

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

**Perfil sociodemográfico e condições de saúde de adultos
com lesão medular**

Alexsandro Silva Coura

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Profa. Dra. Inacia Sátiro Xavier de França

CAMPINA GRANDE

2010

Perfil sociodemográfico e condições de saúde de adultos com lesão medular

Alexsandro Silva Coura

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Profa. Dra. Inacia Sátiro Xavier de França

CAMPINA GRANDE

2010

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

C858p

Coura, Alexsandro Silva.

Perfil sociodemográfico e condições de saúde de adultos com lesão medular [manuscrito] / Alexsandro Silva Coura. – 2010.

111 f. : il. color.

Digitado

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2010.

“Orientação: Prof^a Dr^a Inacia Sátiro Xavier de França, Departamento de Enfermagem”.

1. Medula espinhal. 2. Qualidade de vida. 3. Saúde.
I. Título.

21. ed. CDD 617.482

FOLHA DE APROVAÇÃO

Alexsandro Silva Coura

Título: Perfil sociodemográfico e condições de saúde de adultos com lesão medular

Orientador(a): Profa. Dra. Inacia Sátiro Xavier de França

Dissertação inserida na Linha de Pesquisa Avaliação de programas e serviços de atenção à saúde da área de concentração Saúde Pública, apresentada à Banca Examinadora da Dissertação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, nível mestrado, em cumprimento às exigências para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Aprovada em: 03/12/2010.

Banca Examinadora

Assinatura:



Prof. (a) Dr.(a): Inacia Sátiro Xavier de França (Orientadora)

Instituição: Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Assinatura:



Prof. (a) Dr.(a): Lorita Matlena Freitag Pagliuca

Instituição: Universidade Federal do Ceará (UFC)

Assinatura:



Prof. (a) Dr.(a): Carla Campos Muniz Medeiros

Instituição: Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Dedico este estudo a Deus que me proporcionou vida, saúde e sabedoria para desenvolver as atividades propostas, e a minha família, que esteve ao meu lado nos momentos mais difíceis.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me proporcionado a sabedoria necessária para chegar até aqui e produzir o presente construto.

À minha família, por ter me proporcionado alegria e tranquilidade e me amparado nos momentos de dificuldade.

À minha mãe, por ter me incentivado e lutado contra as adversidades para me proporcionar boas oportunidades no âmbito dos estudos e por ser um exemplo de simplicidade, honestidade e amor na minha vida.

A Júnior, meu querido irmão que sempre trouxe sua palavra de conforto e esteve ao meu lado em momentos de diversão e tristeza.

A meus amigos, Wellinsílvio, Kamille, Rafaella, Andressa, Cibely e Ana Paula, os quais, sempre me apoiaram nessa longa caminhada e fizeram a diferença nos momentos certos.

À Profa. Dra. Inacia Sátiro Xavier de França, que antes de orientadora foi minha amiga, tornando nossa parceria prazerosa em vários trabalhos realizados. Obrigado, Inacia, por ter me guiado sem medir esforços para que esse estudo fosse construído.

Às Profas. Dras. Lorita Marlena Freitag Pagliuca, Carla Campos Muniz Medeiros, Cristiana Brasil de Almeida Rebouças e Gabriela Maria Cavalcanti Costa por terem aceito o convite para participar da banca e contribuírem com a qualificação do construto.

Aos demais professores, pelos ensinamentos acadêmicos e de vida transmitidos com tanta maestria.

Aos colegas de curso, pelo companheirismo e vivência de momentos alegres e marcantes.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (UEPB), pela oportunidade de fazer parte desse grupo.

Ao Grupo de Estudos e Pesquisas em Atenção em Saúde Coletiva (GEPASC), por ter sido uma grande escola na minha vida acadêmica.

Aos participantes do estudo, por aceitarem participar das atividades propostas pela pesquisa, doando um pouco do seu tempo para nos receber em seus lares.

Aos profissionais das Unidades Básicas de Saúde, por colaborarem com a coleta dos dados e pela excelente receptividade.

À CAPES e ao CNPQ, pelo fomento à pesquisa e apoio financeiro.

A todos, meu eterno agradecimento!

“Está, então, implícito, que não é para o diferente que se deve olhar em busca da compreensão da diferença, mas sim para o comum.”

Erving Goffman

RESUMO

COURA, Alexsandro Silva. **PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CONDIÇÕES DE SAÚDE DE ADULTOS COM LESÃO MEDULAR**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2010.

Objetivou-se identificar as condições de saúde e os fatores sociodemográficos associados com a prevalência de incapacidade funcional para as Atividades Vida Diária (AVD's) em pessoas com lesão medular (LM) residentes na área urbana da Microrregião do Agreste da Borborema (MAB). Estudo transversal, censitário e quantitativo. Participaram 75 adultos com LM, cadastrados nas UBSF dos municípios que compõem a MAB. Foram utilizados três instrumentos: o Questionário I (dados dos municípios), o Questionário II (dados sociodemográficos e condições de saúde dos participantes) e o Questionário III, denominado Índice de Barthel (IB). Verificou-se a pressão arterial (PA elevada aquela diastólica ≥ 90 mmHg e/ou PA sistólica ≥ 140 mmHg), a glicemia capilar de jejum (alterada os valores ≥ 100 mg/dL) e circunferência abdominal (alterada os valores ≥ 94 cm para homens e ≥ 80 cm para mulheres). O IB possibilitou avaliar a capacidade funcional dos participantes para às AVD's. Este índice contém dez itens de mobilidade que constituem as AVD's. Cada item contém perguntas que recebem pontuação 0, 5, 10 ou 15. O resultado global varia de 0 a 100 pontos. A pontuação igual a 100 significa total independência; 60 - 95 indica leve dependência; 40 - 55 indica moderada dependência; 20 - 35 indica grave dependência; e < 20 indica total dependência e elevado risco de morte. Respeitou-se a Resolução 196/96. Os dados foram tratados com a estatística descritiva e inferencial e apresentados em tabelas e gráficos utilizando-se o programa SPSS 15.0. Calculou-se razões de prevalência, qui-quadrado e teste de Fisher. Os resultados apontaram: a maioria dos participantes são homens (81,3%), sofreram o acidente entre 8 - 33 anos (50,7%), concluíram o ensino fundamental (56%), são não-brancos (53,3%), possuem renda de um a dois salários mínimos (70,7%) e sofreram a LM por queda (33,3) ou arma de fogo (29,3%). Verificou-se ainda: Alfa de Cronbach total = 0,807 para o Índice de Barthel; nível de incapacidade funcional leve para a população; PA sistólica com média de 128,13 ($\pm 17,66$; $x_{\min} = 95$, $x_{\max} = 190$), PA diastólica com média 83,80 ($\pm 12,70$; $x_{\min} = 60$, $x_{\max} = 120$); glicemia capilar de jejum com média de 85,85 ($\pm 12,70$; $x_{\min} = 57$, $x_{\max} = 113$); circunferência abdominal com média de 91,36 ($\pm 15,03$; $x_{\min} = 65$, $x_{\max} = 70$) para os homens e média de 94,21 ($\pm 13,15$; $x_{\min} = 70$, $x_{\max} = 113$) para mulheres; Não foi verificada associação entre as variáveis sociodemográficas/condições de saúde e a capacidade funcional, porém observou-se uma prevalência maior de independência entre os sujeitos que tinham credo religioso e CA normal. Constata-se que a maioria são homens, jovens, de baixa renda e vítimas de arma de fogo, conduzindo à inferência de que esses indivíduos estão mais expostos à violência urbana. Confirmou-se a hipótese de que as condições de saúde das pessoas com LM são ruins. Sugere-se que as UBSF planejem e otimizem ações voltadas para as pessoas com LM, que os familiares e cuidadores auxiliem o deficiente com incentivos à reabilitação, bem como realizem um trabalho junto a comunidade em busca de mudanças atitudinais em detrimento ao preconceito e a exclusão social.

