



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**

ELAINE LIRA OLINTO

**ESTUDO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES PORTADORES DE
LESÃO MEDULAR APÓS TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO**

CAMPINA GRANDE - PB

2012

ELAINE LIRA OLINTO

**ESTUDO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES PORTADORES DE
LESÃO MEDULAR APÓS TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof^a. Dra. Valéria Ribeiro Nogueira Barbosa

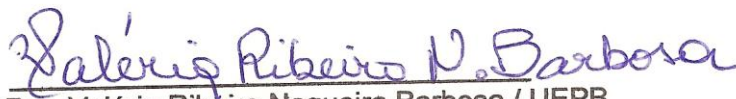
Campina Grande - PB

2012

ELAINE LIRA OLINTO

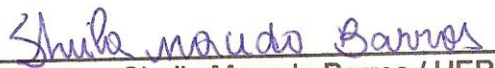
**ESTUDO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES PORTADORES DE
LESÃO MEDULAR APÓS TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO**

Trabalho de Conclusão de
Curso apresentado ao
Departamento de Fisioterapia
da Universidade Estadual da
Paraíba, como parte dos
requisitos para obtenção do
título de Bacharel em
Fisioterapia.




Prof^ª Dra. Valéria Ribeiro Nogueira Barbosa / UEPB

(Orientadora)



Prof^ª Esp. Sheila Macedo Barros / UEPB

(Examinadora)



Prof^ª. Dra. Vitória Regina Quirino de Araújo / UEPB

(Examinadora)

ESTUDO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES PORTADORES DE LESÃO MEDULAR APÓS TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO

OLINTO, Elaine Lira

Acadêmica de Fisioterapia da UEPB, e-mail: lali.lira@hotmail.com

RESUMO

A lesão raquimedular pode ser provocada por trauma, por corpos estranhos ou por processos relacionados a uma vascularização deficiente e, é uma das mais graves incapacidades que pode acometer um indivíduo. Para conseguir se adaptar faz-se necessário seguir orientações e participar de um programa de reabilitação. A fisioterapia é um tratamento que interfere na qualidade de vida dos portadores de lesão raquimedular, sendo, portanto, de relevância social, porque proporciona maior inclusão na sociedade aos pacientes portadores de lesão raquimedular. O objetivo deste estudo foi analisar a qualidade de vida entre pacientes portadores de lesão raquimedular após tratamento fisioterapêutico. Para a pesquisa participaram oito pacientes com lesão raquimedular que realizam fisioterapia na clínica escola da UEPB. A obtenção de dados foi adquirida através das respostas de dois questionários: um sociodemográfico e outro sobre qualidade de vida, o SF-36. No Excel foi organizada uma planilha com a descrição das frequências das respostas obtidas através dos questionários. O software estatístico SPSS versão 19 serviu como ferramenta para gerar gráficos e tabela. Observa-se que as médias dos domínios físicos e mentais variaram entre 19,3 – 71,1 e 45,8 – 70,5, respectivamente, evidenciando o domínio de capacidade funcional como o mais comprometido nos pacientes do atual estudo. Conclui-se que a qualidade de vida destes pacientes é considerada de regular a boa percepção, apesar da lesão afetar a vida em alguns aspectos.

PALAVRAS-CHAVE: lesão raquimedular, qualidade de vida, fisioterapia.

ABSTRACT

The spinal cord injury can be caused by trauma, foreign bodies or processes related to a deficient vascularization, and is one of the most serious disabilities that may affect an individual. To be able to adapt it is necessary to follow directions and participate in a rehabilitation program. Physical therapy is a treatment that alters the quality of life of patients with spinal cord injury, therefore, of social relevance, because it provides greater inclusion in society for patients with spinal cord injury. The objective of this study was to analyze the quality of life among patients with spinal cord injury physical therapy apoós. For the research involved eight patients with spinal cord injury who perform physical therapy clinic school UEPB. The data collection was acquired through the responses of two questionnaires: a sociodemographic and a quality of life, the SF-36. In an Excel spreadsheet was organized with the description of the frequency responses obtained from the questionnaires. The statistical software SPSS version 19 was used as a tool to generate graphs and tables. It is observed that the mean physical and mental domains ranged from 19.3 to 71.1 and from 45.8 to 70.5, respectively, demonstrating the dominance of functional capacity as the most compromised patients in the current study. It is concluded that the quality of life of patients is considered to regulate good perception, although the lesion affect life in some respects.

KEYWORDS: spinal cord; quality of life; physical therapy.

1 INTRODUÇÃO

A lesão raquimedular (LRM) ocorre como conseqüência da morte dos neurônios da medula espinhal e da quebra de comunicação entre os axônios que se originam no cérebro e suas conexões, comprometendo a condução das respostas motora e sensitiva para as diversas partes do corpo (SMELTZER e BARE, 1993).

A lesão pode ser provocada por trauma, por corpos estranhos ou por processos relacionados a uma vascularização deficiente, levando à isquemia, hipóxia, edema e causando danos à mielina e aos axônios (SMELTZER *et al.*, 1994). Dependendo do nível e do grau da lesão raquimedular, a mesma configura-se em uma grave síndrome com perda parcial ou total da função motora, sensitiva, autônoma e complicações no sistema orgânico (SMELTZER *et al.*, 1994)

No entanto, além de alterações fisiológicas decorrentes da lesão raquimedular, existem complicações decorrentes do repouso prolongado e da imobilidade no leito, como a trombose de veias profundas, hipotensão postural, úlceras por pressão, alterações pulmonares, contraturas, atrofia e fraqueza muscular, entre outras (DELISA e GANS, 2002).

A lesão atinge não apenas a locomoção e a capacidade para o autocuidado, mas diversas funções, o que pode gerar desestruturação na dinâmica familiar e social na qual a pessoa com lesão raquimedular está inserida (DELISA e GANS, 2002). Para conseguir se adaptar e ainda aprender a viver de forma diferente, com constante superação e melhoria da qualidade de vida, faz-se necessário, entre outros, seguir orientações e participar de um programa de reabilitação que auxilia na adaptação a uma nova vida.

No início do século XX, cerca de 95% das pessoas com lesão raquimedular ocorrida em guerras morriam em poucas semanas devido a infecções do trato urinário e úlceras de decúbito. Embora a expectativa de vida atual ainda seja mais baixa do que a da população geral, a taxa de mortalidade decresceu drasticamente após a II Grande Guerra à medida que recursos terapêuticos foram aprimorados e se tornaram mais acessíveis (HARTKOOP, 1997).

