003).

O componente de atividades e participação da CIF é uma lista neutra de domínios que indica várias ações e áreas de vida. Cada domínio contém categorias em diferentes níveis ordenados do geral ao detalhado. A classificação utiliza um sistema alfanumérico no qual a letra "*d*" de *domínio* (do inglês *domain*) representa, concomitantemente, a capacidade do sujeito em desempenhar uma atividade e participação, que significa efetivamente a utilização desta capacidade em vivências do seu cotidiano. Após a letra há um código numérico composto por quatro números, correspondendo o primeiro nível ao capítulo da classificação referente ao domínio categorizado, seguido pelo segundo (dois dígitos) e o terceiro (um dígito) (OPAS/OMS, 2003). Nesse sentido será categorizada primeiramente a classificação de segundo nível e posteriormente a classificação detalhada até o terceiro nível.

A CIF conta com nove domínios que classificam atividades e participação: '*Aprendizagem e aplicação do conhecimento (d1)*'; '*Tarefas e demandas gerais (d2)*'; '*Comunicação (d3)*'; '*Mobilidade (d4)*'; '*Cuidado pessoal (d5)*'; '*Vida doméstica (d6)*'; '*Relações e interações interpessoais (d7)*'; '*Áreas principais de vida (d8)*'; e '*Vida comunitária, social e cívica (d9)*' (OPAS/OMS, 2003).

Neste estudo foram incluídos os dados dos pacientes atendidos na atividade extensionista no ano de 2011. As variáveis quantitativas (idade e tempo para início da reabilitação) foram analisadas através de estatística descritiva (frequência absoluta). E, as variáveis qualitativas (gênero, profissão, estado civil e nível econômico, diagnóstico, mão dominante, mão acometida, ocorrência da lesão, queixa principal, dor, edema e desempenho ocupacional) foram categorizadas através da técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2010) e descritas em termos de frequência de aparição, sendo as categorias temáticas representadas pelos nove domínios da CIF.

Os critérios de inclusão para pesquisa foram: prontuários de sujeitos admitidos a partir de 2011; maiores de 18 anos; com demanda para atendimento terapêutico ocupacional; com função cognitiva preservada; registros completos; e aplicação da COPM segundo as instruções dos autores.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFTM (CEP/UFTM) de acordo com o parecer nº 1872 de 2011.

RESULTADOS

A coleta de dados ocorreu entre os meses de março a setembro de 2011, e neste período foram atendidos no programa 51 pacientes, perfazendo 621 atendimentos. Destes, foram excluídos da amostra 18 sujeitos por não cumprirem os critérios de inclusão. Portanto, foram selecionados para este estudo 33 sujeitos.

As características sócio demográficas (gênero, faixa etária, estado civil e nível econômico) podem ser observadas na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das características sócio demográficas dos sujeitos

Características (Fatores Pessoais)	Nº	%
Gênero		
Masculino	17	52
Feminino	16	48
Faixa Etária		
19 a 29 anos	6	18,18
30 a 39 anos	11	33,33
40 a 49 anos	10	30,30
50 a 59 anos	3	9,09
60 a 69 anos	3	9,09
Estado Civil		
Solteiro	19	57,58
Casado	10	30,30
Separado	3	9,09
Víuvo	1	3,03
Nível Econômico		
A1	0	0,00
A2	0	0,00
B1	7	21,21
B2	3	9,09
C1	10	30,30
C2	7	21,21
D	6	18,18
E	0	0,00

Fonte: Prontuários

Dentre os Fatores Pessoais encontramos que a idade média dos sujeitos foi 40,58 anos (\pm 11,42 anos), sendo a maior idade 64 anos e a menor 19 anos. Dentre as atividades profissionais estão: técnico de enfermagem/farmácia, pedreiro, vigilante, porteiro, costureira, doméstica, serviços gerais, caixa, operador de máquinas, mecânico, soldador, jardineiro, pintor, telefonista. As atividades “do lar” e “aposentado” foram mais frequentes em 12,12% dos

sujeitos. Observa-se que 90,91% dos sujeitos têm a mão direita como dominante.