Descritores: Pessoas com Deficiência; Traumatismos da Medula Espinhal; Fatores Socioeconômicos; Nível de Saúde; Epidemiologia.

ABSTRACT

COURA, Alessandro Silva. **SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE AND HEALTH CONDITIONS OF ADULTS WITH SPINAL CORD**. Paper (Master in Public Health) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2010.

The objective was to identify the health conditions and the sociodemographic factors associated to prevalence of functional inability to Activities of Daily Life (ADL's) of people with spinal cord injury which live in urban area Agreste of Borborema. Cross-sectional census-like quantitative study. 75 adults with spinal cord injury and registered in Basic Unity of Family Health from the cities which compose Agreste of Borborema, participated. Three instruments were used: the questionnaire I (data from city), the questionnaire II (sociodemographic data and health conditions of participants) and the questionnaire III, called Barthel Index (BI). Blood pressure was verified (high BP; diastolic ≥ 90 mmHg and/or systolic ≥ 140 mmHg), as well as the Fasting Capillary Glycemia (altered values ≥ 100 mg/dL) and abdominal circumference - AC (altered values ≥ 94 cm for men and ≥ 80 cm for woman). The BI enabled us to evaluate the functional capacity of participants to ADL's. This index contains ten items of mobility which constitute ADL's. Each item contains questions that receive punctuation 0, 5, 10 or 15. The global result varies from 0 to 100 points. Punctuation equal to 100 means total independency; 60 – 95 indicates dependence; 40 – 55 indicates moderate dependence; 20 – 35 indicates serious dependence; and < 20 indicates total dependence and high risk of death. The Resolution 196/96 was respected. Data were treated with descriptive and inferential statistical and were presented on tables and graphs using the program SPSS 15.0. Ratio of prevalence, chi-square and Fisher test were calculated. The results pointed: the majority of participants are men (81,3%), suffered the accident between 8 – 33 years old (50,7%), concluded basic education (56%), are non-white (53,3%), have income from one to two minimum wages (70,7%) and suffered the spinal cord injury by falling (33,3%) or by firearm (29,3%). It was also verified: total Cronbach's Alfa = 0,807 to Barthel Index; level of functional disability low to the population; systolic blood pressure on average of 128,13 ($\pm 17,66$; $x_{min} = 95$, $x_{max} = 190$), diastolic blood pressure on average of 83,80 ($\pm 12,70$; $x_{min} = 60$, $x_{max} = 120$); fasting capillary glycemia on average of 85,85 ($\pm 12,70$; $x_{min} = 57$, $x_{max} = 113$); abdominal circumference on average of 91,36 ($\pm 15,03$; $x_{min} = 65$, $x_{max} = 70$) to men and average of 94,21 ($\pm 13,15$; $x_{min} = 70$, $x_{max} = 113$) to women. No association was found between sociodemographic/health conditions variables and functional capacity, but there was a higher prevalence of independence among the subjects who had religious beliefs and normal AC. It is evidenced that most of them are men, young, have low income and are victims of firearms, leading to inference that those people are more exposed to urban violence. It was confirmed the hypothesis that health conditions of people with spinal cord injury are bad. It is suggested that the Basic Unit of Family Health plan and optimize actions directed to people with spinal cord injury, that the relatives and caregivers help the deficient with incentives to rehabilitation, as well as to make a work with the community searching attitude changes over the prejudice and social exclusion.

Descriptors: Disabled Persons; Spinal Cord Injuries; Socioeconomic Factors; Health Status; Epidemiology.

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

| | | |
|----------|---|----|
| Tabela 1 | Características sociodemográficas e da atenção básica do municípios da Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010 | 38 |
| Tabela 2 | Distribuição das pessoas com lesão medular por município. Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010 | 39 |
| Tabela 3 | Perfil sociodemográfico dos adultos com lesão medular. Campina Grande-PB, Brasil, 2009 - 2010 | 40 |
| Tabela 4 | Faixa etária das pessoas com lesão medular no momento atual e na época do agravo. Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010 | 42 |
| Tabela 5 | Medidas de tendência central e de dispersão das idades das pessoas com lesão medular e do tempo de lesão. Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010 | 43 |
| Tabela 6 | Distribuição dos participantes com relação a etiologia da lesão medular. Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010 | 44 |
| Tabela 7 | Capacidade de realização para atividades da vida diária pelas pessoas com lesão medular. Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010 | 45 |
| Tabela 8 | Questionário Índice de Barthel testado com o Alfa de Cronbach total, Correlação total de itens corrigidos e Alfa com item deletado | 46 |
| Tabela 9 | Prevalência de incapacidade funcional nas pessoas com lesão medular conforme o sexo. Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010..... | 47 |

| | | |
|-----------|--|----|
| Tabela 10 | Atividades realizadas pelas pessoas com lesão medular no tempo livre. Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010 | 49 |
| Tabela 11 | Relações de assistência entre família e pessoas com lesão medular. Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010 | 51 |
| Tabela 12 | Frequências dos bens de consumo duráveis. Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010 | 52 |
| Tabela 13 | Valores da pressão arterial, glicemia capilar de jejum e da circunferência abdominal entre as pessoas com lesão medular. Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010 | 53 |
| Tabela 14 | Doenças e/ou condições auto-referidas pelas pessoas com lesão medular Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010 | 54 |
| Tabela 15 | Frequência da utilização e necessidade de troca de órteses pelas pessoas com lesão medular. Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010 . | 55 |
| Tabela 16 | Associações não ajustadas entre os fatores sociodemográficos e a capacidade funcional das pessoas com lesão medular. Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010 | 57 |
| Tabela 17 | Associações não ajustadas entre as condições de saúde e a capacidade funcional das pessoas com lesão medular. Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010 | 58 |
| Gráfico 1 | Distribuição das pessoas com lesão medular segundo o grau de dependência pelo Índice de Barthel. Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010 | 49 |

| | | |
|-----------|--|----|
| Gráfico 2 | Distribuição das pessoas com lesão medular segundo a HAS auto-referida e os níveis pressóricos alterados. Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010..... | 55 |
|-----------|--|----|

LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS

| | | |
|------------|---|-----|
| Apêndice A | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 96 |
| Apêndice B | Termo de Compromisso do Pesquisador | 97 |
| Apêndice C | Questionário I | 98 |
| Apêndice D | Questionário II | 99 |
| Anexo A | Questionário III - Índice de Barthel | 108 |
| Anexo B | Comprovante de submissão de artigo | 110 |
| Anexo C | Comprovante de Autorização do Comitê de Ética | 111 |

