



**Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Governador do Estado de Mato Grosso do Sul
Secretaria de Estado de Saúde
AARH - Hospital São Julião**



WANDRIANE DE VARGAS

**QUALIDADE DE VIDA E GRAU DE INDEPENDÊNCIA DOS PACIENTES COM
LESÃO MEDULAR NO PÓS ALTA EM CUIDADOS CONTINUADOS
INTEGRADOS**

CAMPO GRANDE MS

2015

**QUALIDADE DE VIDA E GRAU DE INDEPENDÊNCIA DOS PACIENTES COM
LESÃO MEDULAR NO PÓS ALTA EM CUIDADOS CONTINUADOS
INTEGRADOS**

Trabalho de Conclusão da Residência para
composição de nota parcial da avaliação da
residência multiprofissional em Cuidados
Continuados Integrados, sob orientação de
Vanessa Teresinha Gubert de Matos e
coorientação de Edivania Anacleto Pinheiro.

CAMPO GRANDE MS

2015

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. MATERIAIS E MÉTODOS	5
2.1. LOCAL, PERÍODO E POPULAÇÃO DO ESTUDO	5
2.2. COLETA E ANÁLISE DE DADOS	6
3. RESULTADOS	8
4. DISCUSSÃO	8
5. REFERÊNCIAS	13
QUADRO 1.	15
TABELA 1.	16
FIGURA 1.	17
FIGURA 2.	18
TABELA 2.	19

RESUMO: Introdução: Todo dano no canal medular é considerado Lesão Medular (LM), podendo levar a alterações motoras, sensitivas, autonômicas e psico afetivas. No Brasil ela atinge cerca de 6 a 8 mil casos novos por ano. É a afecção neurológica que mais causa impacto na vida do indivíduo demandando modificações no seu estilo de vida e conseqüentemente na sua qualidade de vida e independência funcional. **Objetivo:** Neste contexto o presente estudo teve por objetivo avaliar a qualidade de vida e o nível de independência no pós-alta de pacientes com lesão medular atendidos em Cuidados Continuados Integrados (CCI) do Hospital São Julião. **Métodos:** A pesquisa foi realizada por meio de entrevista no domicílio do paciente, envolvendo os pacientes acometidos por LM e que estiveram internados no CCI. Para avaliação da qualidade de vida foi utilizada a versão atual de Ferrans and Powers Quality of Life Index e para avaliar o grau de independência utilizou-se o Índice de Barthel. **Resultados:** A grande prevalência foi do sexo masculino, faixa etária entre 18 e 28 anos e mais da metade dos pacientes entrevistados declarou estar satisfeito quanto à sua qualidade de vida. Contudo, no que se refere ao grau de independência, no momento da alta, todos os entrevistados apresentaram grau de dependência total, grave ou moderada, e em domicílio dependência moderada, leve e independência. **Conclusão:** Apesar dos indivíduos apresentarem limitações e dependências funcionais conclui-se que essas são condições que não interferem na sua qualidade de vida, levando os mesmos a terem satisfações em viver.

Palavras chave: Qualidade de vida, Medula espinhal e reabilitação.

ABSTRACT: Background: Every grievance contained in the spinal canal is considered Spinal Cord Injury (SCI), leading to motor, sensory, autonomic, affective and psycho changes. In Brazil it reaches about 6 and 8 million cases per year. It is a neurological disease that causes more impact on the lives of individual demanding changes in your lifestyle and consequently in their quality of life and functional independence. **Objectives:** In this context the present study was to evaluate the quality of life and level of independence in the post-discharge patients with spinal cord injury treated at Integrated Continuous Care (ICC) of the Hospital São Julião. **Method:** The survey was conducted through interviews in the patient's home, involving all patients affected by LM and who were hospitalized at the ICC. To evaluate the quality of life we used the current version of Ferrans and Powers Quality of Life Index and to assess the degree of independence we used the Barthel Index. **Results:** The high prevalence was male, aged between 18 and 28 years old, which more than half reported that they were pleased when their quality of life, in relation to the degree of independence all interviewed were classified with full, serious and moderate dependence at discharge and at home presented moderate, light dependence and independence. **Conclusion:** Despite the individuals present limitations and functional dependencies we can be concluded that these conditions are not interfering with their quality of life, leading them to have satisfactions of living.

Keywords: Quality of life, spinal cord and rehab.

1. INTRODUÇÃO

Todo agravo contido no canal medular é considerado Lesão Medular (LM), podendo levar a alterações motoras, sensitivas, autonômicas e psico afetivas¹. Estudo realizado no Brasil identificou incidência de 71 novos casos de LM para cada 1 milhão de habitantes/ano e estimou prevalência de 180 mil indivíduos².

A incidência mundial anual de Trauma Raquimedular (TRM) é da ordem de 15 a 40 casos por milhão de habitantes³. No Brasil, o TRM atinge cerca de 40 casos novos/ano/milhão de habitantes, ou seja, cerca de 6 a 8 mil casos novos por ano, sendo que 80% são homens e 60% tem entre 10 e 30 anos de idade (ATUALIZAR REFERENCIAS).