Um passo fundamental para o tratamento das vítimas foi dado durante a

Segunda Guerra Mundial, pelo Comitê de Estudos sobre o Sistema Nervoso Periférico do Conselho de investigações Médicas. Sob a direção do Dr. George Riddoch, agruparam-se as vítimas de lesões medulares em unidades especiais dentro de vários hospitais na Grã-Bretanha. Antecipava-se que o número de feridos de guerra aumentaria consideravelmente devido aos ataques aéreos à população civil. Então, no transcurso da guerra, montaram-se 12 unidades medulares, onde se reuniu mais de 700 vítimas (GUTTTMANN, 1981).

Em 1943, o governo britânico encomendou a Sir Ludwig Guttmann a tarefa de montar uma nova unidade medular no Hospital do Ministério de Pensões de Stroke Mandeville, em Aylesbury (Inglaterra). Com a abertura dessa unidade, introduziu-se um conceito de tratamento e reabilitação global para as vítimas de lesões raquimedulares (GUTTMAN, 1981).

Nesse contexto, os médicos Ludwig Guttmann, na Grã-Bretanha, e Donald Munro e Ernest Bors, nos Estados Unidos, desenvolveram uma proposta de reabilitação, visando promover a qualidade de vida dos portadores de lesão raquimedular por meio de um sistema coordenado de cuidados, diminuindo as complicações secundárias e provendo acompanhamento em instituições hospitalares, nas quais se considerava que deveriam permanecer pelo restante de suas vidas. Contudo, progressivamente, alguns pacientes começaram a ser re-inseridos na comunidade, desafiando o conceito de “inválido” vigente até os anos 1950 (TRIESCHMANN, 1976; YARKONY, 1994).

A partir de então, houve um crescimento significativo de pesquisas visando à prevenção de complicações médicas, o desenvolvimento de programas de reabilitação e o treinamento de profissionais (TRIESCHMANN, 1976). Desta forma, observa-se que os pacientes portadores de lesão raquimedular necessitam de tratamento fisioterapêutico no sentido de reduzir a imobilidade e contraturas, evitar as úlceras de pressão, como também aumentar a força muscular, entre outras. Além disso, a fisioterapia é um tratamento que interfere na qualidade de vida destes pacientes, sendo, portanto, de relevância social, porque proporciona maior inclusão na sociedade aos pacientes portadores de lesão raquimedular.

Baseado nisto, o objetivo deste estudo foi analisar a qualidade de vida entre pacientes portadores de lesão raquimedular após o tratamento fisioterapêutico ter iniciado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Lesão Raquimedular

De acordo com Ventura *et al.* (1996), o trauma raquimedular (TRM) é uma agressão à medula espinhal que pode ocasionar danos neurológicos, ocorrendo em sua maioria em jovens, do sexo masculino, solteiros e residentes em áreas urbanas (REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO, 2004). O dano à medula espinhal varia de uma concussão transitória, da qual o paciente recupera-se completamente (contusão, laceração e compressão da substância da medula) até uma transecção completa da mesma, tornando o paciente paralisado abaixo do nível da lesão traumática (NITRINI, 1991 e SMELTZER *et al.*, 1994).

No momento da lesão raquimedular, existe uma breve, porém importante, descarga autonômica, devida a compressão direta dos nervos simpáticos, que pode provocar grave hipertensão arterial e disritmias cardíacas (EVANS *et al.*, 1980). Albin (1994), afirma que esta fase, que dura alguns minutos, é seguida por um período conhecido como choque espinhal, resultante da diminuição do tônus simpático e que tem uma duração que varia entre 3 e 6 semanas. Este é o período que se caracteriza por alterações no sistema cardiovascular, como bradicardia e hipotensão postural, paralisia flácida, ausência de reflexos abaixo do nível do trauma, perda de sensibilidade e alterações da termorregulação.

De acordo com o dano, a lesão pode ser: **Lesão completa**, onde as funções motora e sensitiva estão ausentes abaixo dos 3 segmentos caudais consecutivos ao nível da lesão; **Incompleta sensitiva**, quando a atividade motora está presente e permanece certa sensibilidade; **Incompleta motora não funcional**, estando a função motora ausente ou com o mínimo uso funcional, ainda há o tipo **incompleta motora funcional**, em que a função motora está preservada e há funcionalidade abaixo do nível da lesão (VENTURA *et al.*, 1996 e PORTO, 2000).

Dependendo da altura da lesão, pode ser apresentado pelo paciente um

quadro clínico mais ameno ou mais grave, pois quanto mais alta a lesão, maior é a possibilidade de produzir alterações graves e complicações imprevisíveis, principalmente durante a fase aguda da lesão (SARTORI e MELO, 2002).

O portador de lesão raquimedular apresenta uma das mais graves incapacidades que pode acometer um indivíduo, pois o torna um paciente com alterações motoras e sensitivas, além de ter desreguladas funções fisiológicas, passando a apresentar alterações respiratórias, vasculares, da atividade sexual, urinárias e intestinais (SARTORI e MELO, 2002).

A lesão raquimedular determina assim o súbito aparecimento de uma nova condição pessoal, que obriga o paciente à mudança e a adaptações nos diversos papéis e atividades que desenvolvia até então. Naturalmente, a adaptação a esta nova condição vai depender do tipo de lesão e seu prognóstico, mas também depende de outros fatores, como o tipo de personalidade e nível educacional, social e cultural (AMARAL, 2008).

Apesar da sua gravidade e irreversibilidade, é necessário um programa de reabilitação longo e oneroso, que na maioria das vezes não leva a cura, mas á adaptação do indivíduo à sua nova condição (GREVE, 1999).

A condição do portador de lesão medular não é necessariamente sinônimo de doença, desde que o paciente mantenha o desejo de atingir o estado de equilíbrio, que se traduz no controle do sofrimento, no bem estar físico, no conforto emocional e também espiritual (AMARAL, 2008).

2.2 Tratamento Fisioterapêutico

Sob esse ponto de vista, a fisioterapia tem o papel de tratar e ensinar ao portador de lesão raquimedular a cuidar e fazer a "manutenção" de seu corpo, através de exercícios de fortalecimento, alongamentos, posicionamentos, ortostatismo, treinamento de marcha e outros, evitando complicações e deformidades, mantendo um corpo ativo e forte, possibilitando uma maior independência

O aprendizado de um novo repertório de habilidades capazes de maximizar a independência do indivíduo frente às condições adversas resultantes da lesão raquimedular, deve ser o foco central do processo de

reabilitação.