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AVD's - Atividades da vida diária

CA - Circunferência abdominal

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

GCJ - Glicemia Capilar de Jejum

GEPASC - Grupo de Estudos e Pesquisas em Atenção em Saúde Coletiva

IB - Índice de Barthel

LM - Lesão medular

MAB - Microrregião do Agreste da Borborema

MCT - Ministério da Ciência e Tecnologia

PA - Pressão arterial

PAF - Penetração por projétil de arma de fogo

PIB - Produto Interno Bruto

PSF - Programa Saúde da Família

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBSF - Unidade Básica de Saúde da Família

SUMÁRIO

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 17 |
| 2 | OBJETIVOS | 20 |
| 3.1 | Objetivo Geral..... | 21 |
| 3.2 | Objetivos Específicos..... | 21 |
| 3.3 | HIPÓTESES | 22 |
| 4 | REFERENCIAL TEÓRICO | 23 |
| 4.1 | Deficiência..... | 24 |
| 4.2 | Lesão Medular..... | 26 |
| 4.3 | Dados epidemiológicos..... | 29 |
| 5 | MATERIAL E MÉTODOS | 31 |
| 5.1 | Tipo do estudo, local da pesquisa e período de realização | 32 |
| 5.2 | População e amostra..... | 32 |
| 5.3 | Critérios de elegibilidade..... | 33 |
| 5.4 | Procedimentos para a coleta de dados..... | 33 |
| 5.5 | Processamento e análise dos dados..... | 35 |
| 5.6 | Aspectos éticos da pesquisa..... | 35 |
| 6 | RESULTADOS | 37 |
| 6.1 | Características sociodemográficas e da atenção básica dos municípios da Microrregião do Agreste da Borborema..... | 38 |
| 6.2 | Distribuição das pessoas com lesão medular por município..... | 39 |
| 6.3 | Perfil sociodemográfico..... | 40 |
| 6.3.1 | Faixa etária..... | 42 |

| | | |
|-----------|---|----|
| 6.4 | Condições de saúde..... | 43 |
| 6.4.1 | Etiologia da lesão medular..... | 44 |
| 6.4.2 | Atividades da vida diária..... | 44 |
| 6.4.2.1 | Avaliação das atividades da vida diária com o Índice de Barthel..... | 45 |
| 6.4.2.1.1 | Teste de fidedignidade do Índice de Barthel..... | 46 |
| 6.4.2.1.2 | Verificação de prevalências das atividades da vida diária..... | 47 |
| 6.4.3 | Aspectos sociais..... | 50 |
| 6.4.4 | Aspectos econômicos..... | 51 |
| 6.4.5 | Aspectos físicos..... | 52 |
| 6.5 | Relação entre variáveis sociodemográficas e capacidade funcional para as Atividades Básicas da Vida Diária..... | 56 |
| 6.6 | Relação entre condições de saúde e incapacidade funcional para as Atividades Básicas da Vida Diária..... | 58 |
| 6.7 | Artigo..... | 61 |
| 7 | DISCUSSÃO | 76 |
| 7.1 | Condições sociodemográficas..... | 77 |
| 7.2 | Condições de saúde..... | 79 |
| 8 | CONCLUSÃO | 85 |
| | REFERÊNCIAS | 87 |
| | APÊNDICES | 95 |
| | ANEXOS | |



INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O número crescente de acidentes com veículos automotores associado ao aumento da violência tem elevado a incidência de traumas, incluindo a Lesão Medular (LM), constituindo-se em um problema de saúde pública⁽¹⁾.

A pessoa que sofre LM, possivelmente, irá apresentar deficiências como as disfunções físicas e sensoriais. Além dessas, várias são as sequelas da lesão: atrofia músculo-esquelética, mudanças metabólicas, hormonais e neuromusculares, redução da capacidade respiratória, circulação sanguínea e das dimensões de estruturas cardíacas, que juntamente com o sedentarismo podem conduzir a doenças cardiovasculares e respiratórias. Estas alterações limitam as respostas fisiológicas à atividade motora, podendo ocorrer a instalação da fadiga⁽²⁾.

As pessoas com LM enfrentam dificuldades sociais devido às barreiras atitudinais e arquitetônicas e, ainda, obstáculos para obter instrução, qualificação profissional e inserção no mercado de trabalho⁽³⁾. Assim, a maioria vive em situação de pobreza e desigualdade social e com precário acesso aos serviços de saúde, fatores esses que repercutem na sua qualidade de vida (QV)⁽⁴⁾.

Exige-se das pessoas com LM o desenvolvimento de um conjunto de habilidades para enfrentar as repercussões desse agravo sobre as relações familiares, afetivas, sociais e ocupacionais⁽⁵⁾.

O Ministério da Saúde reconhece que é difícil dimensionar a problemática da deficiência no Brasil devido a escassez de dados atualizados acerca da realidade do país nessa área. Na esfera municipal não há registro de estudos oficiais sobre o número de pessoas com deficiência, pois, faltam informações sobre quem são estas pessoas e qual é o contexto sociocultural em que estão inseridas⁽⁶⁾.

Na tentativa de atender as demandas das pessoas com deficiência, o Estado sancionou a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência⁽⁷⁾ e a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência⁽⁶⁾ que, dentre outras diretrizes, recomendam: assistência integral à saúde, promoção da qualidade de vida, organização do funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência e capacitação dos recursos humanos da área.

No que tange os aspectos sociodemográficos, as pessoas com deficiência encontram dificuldade para assegurar o seu desenvolvimento humano, pois, os parâmetros econômicos de justiça social, a exemplo do Coeficiente de Gine, apontam que apenas 10% da população brasileira concentra índices significativos de renda per capita. Assim, apesar das pessoas com deficiência já terem conquistado a legislação específica que lhes assegura direitos de cidadania, elas enfrentam condições sociais que lhes dificultam a superação da pobreza, em decorrência de fatores limitantes no campo da saúde, da educação e do trabalho⁽⁴⁾.

Pretende-se, com esse estudo, buscar respostas para as seguintes indagações: Quais as condições de saúde das pessoas com LM que residem na área urbana da Microrregião do Agreste da Borborema? Qual a prevalência de incapacidade funcional nesses indivíduos para as Atividades da Vida Diária (AVD's)? Existem associações entre os fatores sociodemográficos/condições de saúde e a capacidade funcional? A expectativa é a de que os resultados possam contribuir para o planejamento e gestão em saúde e maior efetividade da política de saúde destinada a esses indivíduos.

Ao considerar que, no Brasil, ainda é ínfima a quantidade de pesquisas sobre o número de pessoas com deficiência, quem são estas pessoas, que tipo de deficiência apresentam e qual é o contexto sociocultural em que estão inseridas, entende-se que essas lacunas são argumentos para justificar a pertinência deste projeto. A investigação será útil devido o seu potencial para melhorar a qualidade da assistência de pessoas com problema motor. Os seus resultados poderão subsidiar a formação de recursos humanos para a área de reabilitação motora, servir de referência para pesquisas futuras visando ampliar o conhecimento nesse campo, bem como para o desenvolvimento de políticas públicas.



OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar os fatores sociodemográficos, as condições de saúde e a prevalência de incapacidade funcional para as AVD's em pessoas com lesão medular residentes na área urbana da Microrregião do Agreste da Borborema.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar os aspectos sociodemográficos e as condições de saúde das pessoas com LM;
- Identificar a prevalência de incapacidade funcional dos sujeitos para as AVD's;
- Verificar as razões de prevalência e associações entre aspectos sociodemográficos/condições de saúde e incapacidade funcional para as AVD's.

3 HIPÓTESES

- As pessoas com lesão medular residentes na zona urbana da MAB são, na maioria, homens, jovens, com baixa renda e baixa escolaridade;
- As condições de saúde dessas pessoas são ruins;
- É elevada a prevalência de incapacidade funcional desses indivíduos para as AVD's;
- Existe associação entre aspectos sociodemográficos/condições de saúde e incapacidade funcional para as AVD's.



REFERENCIAL TEÓRICO

4 REFERENCIAL TEÓRICO

A seguir serão abordados alguns itens que possibilitam embasamento teórico para o desenvolvimento da pesquisa. São eles: deficiência, lesão medular e dados epidemiológicos.

4.1 DEFICIÊNCIA

Ao longo do tempo, os conceitos relacionados com as pessoas com deficiência foram sendo moldados de acordo com as práticas da sociedade e a própria evolução do segmento de tais indivíduos, sendo a década de 1960 determinante para a formulação da definição de deficiência. Nesse período, a concepção era pautada na existência de relação entre as limitações das pessoas com deficiência, o meio ambiente e as atitudes da população no tocante a tal assunto⁽⁸⁾.

Em seguida, dois fatos históricos importantes para a questão da deficiência foram: A fixação de 1981 como Ano Internacional da Pessoa Deficiente, por parte da Organização das Nações Unidas (ONU), bem como a aprovação na assembléia geral da ONU, do Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiências por meio da Resolução n.º 37/52. Tal documento ressalta vários direitos das pessoas com deficiência tais como: oportunidades idênticas a sociedade plural, saúde, educação, emprego e renda⁽⁹⁾.

Em 2001, foi criada a CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão). No tocante a deficiência foi criada a CIDID (Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens)⁽¹⁰⁾. A CIDID, elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1989, conceitua deficiência como a perda ou a anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que tanto pode ser uma perda temporária como permanente. A limitação é definida como a incapacidade do indivíduo para a realização de determinada função ou atividade, devido a uma deficiência de um órgão ou sistema, gerando a necessidade da pessoa precisar da ajuda

de cuidadores ou de apoio técnico para desenvolver as atividades da vida diária⁽¹¹⁾. Esse documento foi re-editado em 1997 com a denominação Classificação Internacional das Deficiências - Atividades e Participação: um manual da dimensão das incapacidades e da saúde (CIDDM-2), enfatizando o apoio, os contextos ambientais e as potencialidades, ao invés da valorização das incapacidades e das limitações das pessoas com deficiência.

Na atualidade, é considerada pessoa com deficiência, a que se enquadra como deficiente física, auditiva, visual, mental ou com múltiplas deficiências⁽⁷⁾.

Entretanto, deve-se compreender as deficiências não apenas como uma consequência de uma doença e sim considerar a determinação do meio ambiente, da sociedade, da cultura e da legislação. Deve-se portanto, considerar a deficiência inserida como mais um item que compõe a saúde e a qualidade de vida das pessoas⁽¹²⁾. A qualidade de vida é definida por Minayo et al.⁽¹³⁾ como uma condição em que a pessoa é capaz de reunir todos os elementos essenciais para o seu bem-estar e satisfação em uma sociedade em consonância com a sua cultura, crenças, valores e expectativas.

As pessoas com deficiência são vulneráveis a contaminação de sua qualidade de vida, dado que a crença em um “tipo ideal” e a consequente mensuração estatística do que é considerado normal ou patológico, a partir de um padrão pré-estabelecido, legitimou, em um tempo não muito distante, a prática médica de patologizar a deficiência. Tal prática considera a deficiência como um desarranjo - por falta ou por excesso -, capaz de se constituir um potencial para o desequilíbrio e a desarmonia do próprio organismo, das suas relações com o meio social e com o meio ambiente⁽¹⁴⁾.

Para além das questões de ordem biológica, as pessoas com deficiência têm dificuldade de acessibilidade no tecido urbano. O posicionamento acerca de como a rua facilita, ou dificulta, o exercício de “ir e vir” assegurado pela Constituição do nosso país aponta o tendão de Aquiles do tecido urbano: ruas esburacadas; escadarias de acesso aos prédios públicos, igrejas e espaços de lazer; invasão da área pública por mesas de bar; inexistência de instalações sanitárias na via pública para esse tipo de usuário e veículos adaptados para o seu embarque e desembarque⁽³⁾.

E, em se tratando do acesso a saúde, são comuns as queixas de escassez de serviços para atendê-los, a indiferença e/ou o menosprezo com que são tratados pelos profissionais de saúde. Configura-se, no relato destas pessoas a expressão viva da Teoria da Ação Antidualógica, cuja tese é a de que o antidualógico é um opressor que nas suas relações com os

contrários tenta dominá-los, cada vez mais, e de várias formas, inclusive através do paternalismo⁽¹⁵⁾. Esta relação opressor-oprimido determina os conflitos que permeiam as relações sociais das pessoas com deficiência. Esses sujeitos, vilipendiados em seus direitos, tendem a desenvolver uma interação do tipo angustiada, por se perceberem colocados em condição de inferioridade ontológica e, por isso, tratados como não-pessoa⁽³⁾.

Acredita-se que as pessoas com deficiência precisam da assistência de uma equipe multiprofissional que mantenha um prontuário em que conste a história prévia desses pacientes, exame físico, laboratoriais e radiológicos que possam definir limites e possibilidades. Estabeleça metas a serem alcançadas por cada paciente no concernente as condições de saúde e habilidade para as AVD's. Eduque esses pacientes para adotar alimentação e ingestão hídrica adequadas. Previna, ou trate, as escaras de decúbito. Desenvolva um programa de terapia ocupacional, de orientação sobre direitos e deveres desses pacientes. E construa uma rede de apoio psicossocial para que, concluída a fase de assistência médica, esses pacientes possam ingressar em instituições assistenciais que os ajudem no processo de re-inclusão social.

4.2 LESÃO MEDULAR

Essa lesão, que vem acontecendo em larga escala, tem sido documentada ao longo da história desde a antigüidade através dos povos gregos e egípcios. Na época da II Guerra Mundial, o prognóstico da LM era sombrio uma vez que a assistência ainda era bastante ineficaz. Atualmente, com os avanços da terapêutica, os pacientes que sofreram lesão na medula possuem um melhor prognóstico e são considerados portadores de uma possível limitação, porém saudáveis e com potencial para um futuro produtivo na sociedade⁽¹⁶⁾.