Quanto às Condições de Saúde o tempo de lesão até o início da intervenção terapêutico-ocupacional foi em média 12,3 semanas (\pm 9,34 semanas), sendo que o menor tempo observado foi de 4 semanas e o maior tempo de 44 semanas para o início dos cuidados no serviço. As outras variáveis (mão acometida, ocorrência da lesão, queixas principais, dor e edema) podem ser observadas na Tabela 2. A fratura do 1/3 distal do rádio foi o diagnóstico corrente (12,12%), seguida de outras lesões/traumas, como pode ser observado na Tabela 3.

Tabela 2. Distribuição das características de lesão ou trauma dos sujeitos

Características	Nº	%
Mão Acometida – Função e Estrutura do Corpo		
Esquerda	17	51,52
Direita	15	45,45
Ambas	1	3,03
Ocorrência da Lesão – Fatores Pessoais		
Acidente Automobilístico	9	27,27
Queda da Própria Altura	7	21,21
Acidente de Trabalho	5	15,15
Doenças Auto Imunes	4	12,12
Lesões Não Traumáticas	3	9,09
Acidente Doméstico	2	6,06
Acidente com Arma Branca	2	6,06
Auto Agressão	1	3,03
Queixas Principais – Função e Estrutura do Corpo		
Dor	12	36,36
Perda de ADM	12	36,36
Perda de Função	7	21,21
Sensibilidade	1	3,03
Diminuição de Força	1	3,03
Dor – Função e Estrutura do Corpo		
Ao movimento	23	69,70
Constante	4	12,12
Ao fim da tarde	1	3,03
Na cicatriz	3	9,09
Não apresenta	2	6,06
Edema – Função e Estrutura do Corpo		
Sim	14	42,42
Não	19	57,58

Fonte: Prontuários

Tabela 3. Distribuição do diagnóstico da lesão ou trauma entre os sujeitos

Diagnóstico – Condição de Saúde	Nº	%
Fratura 1/3 Distal do Rádio	4	12,12
Fratura de MTP	3	9,09
Amputação de Falange	3	9,09
Artrite Reumatóide	3	9,09
Síndrome do Túnel do Carpo	2	6,06
Lesão de Tendão Extensor	2	6,06
Lesão de Tendão Flexor	2	6,06
Fratura de Úmero	2	6,06
Fratura da cabeça do Rádio	2	6,06
Lesão de tendão Flexor/ Lesão Nervosa	2	6,06
Fratura Articular de Cotovelo	1	3,03
Síndrome Compartimental	1	3,03
Lesão Nervosa	1	3,03
Fratura de 1/3 Distal do Rádio/ Fratura de Falange	1	3,03
Distrofia Simpático Reflexa	1	3,03
Lesão de Ligamentos	1	3,03
Dedo em Gatilho	1	3,03
Fratura de Processo Estilóide Ulnar	1	3,03

Fonte: Prontuários

Após a análise das áreas problemas referidas pelos pacientes no formulário da COPM foi realizada a categorização destas segundo o componente Atividade e Participação delineados na CIF, e o perfil de funcionalidade e incapacidade foi descrito apenas através de sete domínios, que são considerados classificação de primeiro nível: ‘Comunicação (d3)’; ‘Mobilidade (d4)’; ‘Cuidado pessoal (d5)’; ‘Vida doméstica (d6)’; ‘Relações e interações interpessoais (d7)’; ‘Áreas principais de vida (d8)’; e ‘Vida comunitária, social e cívica (d9)’.

A classificação do segundo nível é ilustrada na Tabela 4, onde são apresentadas as porcentagens de sujeitos que relatam problemas nas categorias de cada domínio.

Nesta classificação o domínio ‘Mobilidade (d4)’ obteve maior número de categorias, enquanto que os domínios, ‘Cuidado Pessoal (d5)’ e ‘Vida Doméstica (d6)’ obtiveram o maior número de queixas. Os domínios restantes obtiveram menor número de categorias e de queixas.