Além do treino em habilidades físicas e funcionais, é necessário aprender a lidar com o corpo modificado e com as implicações desta mudança no próprio repertório comportamental e daqueles com quem o indivíduo convive.

Torna-se necessário ao portador da lesão reconstruir sua identidade e encontrar formas de enfrentamento e adaptação. O sucesso deste processo supõe modificações também políticas e sociais, só possíveis de serem alcançadas com movimentos sociais organizados e permanentes, capazes de tornarem o ambiente menos “deficiente” e as pessoas mais autônomas.

. De acordo com O’Sullivan (1993) quando os portadores de lesão raquimedular se recuperam dos problemas agudos, são feitos planos de reabilitação baseados no prognóstico de futuras habilidades funcionais. Embora cada pessoa responda de acordo com sua personalidade e sua experiência singular, a necessidade da adoção de uma reabilitação para reduzir a carga do enfrentamento, com o que é considerado “não desejável”, é fundamental para uma fase de realismo prático fruto das conquistas das limitações impostas inicialmente e para melhor qualificar a vida do portador de lesão medular.

O perfil da qualidade de vida dos pacientes deve ser de conhecimento da fisioterapia, pois com isso tem-se em mente que pontos podem ser melhorados através do processo de reabilitação, influenciando o reajuste físico e psicológico, conseqüentemente, a qualidade de vida, readquirindo a capacidade de viver e trabalhar.

2.3 Qualidade de Vida

Em função dos recursos existentes atualmente, o aumento da sobrevivência dos portadores de lesão raquimedular é uma realidade, sendo importante aos profissionais de saúde um maior conhecimento sobre o assunto, permitindo colaborar para a melhoria da qualidade de vida e a sua mais adequada inserção familiar e social.

A mensuração da qualidade de vida surgiu como uma forma de valorizar as percepções do paciente a respeito de vários aspectos da sua vida e não

meramente avaliar seu estado de saúde. Trata-se de uma abordagem centrada na percepção do indivíduo sobre seu funcionamento em diversas áreas da vida, como, por exemplo, nos aspectos físicos, ocupacionais, psicológicos e sociais (BAMPI *et al.*, 2008).

Qualidade de vida é uma expressão de natureza muito debatida entre pesquisadores de diferentes áreas e ocupa cada vez mais espaço na política da saúde e da população. Mesmo assim, não se consegue ter uma definição universal. Alguns autores defendem a teoria de que todas as pessoas têm um plano para sua vida e a qualidade de vida seria a diferença entre as esperanças e expectativas do indivíduo e a realidade presente; quanto menor esta diferença, melhor a qualidade de vida (ANDRADE, 2001)

Ainda assim, a expressão “qualidade de vida” não consegue ter uma definição ou conceito universal, suas abordagens são definidas em várias teorias, mas, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a qualidade de vida é a percepção do indivíduo em relação a sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Essa definição inclui seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual (DANTAS; SAWADA e MALERBO, 2003).

A pesquisa em qualidade de vida é parte de um movimento em direção ao cuidado centrado no paciente, em que a perspectiva do paciente é tomada como ponto de referência principal. Desde que relacionadas à saúde com qualidade de vida, instrumentos podem revelar aspectos da doença que não são refletidos por instrumentos clínicos padrão, e eles podem medir os resultados que são de grande preocupação para o paciente (AYMERICH; GUILLAMÓN e JOVELL, 2009).

Estudos com aplicação de questionários para a área de Fisioterapia colaboram para a qualidade de vida dos portadores de lesão medular, pois se conhece as dimensões da vida destes pacientes de forma positiva e negativa para que se possa atuar visando à melhoria, nesse aspecto, destes pacientes e a sua mais adequada inserção familiar e social.

Sabendo que a qualidade de vida pode mudar ao longo do tempo, de forma global ou em algumas áreas da vida (SCHIPPER *et al.* 1996), para os

portadores de lesão raquimedular, estas mudanças podem ocorrer também através do tratamento fisioterapêutico, que tem um importante papel de criar uma maneira de viver com sentido para eles e compatível com a sua situação, independentemente de sua condição física ou da natureza da sua afecção. Esse processo de reabilitação vai além da prevenção dos danos causados pela lesão e objetiva principalmente a melhora da qualidade de vida através da independência funcional, melhora da autoestima e inclusão social (GREVE, 1999).

3 METODOLOGIA

A pesquisa foi conduzida na Clínica Escola de Fisioterapia (CEF) da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. A amostra envolveu 8 pacientes portadores de lesão medular traumática ou adquirida, completa ou incompleta, em ambos os gêneros, que concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como critérios de exclusão foram os pacientes acometidos por lesão raquimedular junto a outras patologias neurológicas, pacientes pediátricos, assim como pacientes na fase aguda e/ou subaguda da lesão.

Os instrumentos para a coleta de dados foram o formulário estruturado como forma de traçar o perfil sócio-demográfico e clínico, composto por gênero, idade, escolaridade, ocupação, etiologia, tempo, nível e tipo de lesão e, o Questionário SF-36 formado com trinta e seis questões que abordam, de um modo geral, como o paciente julga sua saúde.

O questionário SF-36 foi traduzido e validado no Brasil, por Ciconelli, em 1997. De acordo com Ciconelli (1999) e Ware (1992) o SF-36 é um instrumento genérico de avaliação, ou seja, seus conceitos não são específicos para uma determinada idade, doença ou grupo de tratamento. É um questionário genérico multidimensional formado por 36 itens, englobados em oito domínios: (1) capacidade funcional, (2) aspectos físicos, (3) dor, (4) estado geral de saúde, (5) vitalidade, (6) aspectos sociais, (7) aspectos emocionais e (8) saúde mental.

O Questionário SF-36 foi aplicado de forma oral, na modalidade de entrevista, ou seja, as questões foram lidas em voz alta para os pacientes responderem. Esta técnica foi preconizada ao traduzir o SF-36 para o português, devido ao baixo nível sócio-econômico e cultural dos pacientes brasileiros.

O tratamento dos dados de qualidade de vida seguiu as orientações contidas no *The SF-36 – Health Survey Manual* (WARE JÚNIOR, 1993). Inicialmente foi estabelecida a correspondência de cada item ou questão à sua respectiva escala (domínio). Em seguida, foi necessária a transformação de cada escore numa escala de “0 a 100”, seguidas as orientações para somatória dos pontos e aplicado o cálculo do *Raw Scale* (WARE JUNIOR, 1993). Esta transformação compreendeu a conversão do valor mínimo e valor máximo possível para cada item da escala e para cada paciente. Conforme aumenta a porcentagem, há melhor qualidade de vida e vice-versa.