A LM é a afecção neurológica que mais causa impacto na vida do indivíduo acometido, pois pode evoluir com consequências tanto físicas como psicossociais, demandando modificações no seu estilo de vida e das pessoas que o cercam e afetando sua qualidade de vida e independência funcional⁴.

Os centros de reabilitação e hospitais revelam que a maioria dos casos de lesão medular traumática ocorre em acidentes automobilísticos e ferimentos por arma de fogo (FAF). A ação desses centros de reabilitação vai além da prevenção de agravos, eles objetivam melhorar a Qualidade de Vida (QV) dos pacientes acometidos pela LM, através de terapias que buscam pela independência funcional, melhora da autoestima e reinserção social. A Rede de Cuidados Continuados Integrados (CCI) é um projeto que constitui uma resposta aos desafios da prestação de cuidados oportunos e de qualidade às pessoas que apresentam situações de dependência funcional e necessidades de reabilitação^{5,6,7}.

ONDE ESTA ACONTECENDO O TRABALHO CCI - HSJ

Diante do exposto, o estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida e o nível de independência no pós-alta de pacientes com lesão medular atendidos em CCI no Hospital São Julião de Campo Grande - MS.

2. MATERIAIS EMÉTODOS

2.1. LOCAL, PERÍODO E POPULAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, realizado na cidade de Campo Grande – MS, envolvendo 15 pacientes que foram acometidos por lesão medular e que estiveram

internados em CCI do Hospital São Julião, no período de novembro de 2013 a novembro de 2014.

Foi critério de inclusão pacientes de ambos os sexos e que residiam no mesmo município da internação, Campo Grande/MS e como critério de exclusão indivíduos menores de 18 anos, afásicos, com déficit cognitivo, quilombolas, indígenas, gestantes e privados de liberdade. Os pacientes foram identificados pelo sistema hospitalar, segundo Classificação Internacional de Doenças (CID) e pelo período de internação no sistema hospitalar do Hospital São Julião.

Após a identificação dos pacientes, estes foram contatados via telefone para participar da pesquisa e, quando houve interesse do participante, foi agendada a visita do pesquisador em seu domicílio. Foram coletados dados sociodemográficos, qualidade de vida e independência funcional por meio de entrevista.

2.2. COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Para avaliação da qualidade de vida foi utilizada a versão atual de Ferrans and Powers Quality of Life Index, onde os participantes atribuem valores de 1 a 6 em uma escala crescente de satisfação e de importância. Na primeira parte, a escala varia de muito insatisfeito (1) a muito satisfeito (6) e na segunda, de sem nenhuma importância (1) a muito importante (6).

Portanto, a escala de QV, *Ferrans e Powers* é um instrumento que, além de avaliar o nível de satisfação com os diversos itens que o compõem, incorpora também a avaliação do grau de importância a eles atribuída, levando em conta que as pessoas podem valorizar diferencialmente os diversos aspectos da vida⁸. A escala era aplicada em um local reservado no domicílio do paciente.

Os 33 itens do instrumento utilizado estão assim distribuídos nas quatro dimensões (subescalas): Saúde/funcionamento (13 itens), Sócioeconômico (8 itens), Psicológico/espiritual (7 itens) e Família (5 itens). Cada dimensão foi definida como domínio, sendo o domínio 1: Saúde e Funcionamento; domínio 2: Socioeconômico; domínio 3: Psicológico/espiritual; domínio 4: Família (Quadro 1). Cada item da primeira parte do instrumento (Satisfação) corresponde ao mesmo na segunda (Importância). Cabe destacar que os itens 21 (trabalho) e 22 (não ter trabalho) do domínio Socioeconômico, são mutuamente excludentes, ou seja, apenas um deles deve ser considerado no cálculo dos escores.

O procedimento para atribuição dos escores requer, primeiramente, que a pontuação dos itens de satisfação seja recodificada, com a finalidade de centralizar o zero da escala. Isto é, obtido subtraindo-se o valor 3,5 das respostas a cada item de satisfação, resultando em

pontuações de -2,5; -1,5; -0,5; +0,5; +1,5 e +2,5 para pontuações iniciais de 1, 2, 3, 4, 5 e 6, respectivamente. Em segundo lugar, os escores recodificados de satisfação são ponderados pelos seus correspondentes de importância, multiplicando-se o valor recodificado de cada item, pelo valor bruto da resposta à importância (1, 2, 3, 4, 5, 6). A seguir, o escore total é calculado somando-se os valores ponderados de todos os itens respondidos e dividindo-se pelo total de itens respondidos. Até este ponto, a variação possível é de -15 a +15. Para eliminar pontuações negativas no escore final, soma-se 15 aos valores obtidos, resultando no escore total do instrumento, que poderá variar de 0 a 30. Os maiores valores indicam melhor qualidade de vida e valores abaixo de 15 pontos pior qualidade de vida, ou seja, insatisfação.