Tabela 4. Porcentagem de sujeitos que relatam problemas nas categorias de cada domínio da Classificação de Segundo Nível

Domínio de Desempenho: Atividades e Participação	Categorias	Nº	%
Comunicação (d3)	Utilização de Dispositivos e Técnicas de Comunicação - d360	3	9,09
Mobilidade (d4)	Levantar e carregar objetos -d430	9	27,27
	Uso fino da mão - d440	11	33,33
	Uso da mão e do braço - d445	6	18,18
	Andar -d450	1	3,03
	Deslocar-se - d455	2	6,06
	Utilização de transporte - d470	3	9,09
Cuidado Pessoal (d5)	Dirigir - d475	6	18,18
	Lavar-se - d510	16	48,48
	Cuidado das partes do corpo - d520	8	24,24
	Vestir-se - d540	8	24,24
	Comer - d550	11	33,33
	Beber - d560	1	3,03
	Cuidar da própria saúde - d570	1	3,03
Vida Doméstica (d6)	Aquisição de bens e serviços - d620	2	6,06
	Preparação de refeições - d630	8	24,24
	Realização das tarefas domésticas -d640	16	48,48
	Cuidar dos objetos da casa - d650	1	3,03
Relações e Interações Interpessoais (d7)	Relações familiares - d760	1	3,03
Áreas principais de vida (d8)	Trabalho remunerado - d850	4	12,12
Vida Comunitária, social e cívica (d9)	Recreação e lazer - d920	8	24,24

* O somatório das variáveis pode somar mais de 100% uma vez que cada sujeito pode relatar até 5 áreas problema.

Fonte: Prontuários

Na classificação do segundo nível observou-se maior número de queixas 48,48% nas categorias “*Lavar-se (d510)*” e “*Realização das tarefas domésticas (d640)*”. As categorias “*Uso fino da mão (d440)*”, “*Comer (d550)*” e “*Levantar e carregar objetos (d430)*” obtiveram 33,33%, 33,33% e 27,27% de queixas respectivamente. Posteriormente, com 24,24% de queixas, se obteve as categorias “*Cuidado das partes do corpo (d520)*”, “*Vestir-se (d540)*”, “*Preparação*

de refeições (d630)” e “*Recreação e lazer (d920)*”. As categorias “*Uso da mão e do braço (d445)*” e “*Dirigir (d475)*” foram observadas com percentual de queixa igual a 18,18%.

A classificação detalhada é ilustrada na Tabela 5, onde são apresentadas as porcentagens de sujeitos que relatam problemas nas categorias de cada domínio.

Tabela 5. Porcentagem de sujeitos que relatam problemas nas categorias de cada domínio da Classificação Detalhada

Domínios de Desempenho: Atividades e Participação	Categorias	Nº	%
Comunicação (d3)	Utilização de dispositivos de comunicação - d3600	1	3,03
	Utilização de máquina de escrever - d3601	2	6,06
Mobilidade (d4)	Carregar nas mãos - d4301	8	24,24
	Carregar nos ombros, quadris e costas - d4303	1	3,03
	Agarrar - d4401	8	24,24
	Manipular - d4402	1	3,03
	Uso fino da mão, outro especificado.		
(Segurar lápis/caneta para escrever) - d4408	5	15,15	
	Puxar - d4450	1	3,03
	Empurrar - d4451	1	3,03
	Girar ou torcer as mãos e os braços - d4453	3	9,09
	Uso da mão e do braço, outro especificado.		
(Utilizar mão e braço como apoio) - d4458	1	3,03	
	Subir - d4551	2	6,06
	Utilização de transporte público - d4702	3	9,09
	Dirigir transporte com tração humana - d4750	1	3,03
	Dirigir veículos motorizados - d4751	6	18,18
Cuidado Pessoal (d5)	Lavar partes do corpo - d5100	4	12,12
	Secar-se - d5102	1	3,03
	Cuidado dos dentes - d5201	3	9,09
	Cuidado com os pêlos - d5202	6	18,18
	Vestir-se - d5400	1	3,03
	Despir-se - d5401	1	3,03
	Calçar - d5402	1	3,03
	Vestir-se, outro especificado. (Utilização de fechos) - d5408	2	6,06
Vida Doméstica (d6)	Manter a própria saúde - d5702	1	3,03
	Comprar - d6200	2	6,06
	Preparação de refeições simples - d6300	1	3,03
	Lavar e secar roupas - d6400	5	15,15
	Limpar a cozinha e utensílios - d6401	5	15,15
	Limpar a habitação - d6402	5	15,15
	Realização de tarefas domésticas, outra especificada.		
	(Arrumar a cama) - d6408	2	6,06
	Manter a habitação e os móveis - d6501	1	3,03
	Manutenção de veículos - d6503	1	3,03
Vida Comunitária, social e cívica (d9)	Praticar esportes - d9201	6	18,18
	Artesanato - d9203	1	3,03