Cabe destacar também que, os dados de qualidade de vida deste estudo, referem-se à percepção do paciente, como ele interpreta sua condição em termos de qualidade de vida.

Os dados de qualidade de vida foram computados para uma análise descritiva, considerando os escores dos itens de cada escala, os quais corresponderam às respostas dos entrevistados.

Foi organizada em uma planilha no Excel a descrição das frequências das respostas obtidas através dos questionários. Passada esta etapa, o software estatístico SPSS versão 19 serviu como ferramenta para obtenção dos resultados da pesquisa gerando gráfico e tabela.

Respeitou-se os aspectos éticos concernentes a Resolução de n. 196 de 10 de outubro de 1996 do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, que delimitam diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

4 DADOS E ANÁLISE DA PESQUISA

4.1 Caracterização sócio-demográfica e clínica dos pacientes com lesão medular da CEF.

Em relação ao perfil sócio-demográfico da amostra analisada, a variação de idade observada nos 8 pacientes foi entre 20 e 67 anos. Foi identificada uma idade média de $43,5 \pm 23,5$, bem como observou-se maior prevalência (50%) de lesão raquimedular nos pacientes com idade entre 20 a 26 anos (Figura1), corroborando com dados da Rede Sarah de Hospitais (2003), a qual verificou que a maioria dos pacientes encontrava-se com idade de 20-39 anos, representado por 56% da sua amostra.

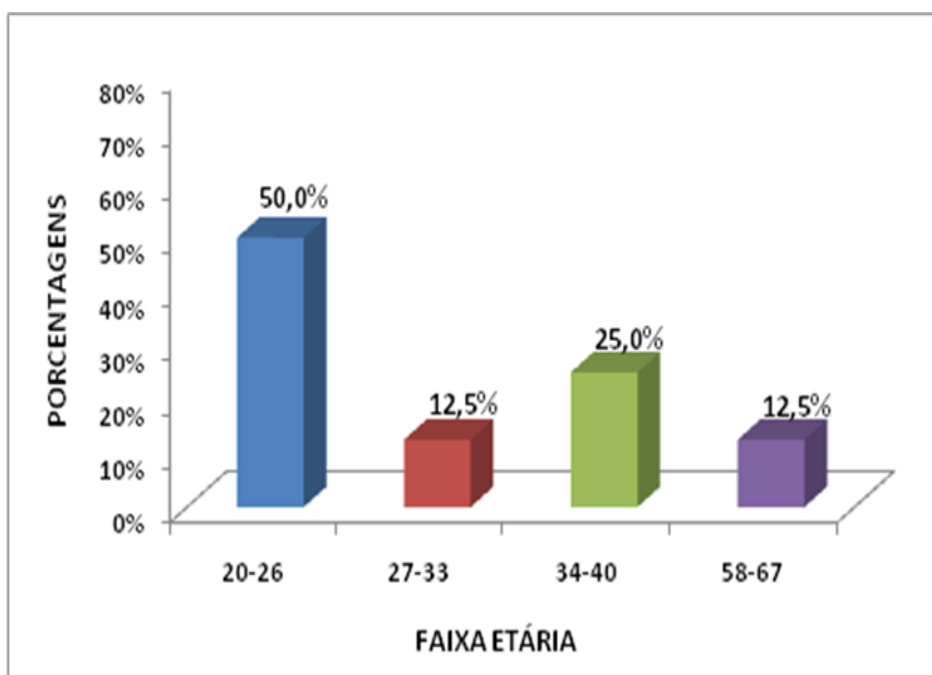


Figura 1 – Idade (em anos) do grupo de pacientes com lesão raquimedular .

Nas características do grupo no que diz respeito ao gênero, observou-se predominância do gênero masculino, com 75% do total (Figura 2), mostrando concordância com França *et al.* (2011) que demonstrou em seu estudo com portadores de lesão raquimedular que 91,5% eram do gênero masculino. Concomitantemente, Vall *et al.* (2006), observaram predominância dos homens, com valor de 90,6%.

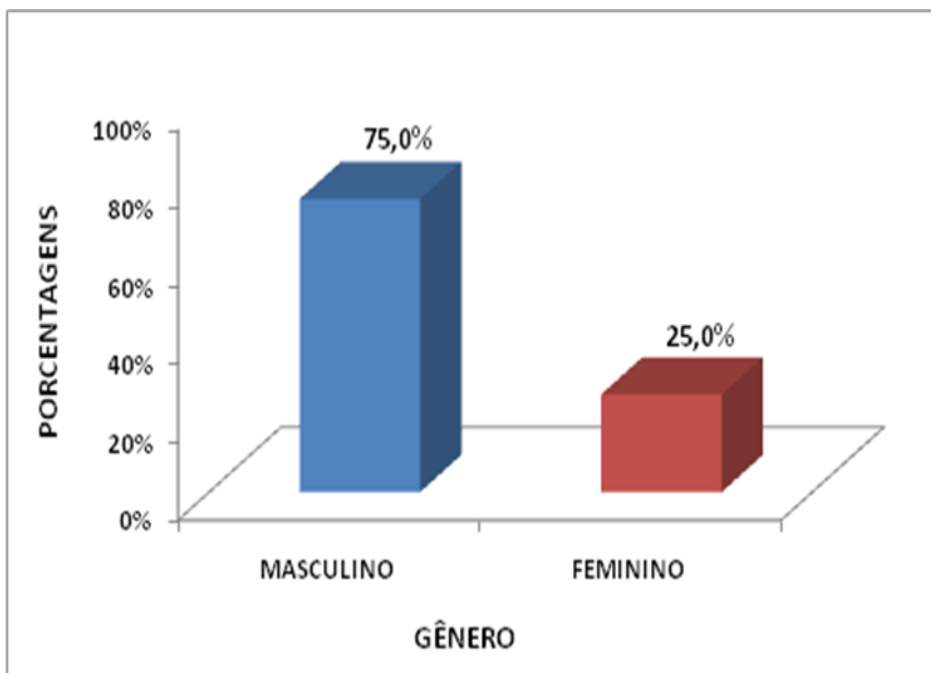


Figura 2 – Gêneros do grupo de pacientes com lesão raquimedular.