O Índice de Barthel foi utilizado para avaliação da independência funcional por ser uma escala de fácil compreensão e utilizada para medir as Atividades da Vida Diária (AVD's). Este índice foi criado para estabelecer o grau de dependência de pacientes com incapacidades funcionais, em especial com distúrbios neuromusculares ou musculoesquelético^{9,10,11}.

Elaborada em 1955 por Mahoney e Barthel (1965), o IB foi uma escala utilizada inicialmente em hospitais para doentes crônicos em Maryland, Estados Unidos da América (EUA). A primeira publicação da escala foi em 1965, quando foi estabelecida seus escores. No entanto, as primeiras referências na literatura científica datam de 1958.

O índice é composto por dez itens das AVD's envolvendo a mobilidade e cuidados pessoais, incluindo: alimentação, higiene pessoal, bexiga (controle do esfíncter vesical), intestinos (controle do esfíncter anal), transferências cama-cadeira, mobilidade/marcha (uso de cadeira de rodas), uso de toilet (uso do sanitário), vestir, banho e escadas (capacidade de subir e descer escadas). Os itens banho e higiene pessoal são pontuados com 0 ou 5, deslocação e mobilidade/marcha com 0, 5, 10 ou 15, e os demais com 0, 5 ou 10. A pontuação total varia de 0 a 100, sendo que valores <20 = dependência total, 20-35 = dependência grave, 40-55 = dependência moderada, = ou >60 dependência leve e 100 = independente^{9,11}. Os resultados foram apresentados em números absolutos e frequências por meio de tabelas e figuras.

O Índice de Barthel era aplicado no momento da alta do CCI e durante a entrevista no domicílio, cujos resultados foram apresentados na Tabela 2.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e os dados foram coletados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3. RESULTADOS

Foram identificados 15 pacientes com diagnóstico de LM. Destes, quatro foram excluídos, sendo dois por recusa em participar, um por óbito e um por agudização da doença. Assim, a qualidade de vida e o nível de independência no pós-alta de 11 indivíduos com lesão medular atendidos em CCI foram avaliados.

A média de idade desses pacientes era 35,36 anos \pm (6,6) (média \pm desvio padrão da média). No que se refere ao tempo de internação no CCI 81,8% permaneceram internados por um período \geq 30 dias e 18,2% até 30 dias (Tabela 1).

A escala de *Ferrans and Powers Quality of Life Index* não é utilizada durante a internação em CCI. Desta forma, os resultados apresentados na Figura 1 referem-se à percepção de qualidade de vida dos indivíduos em pós alta por lesão medular. De maneira geral, os pacientes se declaram satisfeitos com relação aos 4 domínios, pois valores menores que 15 pontos indicam insatisfação.

Durante a avaliação domiciliar, todos os domínios relacionados à qualidade de vida foram considerados importantes para os pacientes pós lesão medular, conforme apresentado na Figura 2.

Os pacientes no momento da alta hospitalar apresentaram nível de independência, em ordem decrescente de pontuação, as respectivas atividades: alimentação, higiene pessoal e banho, vestir-se, intestino e transferência tiveram a mesma relevância, assim como bexiga e vaso sanitário e deambulação e degraus, dado este identificado também no domicílio do paciente.

4. DISCUSSÃO

O modelo de assistência prestado no programa CCI no Hospital São Julião teve como base aquele aplicado já há 25 anos na Europa. Desde o ano de 2013, o Hospital São Julião abriu as portas disponibilizando leitos para receber pacientes em situação de perda de autonomia temporária ou permanente e de diferentes tipos e níveis de dependência em uma visão biopsicossocial.

Um fenômeno social que atinge, principalmente, a parte psicológica de um indivíduo é quando o mesmo é acometido por um fator que o leva a uma deficiência. O desenvolvimento da autoestima da pessoa com deficiência dependerá de relações sociais, familiares, assim como

de condições adequadas, que devem ser favorecidas pela sociedade, buscando desenvolver para esses indivíduos a aceitação social, integração, independência e autonomia¹².

O Ministério da Saúde nos anos de 2008 e 2009 criou a estratégia de qualificar a gestão hospitalar, principalmente do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul. Essa estratégia tinha o objetivo de apoiar tecnicamente e de forma operacional os hospitais que atendem ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Aquele desenvolvia o modelo do Projeto de CCI enquanto a experiência do contrato de leito de retaguarda estava em curso no Mato Grosso do Sul, a partir da observação das projeções de população para os próximos anos e tendo o modelo Europeu como referência.

O Hospital São Julião, de acordo com a portaria Nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012, torna-se, então, um hospital de retaguarda e nos últimos anos, tem evoluído para um Hospital Geral. Não atende a urgências e emergências, tem expertise de mais de 70 anos na clínica médica e na cirurgia eletiva e dispõe de arquitetura que convida ao trabalho diferenciado, multidisciplinar e humanizado.