* O somatório das variáveis pode somar mais de 100% uma vez que cada sujeito pode relatar até 5 áreas problema.

Fonte: Prontuários

Nesta classificação o domínio '*Mobilidade (d4)*' obteve maior número de categorias e maior número de queixa sem relação aos outros domínios. '*Cuidado pessoal (d5)*' e '*Vida Doméstica (d6)*' obtiveram menor número de categorias e menor número queixas.

Na classificação detalhada observa-se que o maior percentual de queixa se refere às categorias "*Carregar nas mãos (d4301)*" e "*Agarrar (d4401)*" com 24,24%. Posteriormente, com 18,18%, estão as categorias "*Dirigir veículos motorizados (d4751)*", "*Cuidado com os pêlos (d5202)*" e "*Praticar esportes (d9201)*". Com 15,15% de queixas estão às categorias "*Uso fino da mão, outro especificado (Segurar lápis/caneta para escrever) (d4408)*", "*Lavar e sacar roupas (d6400)*", "*Limpar a cozinha e utensílios (d6401)*" e "*Limpar a habitação (d6402)*". Já a categoria "*Lavar partes do corpo (d5100)*" obteve 12,12% de queixas.

DISCUSSÃO

Segundo Mattar (2001), a grande parte dos pacientes com traumatismos de mão no Brasil é jovem e do sexo masculino, ocorrendo o mesmo na maioria dos países. E, entretanto, estas são questões que se acentuam devido à pobreza, a economia informal, a falta de acesso a equipamentos, aos altos índices de violência urbana, de acidentes de trânsito e à falta de múltiplas campanhas de prevenção dos traumas. Esses dados se assemelham aos resultados obtidos neste estudo, uma vez que a maioria dos sujeitos avaliados, é do sexo masculino, está na faixa etária produtiva e correspondem as classes econômicas mais baixas.

No que diz respeito às características referentes à mão lesada Fonseca et al. (2006) referem que há uma pequena relação entre as lesões referentes à mão direita (49,9%) e esquerda (41,3%) e uma pequena porcentagem de sujeitos com lesões bilaterais (8,2%). O mesmo é observado neste trabalho no que se refere à pequena relação entre as lesões na mão direita e esquerda e à baixa porcentagem de lesões bilaterais, apesar de ter ocorrido maior número de indivíduos com lesões na mão esquerda.

Segundo Fonseca et al. (2006), as causas das lesões ou traumas da mão mais frequentes são os acidentes de trânsito, totalizando 17,5% dos casos. No que se refere às quedas ou em outras situações de impacto, a mão é o principal órgão de defesa. Abdalla, Freitas e Ferreira (2005) referem que, devido ao alto grau de sensibilidade tátil, amplitude de movimento e atitudes reflexas, a mão funciona como um escudo de proteção, e por isso torna-se alvo frequente de traumatismo. Os autores acrescentam que mais da metade

das fraturas na mão ocorrem no trabalho e destacam também que outras causas frequentes são os acidentes de trânsito, domésticos, recreativos ou esportivos. Tais achados vão ao encontro com os dados referentes às causas das lesões ou traumas de mão obtidos neste estudo.