Quanto à escolaridade, constatou-se que 37,5% possuíam ensino fundamental, assim como, pacientes com ensino superior representou 37,5% da amostra. Cafer *et al.* (2005) em seu estudo, constatou que 50% dos pacientes têm o nível de 1º grau (ensino fundamental), completo ou incompleto, 40% possuem o 2º grau (ensino médio) e apenas um deles (10%) referiu ser iletrado. Ressalta-se que nesta mesma amostra não foi encontrado nenhum paciente com 3º grau (ensino superior). Meyers (2001) relata em seu estudo que o perfil de portadores de lesão medular corresponde a jovens, do sexo masculino e com menos anos de escolaridade formal.

No quesito ocupação, a maioria respondeu a opção definida como *outros*, representando 62%. Esta opção era representada por pacientes que estavam relacionados com atividades do lar, era estudante, aposentado ou estava afastado do serviço. Bampi (2007) obteve resultado de que a maioria em sua pesquisa possuía ocupação, estes pacientes representaram 74,8%, no mesmo estudo a opção *outros* ficou em segundo lugar com o valor de 22,5%.

Tabela 1 – Perfil sóciodemográfico dos 8 pacientes com lesão raquimedular.

Característica	Nº de pacientes	Valor (%)
<u>Escolaridade</u>		
Iletrado	0	0
Ensino fundamental	3	37,5
Ensino médio	2	25
Ensino superior	3	37,5
<u>Ocupação</u>		
Sem ocupação	2	25
Trabalha	1	13
Outros	5	62

Em relação à etiologia da lesão, observou-se que 49% dos pacientes sofreram a lesão por acidente de trânsito, o que corrobora com os achados de Andrade e Gonçalves (2007), os quais relataram que a principal causa da lesão nos pacientes de sua pesquisa foi acidente automobilístico representando, 45% do total, assim como Berto e Barreto (2011) relataram que 67% dos pacientes lesionados tem como etiologia da lesão o acidente de trânsito. No presente estudo, em segundo lugar, representando 25%, ficou a opção *outros*, que delimitava lesão por causa não-traumática, sendo por doenças auto-imune e tumorais.

Tabela 2 - Etiologia e tempo da lesão raquimedular (n=8)

Características	Nº de pacientes	Valor (%)
<u>Etiologia</u>		
Perfuração por arma de fogo	0	0
Acidente de trânsito	4	49
Queda de altura	1	13
Arma branca	1	13
Outros	2	25
<u>Tempo de lesão</u>		
<5 anos	5	63
5-10 anos	3	37
11-26 anos	0	0

Quanto ao nível da lesão em relação a região da medula espinhal, 37% afirmaram ter a região torácica de T1-T7 atingida pela lesão e com percentual igual (37%) para a região tóraco-lombar de T-10 a L-2. Similarmente aos dados desse estudo, Sartori e Melo (2002), observaram que os pacientes tinham a região torácica (T11-T12) principalmente acometida, correspondendo a um percentual de 39,9%.

Com relação ao tipo de lesão, 75% dos pacientes, possuía lesão raquimedular do tipo incompleta. Segundo a ASIA (American Spinal Injury Association) a maioria dos doentes apresenta lesões incompletas (Kirshblum, 2000).

4.2 Análise dos resultados obtidos através do Questionário de Qualidade de Vida SF-36 em pacientes da Clínica Escola de Fisioterapia.

O Questionário Genérico de Qualidade de Vida SF-36 é subdividido em duas formas de domínios, os físicos que correspondem a capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral da saúde e os mentais que são a vitalidade,

aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental, observamos na Tabela 4.

Dentre os domínios, a capacidade funcional apontou um maior comprometimento, sendo apresentados pelos pacientes, pontuações de 5 a 30 (Tabela 5), correspondendo à menor média, com valor de 19,3 (Tabela 4). Da mesma maneira Santinonivera (2012), mostrou que a menor média obtida em seu estudo foi a de capacidade funcional que correspondeu a 33,27.

Houveram valores discrepantes no domínio relacionado aos aspectos físicos, onde foi alcançado desde o valor mínimo. igual a 0 (zero) ao máximo igual a 100 (cem). O valor mínimo foi encontrado em quatro dos oito pacientes (Tabela 5), obtendo a média $34,3 \pm 42,1$ (Tabela 4), o desvio padrão é um grau acentuado de dispersão em torno da média. Quanto a esse domínio observa-se um dado muito relevante na qualidade de vida desses pacientes, o que também é relatado no estudo de Vall, Braga e Almeida (2005), que apresentou uma média baixa de 6,28 para aspectos físico.

Celik *et al.* (2007), realizaram um estudo comparativo entre 30 pessoas com lesão medular e 32 pessoas saudáveis. Eles concluíram que a lesão afeta a qualidade de vida, principalmente prejudicando o domínio físico.

Com os dados obtidos no presente estudo, ressalta-se que os pacientes que apresentaram o valor 0 para os aspectos físico, apresentavam tempo de lesão menor que 5 anos. Já os que obtiveram valores maiores, possuíam tempo de lesão de 5-10 anos, com exceção de um paciente, que apresentou a maior pontuação, no valor de 100 e possuía menos de 5 anos em que foi acometido pela lesão (Tabela 3).

Essa diferença pode estar relacionada ao fato de que, segundo Stensman (1994) as características individuais influenciam no enfrentamento e adaptação à lesão, estas características podem estar relacionadas com: variáveis demográficas como idade, gênero e nível de instrução; e variáveis psicossociais, como característica de personalidade.

Tabela 3 – Tempo de lesão raquimedular adquirida pelos 08 pacientes, relacionado aos valores de domínio aspectos físico.

	Valores	Tempo de lesão
P 1	0	< 5 anos
P 2	0	< 5 anos
P 3	0	< 5 anos
P 4	75	5-10 anos
P 5	25	5-10 anos
P 6	75	5-10 anos
P 7	100	< 5 anos
P 8	0	< 5 anos

Com relação aos valores analisados com a Escala de Qualidade de Vida SF-36, o domínio estado geral de saúde teve uma média de 71,1 (Tabela 4), sendo esta a maior entre os demais domínios avaliados. Dentre os valores encontrados para esse domínio não houve o valor 100, porém os pacientes atingiram valores entre 40 e 92 (Tabela 5), considerados bons resultados para o domínio estado geral de saúde.