Na sequência dos fatos, em 2012, a Federação das Misericórdias, entidade sem fins lucrativos que promove ações para o desenvolvimento da assistência de qualidade à saúde da população, buscava alternativas para um novo papel dos Hospitais Filantrópicos. Assim, a Secretaria de Estado de Saúde, a partir do diagnóstico elaborado exclusivamente para identificar as regiões do Estado onde há demanda para os serviços propostos pelo CCI, indicou como prioridade o Hospital São Julião.

A partir do aceite da proposta feita pelo Governo do Estado, através da Secretaria Estadual de Saúde, com a anuência do Hospital São Julião, iniciou-se o processo de implantação do Projeto CCI no Mato Grosso do Sul, o qual visa à reabilitação de pacientes no âmbito biopsicossocial.

De novembro de 2013 a novembro de 2014, 181 pacientes com diferentes diagnósticos foram atendidos no CCI do Hospital São Julião. Os agravos provocados por causas externas de morbidade e mortalidade são responsáveis por expressiva parcela dos problemas de saúde. A lesão da medula espinhal é um dos mais graves acometimentos que pode afetar o ser humano e com enorme repercussão física, psíquica e social¹.

Com o aumento do número de agravos por causas externas no país, um centro de reabilitação, Rede Sarah, realizou uma pesquisa no ano de 2014 identificando que 22,3% das suas internações, envolvendo diversas afecções neurológicas, são por causas externas. Também denominada causas não naturais ou causas violentas, as causas externas englobam os acidentes e as violências. As lesões por causas externas, são didaticamente classificadas em mecanismo

de lesão e forças biomecânicas e estão associadas com o tipo, gravidade e evolução das lesões. A grande causa de LM no Brasil são decorrentes dos acidentes automobilísticos deixando o FAF em segundo lugar^{6,1}, sendo que na unidade CCI o FAF foi a principal causa de lesão medular (36,4%).

Neste trabalho, os dados encontrados demonstraram que 81,8% das pessoas com lesão medular eram do sexo masculino com predomínio (54,5%) de adultos jovens, com idade entre 18 e 28 anos. Esses resultados corroboram com alguns autores que também evidenciaram em seus estudos a maior frequência de homens adultos jovens entre aqueles acometidos por lesões medulares^{13,14}.

Indivíduos acometidos por LM normalmente necessitam interromper as atividades profissionais e entrar para o grupo do benefício social para ter alguma fonte de renda. O membro da família que era provedor pode se tornar um peso econômico para os familiares e para a sociedade^{12,13,14}. No presente estudo 45,4% dos entrevistados apresentaram uma renda igual ou superior a três salários mínimos e 36,4% até um salário mínimo.

Quanto à situação conjugal, mais da metade dos entrevistados não possui companheiro, como no estudo realizado em Natal e em São Paulo onde o predomínio dos entrevistados foi de solteiros¹⁵. Possíveis desequilíbrios de relacionamentos podem ocorrer decorrentes da lesão medular, como alterações na função sexual, por exemplo. Existem, ainda, casos em que alguns relacionamentos podem ser formados após a lesão. No entanto, para que isso aconteça, o indivíduo acometido deve estar estável, ou seja, com uma melhor autoimagem e autoestima^{16,14}.

No que tange ao tempo de internação no Brasil, especificamente o Mato Grosso do Sul representado pelo Hospital São Julião, o período de reabilitação motora intensiva e neuroestimulação pode variar de 30 a 60 dias, enquanto que em comparação ao paradigma Europeu não excedem 30 dias. Existem quatro diferentes modelos de internação nas unidades de reabilitação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) de Lisboa, sendo eles: Unidades de Convalescença, Unidades de Média Duração e Reabilitação, Unidades de Longa Duração e Manutenção e de Cuidados Paliativos. A tipologia que mais se aproxima da realidade do Brasil é o em formato de convalescença.

No presente estudo observamos que mais da metade dos pacientes estiveram internados em um período ≥ 30 dias não influenciando de forma significativa no grau de independência para realizar as AVD's.

Em 1982, a Doutora Carol Estwing Ferrans, pesquisadora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico da Escola de Enfermagem da Universidade de Chicago, elaborou, em conjunto com outros pesquisadores, um modelo conceitual de QV, com objetivo

de auxiliar a concepção de instrumento para avaliar esse conceito. Com isso, ela optou por uma abordagem em que os próprios sujeitos pudessem definir o que representa QV para eles¹⁷.

Segundo a Organização Mundial de Saúde^{18,20}, o conceito de Qualidade de Vida é subjetivo, levando o indivíduo a ter percepções em relação a sua posição na vida e está intimamente relacionado com a autoestima e o bem-estar pessoal, bem como aspectos como funcionalidade, nível socioeconômico, estado emocional, aporte social e familiar, autocuidado, cultura, ética e religião.

A lesão medular pode levar um indivíduo a desenvolver devastadoras complicações em relação a sua autonomia, influenciando muitas vezes de forma biopsicossocial¹.