A medula é a via condutora de estímulos motores e sensitivos aferentes e eferentes entre a periferia e o encéfalo. Também é o órgão regulador das funções respiratória, circulatória, excretora, térmica e sexual⁽¹⁷⁾. Portanto, uma lesão em tal órgão pode originar graves sequelas.

A LM que é mais comum em adultos jovens e do sexo masculino, provavelmente por estarem mais expostos às várias situações de risco e violência, possui intensidades que variam desde as leves até as mais graves e pode ser completa ou incompleta⁽¹⁸⁾.

Nas lesões completas, as funções motoras ficam totalmente interrompidas abaixo do nível do trauma e nas incompletas encontra-se ainda algum tipo de função abaixo do nível da lesão⁽¹⁸⁾. É fato também que os danos de uma LM variam de acordo com o tipo da lesão, a força e a direção do impacto, sendo os mecanismos mais comuns às lesões: 1. Flexão forçada; 2. Extensão forçada; e 3. Compressão vertical⁽¹⁹⁾.

A flexão forçada ocorre geralmente quando um forte golpe faz com que a região cervical seja impulsionada para frente, fato que pode causar um desalinhamento na coluna e lesionar a medula. Já a extensão forçada caracteriza-se quando a cabeça é empurrada de forma tenaz para trás, fato que pode comprimir e desestabilizar a medula espinhal. Por fim, a compressão vertical consiste na compressão das vértebras através da aplicação de uma força de cima para baixo ou de baixo para cima no indivíduo (força aplicada na cabeça ou força aplicada nos pés, respectivamente), fazendo com que a medula ou raízes nervosas sejam comprimidas⁽¹⁹⁾.

Todavia, existem outras etiologias para a lesão medular como a penetração por projétil de arma de fogo (PAF) ou objetos perfurantes, que dependendo da situação podem ser até mais graves do que as formas de traumas supracitadas, pois um PAF causa dano pelo trauma mecânico e pelo trauma térmico sobre as estruturas neurais e vasculares⁽²⁰⁾.

Segundo o que afirma Paolillo⁽²¹⁾, em relação a localização topográfica, 55% são na coluna cervical, 15% na torácica, 15% na região tóraco-lombar e os últimos 15% na região lombossacra.

A pessoa que sofre LM possivelmente irá apresentar algum tipo de deficiência como a disfunção física e sensorial. Além dessas, várias são as sequelas da LM, das quais temos como exemplo atrofia do sistema músculo-esquelético, mudanças metabólicas, hormonais e neuromusculares, redução da capacidade respiratória, da circulação sanguínea e das dimensões das estruturas cardíacas, que juntamente com o estado sedentário podem conduzir a doenças cardiovasculares e respiratórias. Estas alterações limitam as respostas fisiológicas à atividade motora, podendo ocorrer a rápida instalação da fadiga⁽²¹⁾.

De acordo com Nettina⁽²²⁾ a *American Spinal Injury Association* (ASIA) criou uma Escala de Comprometimento destinada a classificar as lesões medulares que se baseia na completude da lesão e na função motora/sensorial que é da seguinte ordem:

ASIA A – lesão completa, função motora e sensorial ausentes em S₄₋₅.

ASIA B – lesão incompleta, função sensorial intacta, porém função motora ausente abaixo do nível neurológico da lesão e inclui o nível S₄₋₅.

ASIA C - lesão incompleta, função motora intacta distalmente ao nível da lesão e mais da metade dos músculos essenciais distais ao nível da lesão têm um grau muscular abaixo de 3, numa escala que vai de zero a cinco.

ASIA D – lesão incompleta, função motora intacta distal ao nível da lesão neurológica, e mais da metade dos músculos essenciais distais ao nível da lesão neurológica têm grau muscular superior ou igual a 3.

ASIA E – Normal, funções motoras e sensorial intactas⁽²²⁾.

Nessa perspectiva, as pessoas com LM, costumam apresentar limitações ou incapacidades temporárias ou permanentes, que interferem na capacidade de cumprirem tarefas que delas são esperadas, assim como na qualidade de suas vidas⁽³⁾.

Em consonância com a Escala de Comprometimento emitida pela ASIA, a lesão medular constitui-se um agravo que, dependendo do nível vertebral em que ela ocorre, pode variar de dormência transitória a tetraplegia imediata e completa. As lesões dos segmentos cervicais dos nervos C1 a C8 determinam quadro de tetraplegia em que a função pode estar comprometida nos membros superiores, tronco, órgãos pélvicos e membros inferiores. Já a lesão nos segmentos torácicos, lombares ou sacrais dos nervos da medula espinhal resultam em paraplegia. Nesse tipo de lesão os braços não são afetados, mas, a função pode estar comprometida no tronco, órgãos pélvicos e membros inferiores⁽²²⁾.

Dentre outros problemas que podem afetar o paciente com lesão medular destacam-se as úlceras por pressão, que acontecem em 35% dos pacientes; a depressão, que acomete 25% dos homens e 47% das mulheres; amenorréia temporária, afetando 60% das mulheres; dor neuropática, que ocorre em 34% a 94% das pessoas com lesão medular. Nos pacientes com lesão em T6, ou acima desse nível, pode ocorrer disreflexia autônoma, evento que se caracteriza por elevação perigosa da pressão arterial (PA). Também pode ocorrer a disfunção

autônoma, que resulta em hipotensão ortostática, termodisregulação e anormalidades vasomotoras⁽²²⁾.

Além dos distúrbios neurogênicos, a lesão medular desencadeia alterações nas eliminações urinária e fecal devidas à perda dos controles esfínterianos vesical e anal com consequente mudança no padrão dessas eliminações. E alterações do tipo complicações clínicas como as infecções urinárias, litíases e hidronefrose⁽²³⁾.

Outrossim, a alteração da eliminação intestinal, poderá acarretar dois problemas principais: a pessoa terá dificuldade de conter as fezes dentro do reto, devido a falha esfínteriana, ou terá desconforto abdominal devido demorar a eliminação fecal⁽²³⁾. Quando o paciente sofre obstipação, além da incômoda distensão abdominal, ele poderá apresentar sinais de crise autonômica hipertensiva, fenômeno grave e comprometedor que necessita de atendimento de urgência e que poderá acarretar outras sequelas e até a morte, se ignorado⁽²⁴⁾.

Não bastassem as necessidades advindas das sequelas neurológicas, a pessoa com lesão medular tem dificuldades para atender necessidades outras, a exemplo dos cuidados odontológicos. Autores relatam que as pessoas com deficiência costumam ter a saúde bucal comprometida, seja porque alguns desses indivíduos têm a mastigação e a deglutição comprometida, seja por causa da má-alimentação devido a perda dentária, da má-higiene bucal devido a inabilidade ou a falta de coordenação motora⁽²⁵⁾.

Por ser uma das formas mais graves, dentro das síndromes incapacitantes, a lesão medular constitui-se um desafio para a reabilitação, devido causar grandes modificações na vida do paciente, da família e da sociedade problemas esses que exigem o incremento de rede social de apoio.