Possagnolo e Cliquet Junior (2011) constataram em seu estudo, que o estado geral de saúde foi o segundo com a maior média (19,83), perdendo apenas para o domínio saúde mental, com média de 21,21.

Os aspectos emocionais apresentou média de $45,8 \pm 39,5$ (Tabela 4). Comparando o valor máximo obtido, que corresponde a 100, e o mínimo que é 0 (Tabela 5), constata-se grande diferença entre as percepções dos pacientes no que se refere aos aspectos emocionais.

De acordo com Anjos (1991) e Staass *et al.* (1992) existem aspectos comuns àqueles que se confrontam com a lesão medular nos primeiros anos após a instalação do quadro. Perda de controle e sentimentos de desamparo, podem ser observados durante a hospitalização.

Porém, no estudo de North (1999), apenas 25% dos portadores de lesão medular, experienciam níveis de ansiedade superiores aos seus controles e, do total deles, apenas 27% dos casos apresentam depressão.

Essa diferença também reflete no presente estudo, no tocante ao domínio, aspectos emocionais, devido a sua alternância entre os valores obtidos de 0 a 100.

O domínio saúde mental obteve a segunda maior média entre os domínios estudados, com valor em torno de $70,5 \pm 10,8$. Através desses resultados percebe-se que a média é considerada alta e próxima do valor máximo que corresponde à 88. No entanto a pontuação 60, foi o valor mínimo deste domínio. Então se pode concluir que a variabilidade deste domínio foi considerada alta, ou seja, a maioria dos valores está mesmo em torno do valor médio.

Tabela 4 – Valores referentes aos domínios avaliados na Escala de Qualidade de Vida – SF-36 dos pacientes com lesão raquimedular.

Domínios	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Capacidade funcional	8	5	30	19,3	9,4
Aspectos físicos	8	0	100	34,3	42,1
Dor	8	41	100	66,8	27,7
Estado Geral da Saúde	8	40	92	71,1	21,1
Vitalidade	8	35	85	65	18,1
Aspectos sociais	8	12,5	100	54,6	24,9
Aspectos emocionais	8	0	100	45,8	39,5
Saúde mental	8	60	88	70,5	10,8

Tabela 5 – Valores obtidos pelos pacientes em cada domínio.

Domínios	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
Capacidade funcional	30	15	5	10	25	30	15	25
Aspectos físicos	0	0	0	75	25	75	100	0
Dor	51	100	41	51	100	100	51	41
Estado Geral da Saúde	67	57	47	87	92	87	40	92
Vitalidade	70	70	45	85	80	80	55	35
Aspectos sociais	37,5	62,5	62,5	62,5	12,5	100	50	50
Aspectos emocionais	0	33	33	67	0	100	100	33
Saúde mental	60	60	60	84	68	88	64	76

5 CONCLUSÃO

A avaliação da qualidade de vida de pacientes portadores de lesão medular da clínica escola da UEPB, pelo SF-36, mostrou valores de médias baixos para 3 dos 8 domínios, os demais apresentaram média maior que 50, considerando-os avaliados como bons resultados. Com isso, conclui-se que a qualidade de vida destes pacientes é considerada de regular a boa, apesar da lesão afetar a vida em alguns aspectos. No entanto, as percepções variam bastante para cada paciente, com isso cabe aos profissionais de saúde perceber a importância da avaliação da qualidade de vida e ampliar as decisões da equipe de saúde, estendendo aos programas de política assistenciais, para que haja melhoras no enfrentamento e na percepção destes pacientes, proporcionando uma qualidade de vida cada vez melhor.

REFERÊNCIAS

ALBIN, M. S. Spinal Cord Injury. **Anesthesia and Neurosurgery**, 3 Ed. Saint Louis, Mosby, p. 713-743, 1994.

AMARAL, M. T. M. P. Encontrar um novo sentido da vida: um estudo explicativo da adaptação após lesão medular. **Rev Esc Enferm USP**, p. 574-578, 2008.

American Spinal Injury Association. "International Standards for Neurological Classifications of Spinal Cord Injury (revised)", Chicago: American Spinal Injury Association;. 2000:1 - 23.

ANDRADE, M.J; GONÇALVES, S. Lesão Medular Traumática - Recuperação Neurológica E Funcional. **Acta Med Port.** V.20, p.401-406. Porto, 2001.

ANJOS, L. D. dos. Atendimento psicológico ao paciente lesado medular no Hospital de Medicina do Aparelho Locomotor. [Monografia não publicada], Hospital SARAH/BSB, Brasília.

AYMERICH, M.; GUILLAMÓN, I.; JOVELL, A. Health-related quality of life assessment in people with multiple sclerosis and their family caregivers. A multicenter study in Catalonia (Southern Europe). **Dove Medical Press Ltd**, p. 311–321, 2009.

BAMPI, L. N. S. Percepção de qualidade de vida de pessoas com lesão medular traumática: Uma forma de estudar a experiência da deficiência. Tese de doutorado em Ciências da Saúde. Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade de Brasília. Brasília, 2007.

BAMPI, L. N. S.; GUILHEM, D.; LIMA, D.D. Qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática: um estudo com o WHOQOL-bref. **Rev Bras Epidemiol.** Brasília, v.11, n.1, p. 67-77, 2008.

BERTO, C. D.; BARRETO, D. B. M. Pessoas com lesão medular traumática: as

alterações biopsicossociais e as expectativas vividas. **Unoesc & Ciência – ACHS**. v.2, n.2, p. 174-183, 2011.

CAFER, C. R.; BARROS, A. L. B. L.; LUCENA, A. F.; *et al.* Diagnósticos de enfermagem e proposta de intervenções para pacientes com lesão medular. **Acta Paul Enferm**. v. 18, p. 347-353, 2005.

CELIK, B. GULTEKIN, O. BEYDOGAN, A. CAGLAR, N. Domain-specific quality of life assesment in spinal cord injured patients. **J Rehabil Res**. v. 30, p.97-101, 2007.

CICONELLI, R. M. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev Bras Reumatol**, p.144-150, 1999.

DANTAS, R. A. S, SAWADA, N. O., MALERBO, M. B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do estado de São Paulo. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.11, p. 532-538, 2003.

DELISA, J. A.; GANS, B. M. **Tratado de medicina de reabilitação: princípios e prática**, 3ª ed., São Paulo: Manole, 2002, p. 1975.

EVANS, D. E.; KOBRINE, A. L.; RIZZOLI, H. V. Cardiac arrhythmia's accompanying acute compression of the spinal cord. *Neurosurg*, p. 52-59, 1980.