Na avaliação da qualidade de vida, podemos observar que cada item de satisfação da Ferrans and Powers Quality of Life Index está relacionado com os itens de importância, com isso valores mais altos representam alta satisfação e alta importância e valores mais baixos estão relacionados com a baixa satisfação e a alta importância, portanto indivíduos que estão satisfeitos com áreas que acreditam ser importantes têm uma melhor qualidade de vida comparado com os que estão insatisfeitos dentro dos campos da vida que consideram importantes^{19,20}.

Por exemplo, o paciente 3 está pouco satisfeito com a sua QV referente aos quatro domínios da escala Ferrans and Powers Quality of Life Index, todavia acredita que para ter boa qualidade de vida todos os itens abordados nos quatro domínios sejam importantes assim como o paciente 6 acredita, com a diferença, no entanto, que este sente-se satisfeito.

Neste estudo não tivemos valores indicando insatisfação dos entrevistados, ou seja, abaixo de 15 pontos na escala Ferrans and Powers Quality of Life Index, quanto a sua qualidade de vida, e sim indivíduos satisfeitos que mesmo com limitações desfrutaram da vida, da família, do aporte financeiro e psicológico/espiritual, considerando ter uma boa qualidade de vida.

Os pacientes que tem alta do CCI apresentando dependências, têm a oportunidade de dar continuidade no tratamento através dos encaminhamentos que o programa faz para a rede de saúde, sendo os distritos de saúde a contra-referência. Sendo assim a assistência, de caráter individual, assim como as atividades de promoção e prevenção a saúde são ações que o Ministério da Saúde oferece para os seus usuários quando regressam ao domicílio²¹.

De maneira geral, os pacientes com LM estudados apresentaram média final de 47,3 pontos no IB no momento da alta, significando uma dependência moderada e 56,8 no domicílio, significando uma dependência leve para a realização das AVD's.

Para indivíduos que são acometidos por lesão medular a evolução das dependências, sendo moderada ou leve, para realizar suas AVD's é significativa, já que o indivíduo pode

conseguir sozinho ou com adaptações se alimentar, tomar banho, realizar a higiene pessoal, realizar transferências e ser muitas vezes independente na cadeira de rodas entre outras potencialidades e hábitos permitindo-lhe participar de forma ativa no ambiente onde vive agindo livremente e melhorando conseqüentemente sua qualidade de vida^{24,25}.

No presente estudo concluímos que apesar dos pacientes terem sido acometidos por LM e apresentarem uma dependência funcional ainda assim eles consideram ter uma boa qualidade de vida. O cuidado ao paciente com LM inclui um conjunto de ações, por isso, toda a equipe deve estar envolvida no processo desenvolvendo um trabalho multiprofissional e interdisciplinar. Com isso podemos perceber que essa nova modalidade de reabilitação realizada no CCI, oferece ao seu paciente essas ações em reabilitação através de treinamento e orientações levando o mesmo a uma readaptação social menos traumática perante suas limitações neurofuncionais e proporcionando conseqüentemente uma melhora na qualidade de vida.

5. REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à pessoa com Lesão Medular**, Brasília, 2012.
2. Masini, M. **Estimativa da incidência e prevalência de lesão medular no Brasil**. J Bras. Neurocirurg.; ano 12(2): p 97-100,2001.
3. Carter, RE. **Etiology of traumatic spinal cord injury: statistics of more than 1,100 cases**. Texas medicine; ano73(6), p 61-5, 1977.
4. Murta, SG, Guimarães, S.S. **Enfrentamento à lesão medular traumática**. Estudo Psicol.; ano 12(1), p 57-63, 2007.
5. Freitas, PEP. **Traumatismos raquimedulares agudos: estudo epidemiológico de cem casos consecutivos / Acutespinalcordinjuries: epidemiological study of 100 consecutive cases**. J. bras.neurocir; ano 2(1), p 1-10, jan.-mar, 1990.
6. Ministério da Saúde; Disponível em <<http://www.sarah.br/a-rede-sarah/nossa-equipe/2014>> Acesso em 13 de nov de 2014.
7. Greve, JMD. **Reabilitação na lesão da medula espinhal**. Rev Med; ano78: p 276-286, 1999.
8. Kimura, M, Silva, JV. **Índice de Qualidade de Vidade Ferrans e Powers**. ver. Esc.Enferm USP; ano 43, p 1098-104, 2009.
9. Ruzafa , J C, Moreno, JD. **Valoración de la discapacidad física: el Índice de Barthel**. Revista Española de Salud Pública, Madri, v. 71, n. 2, p. 127-137, 1997. Disponível em<<http://www.scielosp.org/pdf/resp/v71n2/barthel.pdf>> Acesso em: 22/11/15
10. Paula, JAM. **Mobilidade do idoso: proposta para uma avaliação inicial**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas. 1999.
11. Paz, LM et al. **Accionar de enfermería y aplicación del Índice de Barthel a pacientes lesionados medulares en la clínica raquimedular del CIREN**. Medwave, La Habana, v. 5, n. 10, 2005. Disponível em<<http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/2005/noviembre/2786>> Acesso em: 22/11/15.
12. Rodrigues, G, Winck, JC, Silveira, F, Almeida, J. **Avaliação sociológica de doentes com esclerose lateral amiotrófica**. Revista Portuguesa de Pneumologia. v. 8, n. 6, p. 645-653, 2002.
13. Maia, ACB. **A importância das relações familiares para a sexualidade e autoestima de pessoa com deficiência física. Artigo de revisão de literatura**. 2009. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/ar-tigos/textos/A0515.pdf>>. Acesso em 10 de nov de 2014.