4.3 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

A incidência de agravos externos, incluindo a lesão medular (LM), está sendo elevada devido o aumento do número de acidentes com automóveis e motocicletas, bem como da

violência urbana, constituindo-se em um problema de saúde pública⁽¹⁾. Em 2007, o Sistema Único de Saúde (SUS) atendeu 832.858 usuários que foram internados por causas externas. No primeiro semestre de 2009, foram internados 1.787 pessoas por causas externas, apenas na Rede Sarah de Hospitais⁽²⁶⁾.

Em estatísticas norte-americanas consta que a incidência da LM varia entre 28 e 55 casos por um milhão de pessoas chegando a 10.000 casos novos por ano, dentre os quais, 55% são casos de paraplegia e 44% de tetraplegia⁽²⁷⁾.

Pelas estatísticas da ONU, existem aproximadamente 600 milhões de pessoas com deficiência distribuídas no mundo⁽²⁸⁾. No Brasil, existem 24,6 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência (física, auditiva, visual ou mental) o que corresponde a 14,5% da população brasileira. O maior percentual desses indivíduos encontra-se na região Nordeste, sendo que 271.591 pessoas residem na Paraíba. E, desse quantitativo, 31.000 pessoas residem no município de Campina Grande-PB⁽²⁹⁾.

Entretanto, não há, em nosso país, dados epidemiológicos organizados sobre a incidência de LM⁽²⁷⁾. Um estudo realizado em 2006, aponta que existiam no Brasil naquele ano, aproximadamente, 130 mil pessoas com lesão da medula espinhal, o que resulta em uma prevalência de, aproximadamente, 0,07%. Acredita-se que a incidência de LM no Brasil seja de 10.000 casos por ano⁽³⁰⁾.



MATERIAL E MÉTODOS

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 TIPO DO ESTUDO, LOCAL DA PESQUISA E PERÍODO DE REALIZAÇÃO

Estudo epidemiológico, censitário, transversal e quantitativo. A abordagem quantitativa possibilita visualizar uma informação que não pode ser apreendida de maneira direta, sendo necessário transformar a massa de dados em direção à objetividade⁽³¹⁾.

Foi realizado nas UBSF's da área urbana da Microrregião do Agreste da Borborema (MAB) no período de agosto de 2009 a novembro de 2010. A microrregião citada é uma das sete que formam o Compartimento da Borborema, o qual, localiza-se no Planalto da Borborema. A mesma engloba as seguintes cidades: Areial, Campina Grande, Esperança, Fagundes, Lagoa Seca, Massaranduba, Montadas, Pocinhos, Puxinanã, Queimadas, Remígio e Solânea.

5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta pelas pessoas com algum tipo de deficiência residentes na área urbana da Microrregião do Agreste da Borborema. A amostra foi construída com 75 indivíduos com LM cadastrados em alguma das 99 UBSF de zona urbana existentes nas cidades que compõem a MAB.

5.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Para participar do estudo foram determinados como critérios de elegibilidade o seguinte: pessoas com 18 anos ou mais, de ambos os sexos, que apresentam LM diagnosticada por especialista, com paraplegia ou tetraplegia, função cognitiva normal, que residem na zona urbana da MAB e que aceitaram participar da investigação.

5.4 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Antes das atividades de campo, foram providenciados os materiais necessários ao estudo. Em seguida, foi realizado um teste piloto para verificar a exequibilidade dos instrumentos. Também foi construído um manual de campo, para auxiliar os pesquisadores.

A estratégia para aproximação dos sujeitos e coleta de dados foi a visita domiciliar, com o acompanhamento do Agente Comunitário de Saúde (ACS) do Programa Saúde da Família (PSF) responsável por cada área, permitindo atualizar o cadastro das pessoas com LM nos municípios em estudo. Foram feitas duas visitas: uma para estabelecer contato, explicar a pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para obtenção da assinatura dos participantes. Nesse encontro, foi agendada uma segunda visita a pessoa que concordar em participar para aplicação dos questionários II e III.

Foram utilizados três instrumentos: o Questionário I, o Questionário II e o Questionário III, denominado Índice de Barthel (IB).

O Questionário I foi utilizado para registro dos dados secundários coletados no site do IBGE (<http://www.ibge.gov.br/home/>) para verificar população estimada e PIB per capita anual do municípios, bem como nos relatórios da atenção básica das mesmas cidades para identificação da quantidade de UBSF existentes. As informações relativas à atenção básica foram coletadas nas secretarias de saúde de cada cidade participante.

O Questionário II foi destinado a investigação das variáveis demográficas, variáveis socioeconômicas e variáveis condições de saúde. Esse instrumento continha questões abertas e fechadas. E questões relacionadas com a mensuração da pressão arterial (PA), da glicemia capilar de jejum (GCJ) e da circunferência abdominal (CA) dos sujeitos que foram respondidas pelo pesquisador após a mensuração desses dados.

O Índice de Barthel (IB) é um questionário pré-codificado e que já passou por processo de validação. Tal instrumento, possibilitou avaliar a capacidade funcional dos participantes para às AVD's. Este índice contém dez itens de mobilidade que constituem as atividades básicas da vida diária: vestir-se, banhar-se, alimentar-se, fazer a higiene, levantar-se da cama e sentar-se numa cadeira, controlar bexiga e intestino, utilizar banheiro, caminhar e subir escadas. Cada item contém perguntas que recebem pontuação 0, 5, 10 ou 15, conforme a capacidade para executar a atividade. O resultado global varia de 0 a 100 pontos. A pontuação igual a 100 significa total independência; 60 - 95 indica leve dependência; 40 - 55 indica moderada dependência; 20 - 35 indica grave dependência; e < 20 indica total dependência e elevado risco de morte⁽³²⁾.

Para verificação da PA os sujeitos permaneceram em repouso durante 10 minutos. Após tal período utilizou-se um esfigmomanômetro de marca BIC modelo ML040/2003 (comprimento = 520mm – largura = 110mm), com fixação em velcro e um estetoscópio marca BIC modelo ML040/2003. Foram realizadas três medições por método auscultatório (fases I e V dos ruídos de Korotkoff). O valor da primeira medição foi descartado, sendo considerado o valor da média aritmética entre a segunda e a terceira aferição. O ponto de corte utilizado foi de PA elevada aquela PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou diastólica ≥ 90 mmHg⁽³³⁾.

Para realização do teste glicêmico capilar, os participantes foram submetidos a um jejum mínimo de oito horas. Os sujeitos recebiam a orientação quanto ao jejum no momento do agendamento da segunda visita. Em momento posterior à limpeza das mãos com água corrente, realizou-se punção da polpa digital da falange distal do 3º dedo da mão direita, sendo uma gota de sangue adicionada a fita pré-colocada no glicosímetro Accu-Chek Active. Foi considerado como GCJ alterada os valores ≥ 100 mg/dL⁽³⁴⁾.

Já a CA foi verificada com uma fita métrica (precisão de 0,1 cm) na linha média entre a crista ilíaca e a última costela. Para identificação do valor, efetuou-se a medição no final do movimento expiratório. Foi considerado como CA alterada os valores ≥ 94 cm para homens e ≥ 80 cm para mulheres⁽³⁴⁾.