FRANÇA, I. S. X.; COURA, A. S; FRANÇA, E. G.; *et al.* Qualidade de vida de adultos com lesão medular: um estudo com WHOQOL-bref. *Rev Esc Enferm USP*. v. 45, p. 1364-1371, 2011.

GREVE, J. M. D. Reabilitação na lesão da medula espinhal. **Rev Med**. v.78, p.276-286, 1999.

GUTTMAN, Ludwig. Antecedentes históricos. In: _____. **Lesiones Medulares:**

tratamiento global e investigación. Barcelona: Jims, 1981. p. 1-8.

HARTKOP, A., BRONUM –HANSEN, H. SEIDENSCHNUR, A. M., BIERING-SORENSEN (1997). Survival and cause of death after traumatic spinal cord injury. A long term epidemiological survey from Denmark. *Spinal Cord*, 35, 76-85.

KIRSHBLUM S.C; O'Connor K.C.“Levels of spinal cord injury and predictors of neurologic recover. **Phys Med Rehabil Clin N Am**. v.11, p.1 - 27, vii, 2000.

MEYERS, A. R. The epidemiology of traumatic spinal cord injury in the United States. **The rehabilitation of people with spinal cord injury**. Boston: S. Nesathurai (Ed.). Boston Medical Center. p. 9-13, 2001.

MURTA, S. G.; GUIMARÃES, S.S.; Enfrentamento à lesão medular traumática. **Estudos de Psicologia**, v.12, p.57-63, nº.1, 2007.

NITRINI, R. A neurologia que todo médico deve saber. São Paulo: Maltese/Santos; 1991.

NORTH, N. T. The psychological effects of spinal cord injury: a review. **Spinal Cord**, v. 37, p. 671-679, 1999.

O'SULLIVAN, S. B. **Fisioterapia: Avaliação e Tratamento**. 2. ed. São Paulo: Manole, 1993.

PORTO, C.C. Exame clínico: bases para a prática médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.

POSSAGNOLO, D. T.; CLIQUET JUNIOR, A. Avaliação da qualidade de vida de lesados medulares que realizam estimulação elétrica neuromuscular. Campinas, 2011.

Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação. **Mapa da morbidade por causas**

externas. Disponível em <www.sarah.br>. Acesso em 2004. Apud VALL, J.; BRAGA, V. A. B.; ALMEIDA, P. C.; Estudo da qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática. **Arq Neuropsiquiatr**. Fortaleza, p. 451-455, 2006.

SANTINONIVERA, R. Resiliência, enfrentamento e qualidade de vida na reabilitação de indivíduos com lesão medular. Tese de doutorado em processos de desenvolvimento humano e saúde. Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília. Brasília, 2012.

SARTORI, N. R.; MELO, M.R.A.C. Necessidades no cuidado hospitalar do lesado medular. **Medicina**. Ribeirão Preto, v. 35. p. 151-159, 2002.

SCHIPPER, H.; CLINCH, J.; OLWENY, C. Quality of life studies: definitions and conceptual issues. **Quality of Life and Pharmacoeconomics in clinical trials**. 2^a ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, p. 11-23, 1996.

SMELTZER, S.C. *et al.* Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 7^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1994. 4v.

SMELTZER, S.C; BARE, B.G. Brunner & Suddarth - Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 8a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1993. p.1534.

STAAS JR., W. E.; FORMAL, C. S.; GERSHKOFF, A. M.; FREDI, M.; HIRSCHWALD, J. F., MILLER, G. T., FORREST, L.; BURKHARD, B. A. **Reabilitação do paciente com traumatismo raquimedular. Medicina de reabilitação: Princípios e prática**. São Paulo: Manole, p. 735-763, 1992.

STENSMAN, R. Adjustment to traumatic spinal cord injury. A longitudinal Study of self-reported quality of life. p. 416-422, 1994.

TRIESCHMANN, R. B., *Cord injuries: Psychological, social and vocational rehabilitation*. Scottsdale, Arizona: Demos.1976.

VALL, J.; BRAGA, V. A. B.; ALMEIDA, P. C.; Estudo da qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática. **Arq Neuropsiquiatr**. Fortaleza, p. 451-455, 2006.

VENTURA, M.F. *et al.* Enfermagem ortopédica. São Paulo: Ícone; 1996. p.175-89.

WARE JÚNIOR, E. SF-36 health survey manual. Boston, Massachusetts, 1993.

WARE, J.E; SHERBOURNE, C.D. Short-form health survey (SF-36). *Med Care*, p. 473-483, 1992.

YARKONY, G. M. Spinal cord injury-medical management and rehabilitation. Gaithersburg, Maryland: Aspen1 1994.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FORMULÁRIO ESTRUTURADO DE PESQUISA

Data da Avaliação: ____/____/____

Nome: _____

1. Gênero

 Masculino Feminino

2. Faixa etária (anos)

20-26 ()

27-33 ()

34-40 ()

41-47 ()

48-57 ()

3. Escolaridade

Iletrado ()

Ensino Fundamental ()

Ensino médio ()

Ensino Superior ()

4. Ocupação

Sem ocupação ()

Trabalha ()

Outros () _____

5. Etiologia da lesão

Perfuração por arma de fogo ()

Acidente de trânsito ()

Queda de altura ou objeto ()

Arma Branca ()

Outros () _____

6. Tempo de lesão

< 5 anos ()

5-10 anos ()

11-26 anos ()

7. Nível de Lesão Medular

C1-C7 ()

T1-T4 ()

T5-T9 ()

T10-T12 ()

L1-L5 ()

8. Tipo de lesão

Completa ()

Incompleta ()

APÊNDICE B - GLOSSÁRIO DA VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA – SF-36

1) Em geral sua saúde é:

- 1 – EXCELENTE
- 2 – MUITO BOA
- 3 – BOA
- 4 – RUIM
- 5 – MUITO RUIM

2) Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

- 1 – MUITO MELHOR
- 2 – UM POUCO MELHOR
- 3 – QUASE A MESMA
- 4 – UM POUCO PIOR
- 5 – MUITO PIOR

3) Sua saúde dificultaria em você realizar essas atividades? Neste caso, quando?

- 1 – SIM, DIFICULTA MUITO
- 2 – SIM, DIFICULTA UM POUCO
- 3 – NÃO, NÃO DIFICULTA DE MODO ALGUM

4) Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho, como consequência de sua saúde física?