14. Brito, LMO et al. **Avaliação epidemiológica dos pacientes vítimas de traumatismo raquimedular.** Rev Col Bras Cir. 2011;38(5):304-9.
15. Venturini, D A, Decésaro, MN, Marcon, SS. **Alterações e expectativas vivenciadas pelos indivíduos com lesão raquimedular e suas famílias.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 589-596, 2007. Disponível em<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/07.pdf>> Acesso em: 22/11/15
16. Santiago, LMM, Barbosa, LCS, Guerra, ROG, Melo, FRLV. **Aspectos sociodemográficos e clínicos de homens com lesão medular traumática em um centro urbano do nordeste brasileiro.** Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde, v.37, n. 3, p. 137-142, Set/Dez 2012.
17. Blanes, L, Lourenco, L, Carmagnani, MIS, Ferreira, LM. **Clinical and socio-demographic characteristics of persons with traumatic paraplegia living in São Paulo, Brazil.** Arq Neuropsiquiatr. 2009; 67(2b):388-90.
18. Cavalcante, KMH, Carvalho, ZMF, Barbosa, IV, Rolim, GA. **Vivência da sexualidade por pessoas com lesão medular.** Rev RENE. 2008;9(1):27-35
19. Oliveira, AS. **Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers – versão feridas: Estudo de Responsividade.** Universidade de São Paulo Escola de Enfermagem, 2012.
20. Ministério da Saúde. **Organização Mundial De Saúde. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization.** Social scienceand medicine. v.41, n.10, p.403-409, 1995.
21. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, **PORTARIA Nº 2.669, de 3 de novembro de 2009.** Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2669_03_11_2009.html> Acesso em 18 de nov de 2014.
22. Ferrans, C, Powers, M. **Psychometric assessment of the Quality of Life Index.** Res Nurs Health. 1992;15(1):29-38.
23. Ferrans, CE. **Development of a conceptual model of quality of life.** Schol Inquiry Nurs Pract. 1996;10(3):293-304.
24. Marchesan, M, Krug, RR, Krug, MR, Moreira, PR. **Influência das atividades da vida diária sobre a qualidade de vida de pacientes em hemodiálise.** Revista Digital, Buenos Aires, v. 13, n. 126, 2008. Disponível em<<http://www.efdeportes.com/efd126/qualidade-de-vida-de-pacientes-em-hemodialise.htm>> Acesso em: 22/11/15.
25. Silva, RA. **Condições de Funcionalidade de Pessoas com Lesão Medular Fundamentadas No Índice De Barthel: Proposta De Intervenção De Enfermagem.** Dissertação de Mestrado,2011.

Quadro 1 - Itens e domínios do Ferrans e Powers Quality of Life Index – versão genérica III.

Domínio 1 Saúde e Funcionament o (13 itens)	Domínio 2 Socioeconômico (8 itens)	Domínio 3 Psicológico/ espiritual (7 itens)	Domínio 4 Família (5 itens)
1. saúde 2. assistência à saúde 3. dor 4. energia (fadiga) 5. independência física 6. controle sobre a própria vida 7. vida longa 11. vida sexual 16. responsabilidades familiares 17. ser útil às pessoas 18. preocupações 25. atividades de lazer 26. possibilidade de futuro feliz	13. amigos 15. suporte das pessoas 19. vizinhança 20. lugar de moradia 21/22. Trabalho/ Não ter trabalho 23. escolaridade 24. necessidades financeiras	27. paz de espírito 28. fé em Deus 29. objetivos pessoais 30. felicidade 31. satisfação com a vida 32. aparência pessoal 33. consigo próprio (self)	8. saúde da família 9. filhos 10. felicidade da família 12. cônjuge 14. Suporte familiar

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos pacientes com lesão medular atendidos em CCI, novembro de 2013 a novembro de 2014.

Variáveis	Indivíduos	
	N	%
Sexo		
Masculino	9	81,8
Feminino	2	18,2
Idade		
18 a 28	6	54,5
28 a 38	1	9,1
38 a 48	1	9,1
≥ 50	3	27,3
Número de filhos		
0	5	45,4
1 a 2	3	27,3
3 a 6	3	27,3
Situação Conjugal		
Com companheiro	5	45,4
Sem companheiro	6	54,5
Escolaridade		
Fundamental Incompleto	2	18,2
Fundamental Completo	1	9,1
Ensino Médio Incompleto	3	27,3
Ensino Médio Completo	2	18,2
Ensino Superior Incompleto	1	9,1
Ensino Superior Completo	2	18,2
Renda Familiar		
Até 1 salário mínimo	4	36,4
Até 2 salários mínimos	2	18,2
≥ 3 salários mínimos	5	45,4
Número de pessoas que dependem desta renda		
3	1	9,1
4	6	54,5
≥ 5	4	36,4
Pratica atividade física		
Sim	6	54,5
Não	5	45,4
Tempo de Internação no CCI do Hospital São Julião		
Até 30 dias	9	81,8
≥ 30 dias	2	18,2
Causas da lesão		
FAF	4	36,3
Ferimento por arma branca	1	9,1
Acidente automobilístico	2	18,2
Quedas	2	18,2
Não traumática	2	18,2