Os dados referentes ao diagnóstico corrente encontrado nesse trabalho se assemelham à literatura que refere grande incidência de fraturas do 1/3 distal do rádio (ULSON, 2000; FREITAS, 2005). Correspondendo a um sexto de todas as fraturas atendidas e tratadas nos ambulatórios de traumatologia, as fraturas de 1/3 distal do rádio representam de 10% a 12% de todas as fraturas do esqueleto humano e é a fratura mais frequente do membro superior (SEVERO et al., 2003; ALBERTONI, et al., 2002). Segundo Ulson (2000), essa lesão é muito comum em mulheres no climatério devido ao menor preparo neuromuscular e ao grau de osteoporose. Entretanto, dados epidemiológicos têm demonstrado um aumento na frequência de fraturas distais do rádio complexas e instáveis resultantes de traumas de alta energia cinética (quedas de altura, acidentes de trânsito, atividades esportivas, dentre outros) em indivíduos jovens ou idosos ativos (ULSON, 2000). Tais dados vão ao encontro dos resultados do perfil sócio demográfico e de lesão trauma deste estudo, através do qual é observado que a maioria dos sujeitos encontra-se em faixa etária produtiva (81,81% entre 19 e 49 anos), sendo que as causas de lesão traumática mais corrente foram acidente automobilístico (27%) e queda da própria altura (21%) (ULSON, 2000).

No tocante ao tempo de lesão até o início do tratamento terapêutico, a literatura refere que o encaminhamento tardio para a reabilitação é uma situação bastante comum e pode ser justificada pelas imobilizações prolongadas em decorrências de infecções, não consolidação óssea, ou até mesmo do desconhecimento do cirurgião ou terapeuta sobre os protocolos de tratamento precoce (FERRIGNO, 2008).

Nesse sentido, os terapeutas frequentemente se deparam com sequelas importantes advindas da imobilização prolongada, de posicionamentos antifuncionais, de períodos prolongados de inflamação e edema, de complicações na evolução das lesões da mão ou ausência de tratamento nas patologias ortopédicas (FERRIGNO, 2008).

Buscando compreender o âmbito de atendimento em saúde dos sujeitos avaliados, observa-se as barreiras existentes no atendimento público em saúde, como, por exemplo, filas de espera para acompanhamento médico e terapêutico. No contexto deste estudo, o processo de tratamento está agregado ao sistema de ensino universitário, uma vez que os sujeitos são atendidos inicialmente pelo hospital de clínicas da universidade, posteriormente

encaminhados ao centro de reabilitação da instituição, e o processo de atendimento, tanto clínico, quanto terapêutico é base do aprendizado acadêmico.

Ao analisar os dados sobre tempo para início da reabilitação como: a porcentagem de sujeitos que apresentaram ou não edema e as queixas principais referidas, observa-se que estes dados podem estar inter-relacionadas. Pondera-se ainda que a inexistência do tratamento precoce para diminuição do edema durante o pós-operatório até a chegada ao programa de reabilitação pode ter influenciado na queixa principal dos sujeitos.

A mão é um órgão que apresenta uma variedade de funções como pegar, agarrar, manipular, soltar, puxar, empurrar, alcançar, girar ou torcer, jogar, apanhar, dentre outras. Mas para seu perfeito funcionamento, necessita de completa harmonia entre os vários tecidos que a compõem (FREITAS, 2005; OPAS/OMS, 2003). Pôde-se verificar que os indivíduos avaliados não apresentam a devida harmonia entre os tecidos que compõe sua mão (estrutura do corpo), supõe-se que ela não está em seu adequado funcionamento. Esse motivo poderia explicar o maior número de categorias da CIF ser o domínio '*Mobilidade (d4)*' na classificação de primeiro nível e maior número de categorias e queixas na classificação de segundo nível. A mobilidade funcional da mão é o artifício primário para que o indivíduo possa se envolver em outras atividades e participação com independência.

A funcionalidade e incapacidade para realização de atividades e a participação, foi descrita por Faria (2008), que realizou um estudo com 55 sujeitos, buscou descrever a função do membro superior em hemiparéticos crônicos, investigar a força da relação e o poder preditivo de déficits específicos da extremidade superior na limitação da realização de atividades e restrição na participação, utilizando o modelo filosófico da CIF para realizar a análise dos dados.