5.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram implantados (em dupla entrada) em um banco de dados eletrônico e analisados por meio do programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 15.0 para windows e apresentados por meio de tabelas e gráficos. As associações investigadas consideraram os intervalos de confiança em 95%.

Para análise dos dados sociodemográficos e dos escores do Índice de Barthel, utilizou-se a estatística descritiva, sendo calculadas: frequências absolutas e simples, moda, média, mediana e desvio padrão da idade.

Para verificar o nível de significância entre associações dos aspectos sociodemográficos/condições de saúde e incapacidade funcional para as AVD's, calculou-se as razões de prevalência e comparou-se as proporções de prevalência por meio do teste de Qui-quadrado. Nas caselas menores que cinco, considerou-se o teste de Fisher.

A fidedignidade do questionário Índice de Barthel foi verificada por meio do Teste de Cronbach, considerando o Alfa total, Correlação com itens corrigidos e Alfa com itens deletados. Tal teste permite verificar a confiabilidade do instrumento, ou seja, a consistência interna⁽³⁵⁾.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CEP/UEPB), sob o CAAE: 0490.0.133.000-08. Somente depois da aprovação, foi iniciada a coleta dos dados.

Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, em seguida, os sujeitos que atenderam aos critérios de inclusão no estudo assinaram o TCLE, conforme preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽³⁶⁾. Este documento foi assinado em duas vias: uma ficando com o pesquisador e a outra com o pesquisado.

Cada sujeito foi esclarecido sobre quem são os pesquisadores, os objetivos e benefícios da pesquisa e teve assegurado o sigilo, a privacidade e o direito de declinar, em qualquer momento da investigação, sem qualquer tipo de ônus.



RESULTADOS

6 RESULTADOS

Como já citado anteriormente, a MAB é composta por 12 cidades, entretanto, no presente estudo foram investigadas 11 cidades, pois não foi possível obter autorização para realizar o estudo em Puxinanã.

6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E DA ATENÇÃO BÁSICA DOS MUNICÍPIOS DA MICRORREGIÃO DO AGRESTE DA BORBOREMA

As principais características sociodemográficas e da atenção básica das cidades estudadas são apresentadas na Tabela 1. Observa-se que a cidade de Campina Grande apresentou os valores mais elevados em todas as variáveis e que a maioria dos municípios apresenta PIB per capita próximo da média da MAB que é de R\$ 3.994,00 reais.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e da atenção básica dos municípios da Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010. Continua.

| Cidades | População estimada | PIB per capita anual | Total de UBSF | UBSF (urbanas) | UBSF (rurais) |
|----------------|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Areial | 6.441 | 3.209 | 05 | 03 | 02 |
| Campina Grande | 383.764 | 8.349 | 72 | 64 | 08 |
| Esperança | 30.855 | 5.720 | 11 | 07 | 04 |
| Fagundes | 12.183 | 3.110 | -* | - | - |
| Lagoa Seca | 25.766 | 3.446 | 10 | 04 | 06 |
| Massaranduba | 12.946 | 3.237 | 05 | 01 | 04 |
| Montadas | 4.750 | 3.399 | 02 | 01 | 01 |
| Pocinhos | 16.538 | 3.137 | 06 | 03 | 03 |

Tabela 1 - Características sociodemográficas e da atenção básica do municípios da Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010. Conclusão.

| Cidades | População estimada | PIB per capita anual | Total de UBSF | UBSF (urbanas) | UBSF (rurais) |
|----------------|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Puxinanã | 13.354 | 3.195 | 05 | 01 | 04 |
| Queimadas | 40.323 | 3.893 | 16 | 05 | 11 |
| Remígio | 17.423 | 3.131 | 07 | 05 | 02 |
| Solânea | 27.951 | 3.309 | 10 | 04 | 06 |
| Total | 592.294 | 3.994** | 149 | 98 | 51 |

Fonte: Dados da pesquisa. n = 11 cidades; * A gestão da cidade não autorizou a realização da pesquisa; ** Média do PIB per capita das 11 cidades estudadas.

6.2 DISTRIBUIÇÃO DAS PESSOAS COM LESÃO MEDULAR POR MUNICÍPIO

Na Tabela 2, pode-se visualizar a distribuição de pessoas com LM em cada cidade da MAB. Constata-se que Campina Grande é representada com mais da metade do total de participantes e que, das cidades investigadas, apenas Lagoa Seca e Puxinanã não possuem pessoas com LM adscritas nas UBSF de zona urbana.

Tabela 2 - Distribuição das pessoas com lesão medular por município. Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010. Continua.

| Cidades | n | % |
|----------------|----------|----------|
| Campina Grande | 50 | 66,7 |
| Queimadas | 04 | 5,3 |
| Massaranduba | 02 | 2,7 |
| Pocinhos | 02 | 2,7 |
| Areial | 01 | 1,3 |

Tabela 2 - Distribuição das pessoas com lesão medular por município. Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010. Conclusão.

| Cidades | n | % |
|----------------|-----------|--------------|
| Esperança | 05 | 6,7 |
| Montadas | 02 | 2,7 |
| Remígio | 06 | 8,0 |
| Solânea | 03 | 4,0 |
| Lagoa Seca | 0 | 0,0 |
| Puxinanã | 0 | 0,0 |
| Total | 75 | 100,0 |

Fonte: Dados da pesquisa. n = 11 cidades.

6.3 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Na Tabela 3, são apresentados os dados sociodemográficos relativos à amostra. A maioria é do sexo masculino (81,3%), com uma proporção de 4,35 homens para cada mulher.

Entre os 75 participantes, a maior parte é católico (66,7%), de raça não branca (54,7%), com ensino fundamental 2 completo (56%), vive sem companheiro (50,7%) e com renda de até dois salários mínimos (70,7%).

Tabela 3 - Perfil sociodemográfico dos adultos com lesão medular. Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010. Continua.

| Variáveis | n | % |
|------------------|----------|----------|
| Sexo | | |
| Masculino | 61 | 81,3 |

Tabela 3 - Perfil sociodemográfico dos adultos com lesão medular. Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010. Conclusão.

| Variáveis | n | % |
|------------------------|----------|----------|
| Feminino | 14 | 18,7 |
| Credo religioso | | |
| Sem credo | 02 | 2,7 |
| Católico | 50 | 66,7 |
| Evangélico | 20 | 26,7 |
| Kardecista | 03 | 4,0 |
| Raça | | |
| Branca | 34 | 45,3 |
| Negra | 17 | 22,7 |
| Parda | 22 | 29,3 |
| Amarela | 02 | 2,7 |
| Escolaridade | | |
| Fundamental 1 | 15 | 20,0 |
| Fundamental 2 | 42 | 56,0 |
| Médio | 08 | 10,7 |
| Superior | 09 | 12,0 |
| Pós-graduação | 01 | 1,3 |
| Estado civil | | |
| Solteiro | 26 | 34,6 |
| Casado | 29 | 38,7 |
| Viúvo | 02 | 2,7 |
| Divorciado | 10 | 13,3 |
| União estável | 08 | 10,7 |
| Renda | | |
| 1 salário mínimo* | 24 | 32,0 |
| 2 salários mínimo | 29 | 38,7 |
| 3 salários mínimo | 13 | 17,3 |
| ≥ 4 salários mínimo | 09 | 12,0 |

Fonte: Dados da pesquisa. n = 75; * Salário mínimo = R\$: 510,00.