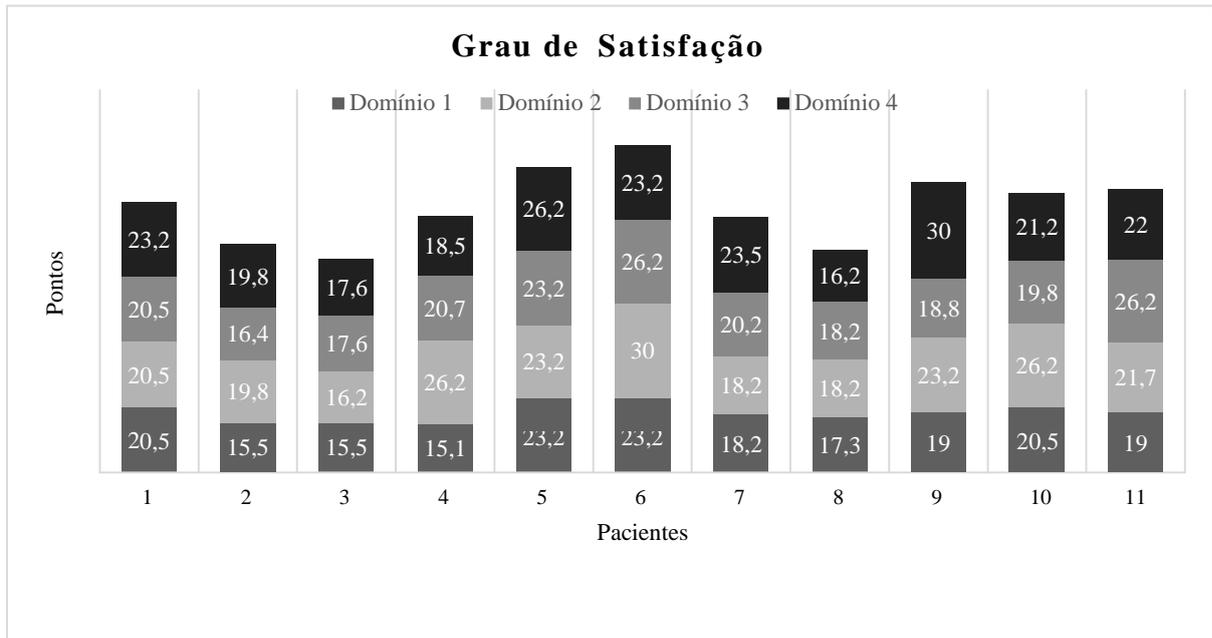


Figura 1 – Gráfico do Grau de Satisfação dos pacientes com lesão medular atendidos em CCI entre novembro de 2013 e novembro de 2014, segundo a escala de Ferrans and Powers Quality of Life Index.

Domínio 1; Saúde e Funcionamento (13 itens)

Domínio 2; Socioeconômico (8 itens)

Domínio 3; Psicológico/espiritual (7 itens)

Domínio 4; Família (5 itens)