No estudo de Faria (2008) com hemiparéticos, no que diz respeito à percepção do desempenho ocupacional tem-se que 73% dos sujeitos pesquisados reportaram dificuldade para execução de atividades de vida diária, 71% em atividades produtivas e 67% em lazer. Dentre as atividades citadas e que foram apontadas como com alguma dificuldade tem-se o vestir-se, fazer compras, higiene, utilizar transporte público, manusear dinheiro, alimentação, dirigir, limpeza doméstica, lavar, secar e passar roupas, preparar refeições, lavar panelas e vasilhas, utilizar computador, manutenção da casa, pegar objetos em armários e prateleiras, trabalho remunerado, esporte, atividades sociais, artesanato, utilizar telefone, dançar, leitura, hobbies e atividade sexual (FARIA, 2008). Os resultados obtidos por Faria (2008) se assemelham

parcialmente aos encontrados neste trabalho, mesmo sendo Condições de Saúde diferentes, mas ambos atingindo a mão, como problemas de desempenho em categorias classificadas na CIF, como dirigir (d475), vestir-se (d540), comer (d550), dentre outras.

Já o estudo de Silva e Souza (2010), que descreveram o desempenho ocupacional de 11 sujeitos com diagnóstico de Síndrome da Dor Regional Complexa em programa de reabilitação da mão, averiguou que a área "lazer" foi a menos relatada em relação às demais áreas apontadas como de maior problema em relação ao desempenho ocupacional. Estas foram as de "produtividade", seguidas pelo "autocuidado", sendo o banho a mais relatada com o problema de execução. No que refere à área de produtividade tem-se maior índice de sujeitos queixando-se sobre atividades relacionadas às tarefas domésticas, como preparo de refeições, lavar e torcer a roupa, lavar louça, varrer e usar rodo e abrir portas. As queixas dos sujeitos avaliados pela pesquisa de Silva e Souza (2010), também com diferenças das Condições de Saúde, são condizentes aos resultados deste estudo, uma vez que as perdas de desempenho envolvendo Atividades e Participação mais referidas pelos sujeitos encontram-se no domínio '*Cuidado Pessoal (d5)*', sendo a categoria "*Lavar-se (d510)*" e no domínio '*Vida Doméstica (d6)*', com a categoria "*Realização das tarefas domésticas (d640)*".

O estudo apresentou limitações no que diz respeito à qualificação do desempenho dos sujeitos nas categorias descritas, devido não haver uma calibração da escala de 'Desempenho' da COPM com a escala do qualificador 'Desempenho' da CIF.

Propõe-se que estudos subsequentes sejam realizados para promover a calibração das escalas da COPM com as dos qualificadores da CIF, possibilitando, dessa forma, que os qualificadores sejam acrescentados na categorização de estudos posteriores que utilizem a COPM como avaliação do desempenho para classificar funcionalidade e incapacidade através da CIF com maior significado e aplicabilidade, estatística e clínica.

CONCLUSÕES

Conclui-se que os Fatores Pessoais como o perfil sócio demográfico dos sujeitos com lesões traumato-ortopédica de mão avaliados neste estudo é composto por indivíduos na faixa etária produtiva entre 19 e 49 anos (81,81%) de porcentagens de gênero equiparadas. Dos sujeitos acompanhados pelo programa 69,69% estão entre as classes econômicas mais baixas C1-D.

Já no que diz respeito às Condições de Saúde quanto ao perfil das características da lesão ou trauma

observou-se que a maioria ocorreu devido a acidente automobilístico, queda da própria altura e acidente de trabalho, sendo a fratura de 1/3 distal do rádio o diagnóstico mais prevalente. Observou-se que um longo período se passa do pós-operatório até que o sujeito chegue ao programa de reabilitação, e quanto as Funções e Estruturas do Corpo os indivíduos que não apresentaram edema no início do tratamento foi maior do que aqueles que tinham, levando às queixas principais dos sujeitos serem de dor e amplitude de movimento.

O perfil de funcionalidade e incapacidade considerando o Desempenho envolvendo Atividades e Participação dos prontuários avaliados aponta para problemas nos domínios ‘Mobilidade (d4)’, ‘Cuidado pessoal (d5)’ e ‘Vida Doméstica (d6)’.