- 1 – SIM
- 2 – NÃO

5) Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

- 1 – SIM
- 2 – NÃO

6) Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

- 1 – DE FORMA NENHUMA
- 2 – LIGEIRAMENTE
- 3 – MODERADAMENTE
- 4 – BASTANTE
- 5 – EXTREMAMENTE

7) Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

- 1 – NENHUMA
- 2 – MUITO LEVE
- 3 – LEVE
- 4 – MODERADA
- 5 – GRAVE
- 6 – MUITO GRAVE

8) Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

- 1 – DE MANEIRA ALGUMA
- 2 – UM POUCO
- 3 – MODERADAMENTE
- 4 – BASTANTE
- 5 – EXTREMAMENTE

9) Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

- 1 – TODO TEMPO
- 2 – A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 – UMA BOA PARTE DO TEMPO
- 4 – ALGUMA PARTE DO TEMPO
- 5 – UMA PEQUENA PARTE DO TEMPO
- 6 – NUNCA

10) Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

- 1 – TODO TEMPO
- 2 – A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 – ALGUMA PARTE DO TEMPO
- 4 – UMA PEQUENA PARTE DO TEMPO
- 5 – NENHUMA PARTE DO TEMPO

11) O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

- 1 – DEFINITIVAMENTE VERDADEIRO
- 2 – A MAIORIA DAS VEZES VERDADEIRO
- 3 – NÃO SEI
- 4 – A MAIORIA DAS VEZES FALSO
- 5 – DEFINITIVAMENTE FALSO

APÊNDICE C – GLOSSÁRIO DO FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES SOBRE PACIENTE

Gênero

1 MASCULINO	2 FEMININO
-------------	------------

FAIXA ETÁRIA

3. 20-26	4. 27-33	5. 34-40
6. 41-47	7. 48-57	8. 58-67

ESCOLARIDADE

9 Iltrado	10 Ensino fundamental
11 Ensino médio	12 Ensino superior

OCUPAÇÃO

13 Sem ocupação	14 Trabalha
15 Outros	

Etiologia da lesão

16 Perfuração por arma de fogo	17 Acidente de trânsito
18 Queda de altura ou objeto	19 Arma branca
20 Outros	

Tempo de lesão

21. <5 anos	22. 5-10 anos
23. 11-26 anos	

NÍVEL DA LESÃO

24 C1-C7	25 T1-T7	26 T8-T9
27 T10-L2	28 L3-L5	

TIPO DE LESÃO

29 Completa	30 Incompleta
-------------	---------------

ANEXOS

ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

(OBSERVAÇÃO : para o caso de pessoas maiores de 18 anos e não inclusas no grupo de vulneráveis)

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa **“ESTUDO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM LESÃO MEDULAR QUE SE SUBMETEM A TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO”**.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **ESTUDO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM LESÃO MEDULAR QUE SE SUBMETEM A TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO** terá como objetivo geral analisar a qualidade de vida diante do tratamento fisioterapêutico de pacientes portadores de lesão medular

Ao voluntário só caberá a autorização para assinar o Termo de Consentimento e responder aos questionários, assim como permitir a exposição de sua imagem. Não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 3333 - 5512 com Elaine Lira Olinto.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante

Assinatura Dactiloscópica
Participante da pesquisa

ANEXO II – THE SF-36 – HEALTH SURVEY MANUAL (WARE JUNIOR, 1993)

Data da Avaliação: ____/____/____

Nome:

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito boa	Boa	Ruim	Muito ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua idade em geral, agora?

Muito melhor	Um pouco melhor	Quase a mesma	Um pouco pior	Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não modifica modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance	1	2	3

de escada			
f) Curva-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3

g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez	1	2

qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.		
--	--	--

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De nenhuma forma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido	1	2	3	4	5	6

desanimado ou abatido?						
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO III - DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA

Título da pesquisa: ESTUDO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES PORTADORES DE LESÃO MEDULAR APÓS TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO

Eu, VALÉRIA RIBEIRO NOGUEIRA BARBOSA, fisioterapeuta, professora do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, portadora do RG: 685.068 – SSP-PB, declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Orientador

Orientando

Campina Grande, ____ de _____ de _____.

**ANEXO IV - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR
RESPONSÁVEL**

Pesquisa: ESTUDO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES PORTADORES DE
LESÃO MEDULAR APÓS TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO

Eu, VALÉRIA RIBEIRO NOGUEIRA BARBOSA, fisioterapeuta, professora do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, portadora do RG: 685.068 – SSP-PB e CPF: 309.136.244-20 comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos. Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

PESQUISADOR(A)

Campina Grande, ____ de _____ de _____.

ANEXO V - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA-UEPB
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA****TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “ESTUDO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES PORTADORES DE LESÃO MEDULAR APÓS TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO” desenvolvida pela aluna Elaine Lira Olinto do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba sob a orientação da professora Valéria Ribeiro Nogueira Barbosa.

Campina Grande, ____ de _____ de _____.

Coordenador(a) do curso de Fisioterapia

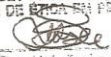
ANEXO VI - COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DO CEP**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA-UEPB
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA-PRPGP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP****FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB****PROJETO: CAAE 0774.0.133.000-11****PARECER****X APROVADO****NÃO APROVADO****PENDENTE****TÍTULO: PERFIL DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES PORTADORES DE
LESÃO MEDULAR SUBMETIDOS A TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA CLÍNICA
ESCOLA DE FISIOTERAPIA DA UEPB****PESQUISADOR(A): VALÉRIA RIBEIRO NOGUEIRA BARBOSA
ORIENTANDO(A): ELAINE LIRA OLINTP**

PARECER: O presente Projeto de Pesquisa nos traz, a priori, relevância científica, consoante proposta apresentada pela pesquisadora e orientanda supramencionadas. Doutra forma, vem atender aos requisitos do Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB, momento Resolução do Conselho Nacional de Saúde de n. 196 do ano de 1996.

Isto posto, sou pelo Parecer pela **APROVAÇÃO** do Projeto.
Salvo melhor juízo.

Campina Grande, 22/12/2011

Relator: 09

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**
**Prof.ª Dra. Dorciléia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa**



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PROJETO RECEBIDO NO CEP

CAAE - 0774.0.133.000-11

Projeto de Pesquisa

Perfil da qualidade de vida de pacientes portadores de lesão medular submetidos a tratamento fisioterapêutico na Clínica Escola de fisioterapia da UEPB

1 de 2

20-12-2011 09:1