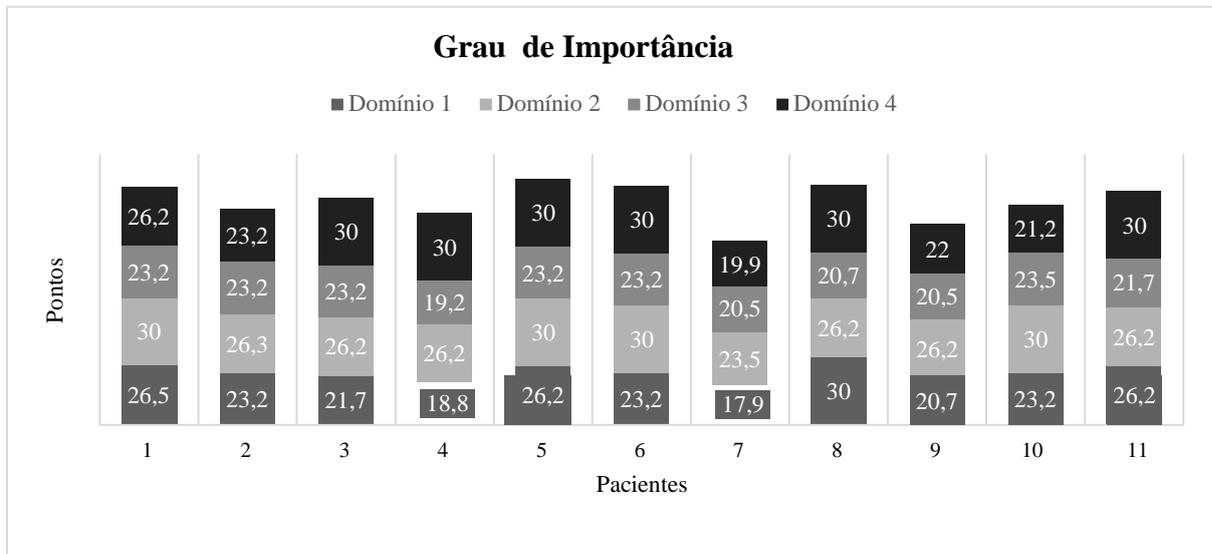


Figura 2 – Gráfico do Grau de Importância dos pacientes com lesão medular atendidos em CCI entre novembro de 2013 e novembro de 2014, segundo a escala de Ferrans and Powers Quality of Life Index.

Domínio 1; Saúde e Funcionamento (13 itens)

Domínio 2; Socioeconômico (8 itens)

Domínio 3; Psicológico/espiritual (7 itens)

Domínio 4; Família (5 itens)

Tabela 2 - Avaliação da independência funcional dos pacientes com lesão medular atendidos em CCI, entre novembro de 2013 e novembro de 2014, segundo o Índice de Barthel.

Variáveis	Alta N (%)	Domicílio N (%)
Alimentação		
Independente	9 (81,8)	10 (90,9)
Necessita de ajuda	2 (18,2)	-
Dependente	-	1 (9,1)
Banho		
Independente	4 (36,3)	8 (72,7)
Dependente	7 (63,7)	3 (27,3)
Vestir-se		
Independente	3 (27,3)	5 (45,5)
Necessita de ajuda	8 (72,7)	6 (54,5)
Dependente	-	-
Higiene pessoal		
Independente	8 (72,7)	8 (72,7)
Dependente	3 (27,3)	3 (27,3)
Intestino		
Continente	3 (27,3)	4 (36,3)
Acidente ocasional	2 (18,2)	2 (18,2)
Incontinente	6 (54,5)	5 (45,5)
Bexiga		
Continente	2 (18,2)	4 (36,3)
Acidente ocasional	2 (18,2)	2 (18,2)
Incontinente	7 (63,7)	5 (45,5)
Uso do vaso sanitário		
Independente	2 (18,2)	5 (45,5)
Precisa de ajuda	8 (72,7)	2 (18,2)
Dependente	1 (9,1)	4 (36,3)
Transferência		
Independente	3 (27,3)	5 (45,4)
Mínima ajuda	5 (45,4)	3 (27,3)
Grande ajuda	-	2 (18,2)
Dependente	3 (27,3)	1 (9,1)
Deambulação		
Independente	1 (9,1)	2 (18,2)
Necessita de ajuda	1 (9,1)	1 (9,1)
Independente em cadeira de rodas	4 (36,3)	5 (45,4)
Dependente	5 (45,5)	3 (27,3)
Degraus		
Independente	1 (9,1)	2 (18,2)
Necessita de ajuda	2 (18,2)	1 (9,1)
Dependente	8 (72,7)	8 (72,7)



Termo de Autorização para Publicação na Biblioteca Digital de Monografia – BDM (Especialização – Lato Sensu) da UFMS

1. Identificação do material bibliográfico: Monografia Dissertação

2. Identificação do documento/autor

Programa de pós-graduação: Residência Multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados

Área de concentração (Tabela CNPQ): _____

Palavra - chave: _____

Título: Qualidade de vida e grau de independência dos pacientes com lesão medular no Pêssito em Cuidados Continuados Integrados

Autor: Wandriane de Vargas

e-mail: wandriane.vargas@gmail.com RG: 1186156-55P/MS CPF: 025 009 471-14

Orientador: Vanessa T. Guilbert de Matos CPF: 84 6904701-97

Co-orientador: Edisonia Amadeu Pinheiro CPF: 986244901-20

Número de páginas: 19 Data de defesa: 04/12/15 Data de entrega do arquivo à secretaria: / /

3. Informações de acesso ao documento

Total parcial Em caso de publicação parcial, assinale as permissões:

Sumário

Capítulos, Especifique: _____

Bibliografia

Outras restrições: _____

Por quanto tempo? 1 ano _____ anos sempre

Na qualidade de titular dos direitos de autor da publicação, de acordo com a Lei nº 9610/98, autorizo à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS, a disponibilizar gratuitamente, sem ressarcimento dos direitos autorais, conforme permissão assinadas, do documento, em meio eletrônico, na Rede Mundial de Computadores, no formato especificado, para fins de leitura, impressão e/ou pela Internet, a título de divulgação da produção científica gerada pela Universidade, a partir desta data.

Wandriane de Vargas
Assinatura do autor

Vanessa Matos
Assinatura do orientador

Data: 30 / janeiro / 2016

Data: 01 / fevereiro / 2016

Havendo concordância com a publicação eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da Monografia ou Dissertação **desprotegido**.