No domínio ‘Mobilidade (d4)’ a categoria “*Uso fino da mão (d440)*” foi à incapacidade mais referida e diz respeito à realização de ações coordenadas de manusear objetos, levá-los, manipulá-los e soltá-los utilizando as mãos, dedos e polegar, como necessário para pegar moedas de uma mesa ou girar um botão ou maçaneta (OPAS/OMS, 2003, p.166).

No domínio ‘Cuidado Pessoal (d5)’ a categoria “*Lavar-se (d510)*” foi à perda de Desempenho mais referida pelos sujeitos nos prontuários e diz respeito a lavar e secar todo o corpo, ou partes do corpo, utilizando água e

materiais ou métodos de limpeza e secagem apropriados, como tomar banho em banheira ou chuveiro, lavar mãos e pés, face e cabelo; e secar-se com uma toalha (OPAS/OMS, 2003, p.173).

Já no domínio ‘Vida Doméstica (d6)’ a categoria “*Realização das tarefas domésticas (d640)*” foi o Desempenho ocupacional mais referido pelos sujeitos nos prontuários que diz respeito a administrar a casa: limpar a casa, lavar roupa, utilizar utensílios domésticos, armazenar alimentos e remover o lixo, como varrer, passar pano, lavar mesas, paredes e outras superfícies; coletar e remover o lixo doméstico; arrumar quartos, armários e gavetas; coletar, lavar, secar, dobrar e passar roupas; limpar sapatos; utilizar espanador, vassoura e aspirador de pó; utilizar máquina de lavar, secadora e ferro de passar (OPAS/OMS, 2003, p.180).

A presente pesquisa contribui para consolidar estudos em relação à Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde. A classificação atende aos objetivos propostos pela OMS, como ferramenta de pesquisa, proporcionando base científica para compreensão e estudo da saúde e das condições relacionadas à saúde (OPAS/OMS, 2003). Devido à categorização por meio de códigos estabelece uma linguagem comum para a descrição da funcionalidade e incapacidade a diversos profissionais de saúde ou áreas afins e, instituições, públicas ou privadas.

AGRADECIMENTOS: Ao Prof. Dr. Décio José de Oliveira, cirurgião de mão, pela parceria com o Curso de Terapia Ocupacional da UFTM, em especial por conceder a oportunidade de participar do Serviço de Cirurgia da Mão no Ambulatório Maria da Glória.

ALVES, A. L.; CAVALCANTI, A.; CASTRO, S. S.; ANDRADE, V. S.; NUNES, C. M. P. Socio-demographic and disability/functionality profile of people cared in a hand rehabilitation program. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 23, n. 1, p. 62-71, jan./abr. 2012.

ABSTRACT: Injuries or traumas involving the hand, in most cases, imply in interruption of the tasks and activities of daily living. For a health involvement in occupations it is necessary to have integrity of the functions and body structures that help in the implementation of tasks. This is the perspective of the World Health Organization to replaces the negative focus of impairment and disability to a positive perspective through the publication of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). This study aims to describe the socio of demographic profile as well as the condition of injury/trauma and functional/disability of people with injuries/trauma to the hand. It is qualitative-quantitative research and exploratory descriptive study, through documentary approach. It was selected 33 subjects where 81.81% of them were in the productive age between 19 and 49 years old. Most injuries or trauma of the subjects evaluated was due to automobile accident and reached the highest profile of functioning and disability on the domains “mobility (d4)”, “personal care (d5)” and “domestic life (d6)”. The use of the ICF was feasible to categorize the functioning and disability of individuals with hand injuries or trauma, providing a scientific basis for understanding and studying health and health related conditions.

KEYWORDS: International Classification of Functioning, Disability and Health; Hand injuries; Occupational therapy.

REFERÊNCIAS

- ABEP. *Associação Brasileira das Empresas de pesquisa*. Critério de Classificação Econômica Brasil. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/>>. Acesso em: 20 ago. 2010.
- ABDALLA, L. M.; FREITAS, P. P.; FERREIRA, A. C. V. C. In: FREITAS, P. P. *Reabilitação da mão*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005. p. 93-112.
- ALBERTONI, W. M.; FALOPPA, F.; BELOTTI, J. C. Tratamento das fraturas da extremidade distal do rádio. *Rev. Bras. Ortop.*, v. 37, n. ½, p.1-4, 2002.
- AOTA. Occupational Therapy Practice – Framework: Domain & Process. 2nd. *AJOT*, Bethesda, v. 62, n. 9, p. 625-683, 2008.
- BARDIN, L. L. *Análise de conteúdo*. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Edições 70, 2010.
- CABRAL, L. H. A.; SAMPAIO, R. F.; FIGUEIREDO, I. M.; MANCINI, M. C. Fatores associados ao retorno ao trabalho após um trauma de mão: uma abordagem qualiquantitativa. *Rev. Bras. Fisioter.*, São Carlos, p. 149-157, 2010.
- CARLETO, D. G. S.; SOUZA, A. C. A.; SILVA, M.; CRUZ, D. M. C.; ANDRADE, V. S. Estrutura da prática da terapia ocupacional: domínio e processo. 2ª ed. *Rev. Triang. Ens. Pesq. Ext.*, Uberaba, MG, v. 3, n. 2, p. 57-147, 2010.
- CIEZA, A.; GEYH, S.; CHATTERJI, S.; KOSTANJSEK, N.; ÜSTÜN, B.; STUCKI, G. ICF linking rules: an update based on lessons learned. *J. Rehabil. Med.*, v. 37, p. 212-218, 2005.
- FARIA, I. Função do membro superior em hemiparéticos crônicos: análise através da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. 2008. 114 f. Dissertação (*Mestrado em Ciências da Reabilitação*) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.
- FARIAS, M.; BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev. Bras. Epidemiol.*, p.187-93, 2005.
- FERRIGNO, I. S. V. *Terapia da mão*. São Paulo: Santos Editora, 2008.
- FONSECA, M. C. R.; MAZZER, N.; BARBIERI, C. H.; ELUI, V. M. C. Traumas da mão: estudo retrospectivo. *Rev. Bras. Ortop.*, p. 181-186, 2006.
- FREITAS, A. D. Semiologia. In: FREITAS, P. P. *Reabilitação da mão*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005. p.19-34.
- FREITAS, P. P. Fratura da extremidade distal do rádio. In: FREITAS, P.P. *Reabilitação da Mão*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005. p.139-153.
- GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4a. ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- KASCH, M. C.; NICKERSON, E. Lesões nas mãos e nos membros superiores. In: PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B. *Terapia ocupacional capacidades práticas para as disfunções físicas*. São Paulo: Roca, 2005. p.875-910.
- LAW, M.; CARDOSO, A. A.; MAGALHÃES, L. V.; MAGALHÃES, L. C. *Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM)*. Organização e tradução. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.
- MATTAR, R. J. Lesões traumáticas da mão. *Rev. Bras. Ortop.*, v. 36, n. 10, 2001.
- OPAS/OMS. *CIF: Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. São Paulo: Editora USP, 2003.
- SEVERO, A. L.; MENTZ, L.; Busetto, M. A.; LECH, O.; PINTO, S. Fraturas da extremidade distal do rádio tratadas pela técnica de Ulson. *Rev. Bras. Ortop.*, v. 38, n. 8, p. 437-445, 2003.
- SILVA, L. C.; SOUZA, A. C. A. Desempenho ocupacional e papel ocupacional de indivíduos com distrofia simpático reflexa. 2010. 19 f. Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2010.
- TUBIANA, R.; THOMINE, J. M.; MACKIN, E. *Diagnóstico clínico da mão e do punho*. Rio de Janeiro: Interlivros, 1996.
- ULSON, H. J. R. Fraturas da extremidade distal do rádio e da ulna. In: PARDINI, A. G. *traumatismo da mão*. Rio de Janeiro: Medsi, 2000. p. 237-287.

Recebido para publicação: 27/01/2012

Aceito para publicação: 04/04/2012