É válido ressaltar que a maioria dos participantes é natural de alguma cidade paraibana (86,7%), seguido de Pernambuco (8%), Rio de Janeiro (2,7%) e Bahia e Ceará ambos com 1,3%. Já média de anos morando na atual cidade foi de 32,47 ($\pm 16,7$; $x_{\min}=1$, $x_{\max}=74$).

A renda para sustento familiar é proveniente de: aposentadoria (81,3%), ajuda de parentes (33,3%), programas sociais do Estado (25,3%), pensões (9,3%), trabalho como autônomo (8,5%), trabalho com carteira assinada (2,7%) e alugueis (1,7%).

6.3.1 FAIXA ETÁRIA

Na Tabela 4, verifica-se que a faixa etária atual com maior frequência é de 50 a 65 anos (36%) e que a faixa etária na época da LM com maior representatividade é de 18 a 33 anos (50,7%).

Tabela 4 - Faixa etária das pessoas com lesão medular no momento atual e na época do agravo. Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010.

| Variáveis | n | % |
|------------------------------------|----------|----------|
| Faixa etária atual | | |
| 18 - 33 anos | 25 | 33,3 |
| 34 - 49 anos | 17 | 22,7 |
| 50 - 65 anos | 27 | 36,0 |
| 66 - 81 anos | 06 | 8,0 |
| Faixa etária na época da LM | | |
| 2 - 17 anos | 10 | 13,3 |
| 18 - 33 anos | 38 | 50,7 |
| 34 - 49 anos | 19 | 25,3 |
| 50 - 65 anos | 07 | 9,3 |
| 66 - 81 anos | 01 | 1,3 |

Fonte: Dados da pesquisa. n = 75;

A média da idade do participantes foi de 43,23 anos. Entretanto, na época da LM a média da idade era de 30,73 anos. É mister destacar que nos dois momentos o desvio padrão foi elevado, sendo necessária, além de medidas de tendência central, algumas medidas de dispersão conforme apresentado na Tabela 5. É importante destacar que a média de tempo de LM é alta, sendo superior a 10 anos.

Tabela 5 - Medidas de tendência central e de dispersão das idades das pessoas com lesão medular e do tempo de lesão. Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010.

| Medidas | Idade atual | Idade na época da LM | Tempo de LM |
|--------------------------|--------------------|-----------------------------|--------------------|
| Tendência Central | | | |
| Média | 43,23 | 30,73 | 12,35 |
| Mediana | 41 | 26 | 9 |
| Moda | 50 | 24 | 5 |
| Dispersão | | | |
| Mínimo | 21 | 2 | 1 |
| Máximo | 74 | 69 | 48 |
| Desvio Padrão | 14,985 | 14,027 | 10,690 |

Fonte: Dados da pesquisa.

6.4 CONDIÇÕES DE SAÚDE

Para verificar as condições de saúde dos participantes foram investigados vários aspectos, dentre eles: Etiologia da LM, atividades da vida diária, aspectos sociais, aspectos econômicos e aspectos físicos.

6.4.1 ETIOLOGIA DA LESÃO MEDULAR

A Tabela 6, evidencia que a LM traumática é a mais frequente (90,6%) e que a queda e os acidentes com arma de fogo são as etiologias mais prevalentes, com 33,3% e 29,3%, respectivamente.

Tabela 6 - Distribuição dos participantes com relação a etiologia da lesão medular. Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010.

| Etiologia da lesão medular | n | % |
|-----------------------------------|----------|----------|
| Queda | 25 | 33,4 |
| Arma de fogo | 22 | 29,3 |
| Cirurgia | 09 | 12,0 |
| Acidente de carro | 05 | 6,7 |
| Tumor | 04 | 5,3 |
| Acidente de moto | 04 | 5,3 |
| Impacto de objeto no corpo | 03 | 4,0 |
| Esquistossomose | 02 | 2,7 |
| Infecção viral | 01 | 1,3 |

Fonte: Dados da pesquisa.

6.4.2 ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

A Tabela 7, apresenta a frequência dos participantes no tocante a capacidade de realizar, sem ajuda de terceiros, algumas AVD's. Verifica-se que as maiores limitações são para utilizar transporte público ou carro adaptado, subir/descer escadas e caminhar em superfície plana.

Tabela 7 - Capacidade de realização para atividades da vida diária pelas pessoas com lesão medular. Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010.

| Atividades | Sim | | Não | |
|-------------------------------------|-----|------|-----|------|
| | n | % | n | % |
| Utilizar transporte público | 09 | 12,0 | 66 | 88,0 |
| Utilizar carro adaptado | 09 | 12,0 | 66 | 88,0 |
| Sair de casa para curtas distâncias | 46 | 61,3 | 29 | 38,7 |
| Preparar a própria refeição | 42 | 56,0 | 33 | 44,0 |
| Comer | 72 | 96,0 | 03 | 4,0 |
| Arrumar a casa | 27 | 36,0 | 48 | 64,0 |
| Tomar remédios | 63 | 84,0 | 12 | 16,0 |
| Ir ao banheiro | 48 | 64,0 | 27 | 36,0 |
| Cortar as unhas do pés | 41 | 54,7 | 34 | 45,3 |
| Vestir-se | 57 | 76,0 | 18 | 24,0 |
| Pentear-se | 70 | 93,3 | 05 | 6,7 |
| Caminhar em superfície plana | 22 | 29,3 | 53 | 70,7 |
| Subir e descer escadas | 08 | 10,7 | 67 | 89,3 |
| Tomar banho | 48 | 64,0 | 27 | 36,0 |
| Deitar e levantar da cama | 59 | 78,7 | 16 | 21,3 |

Fonte: Dados da pesquisa.

6.4.2.1 AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA COM O ÍNDICE DE BARTHEL

Para avaliar as AVD's, foram executadas duas fases: Teste de fidedignidade do Índice de Barthel e Verificação de prevalências das atividades da vida diária.

6.4.2.1.1 TESTE DE FIDEDIGNIDADE DO ÍNDICE DE BARTHEL

A fidedignidade do questionário denominado Índice de Barthel, apesar de ser um instrumento já testado e validado, foi verificada por meio do Teste de Cronbach, conforme a Tabela 8. Verificou-se satisfatória confiabilidade com Alfa de Cronbach total = 0,807, Correlação total de itens corrigidos > 0,3 e Alfa de Cronbach com item deletado > 0,7.

Tabela 8 - Questionário Índice de Barthel testado com o Alfa de Cronbach total, Correlação total de itens corrigidos e Alfa com item deletado.

| Ítems do Índice de Barthel | Correlação total de itens corrigidos | Alfa de Cronbach com item deletado | Alfa de Cronbach total |
|-----------------------------------|---|---|-------------------------------|
| Comer | 0,366 | 0,803 | 0,807 |
| Lavar-se | 0,534 | 0,789 | |
| Vestir-se | 0,530 | 0,785 | |
| Arrumar-se | 0,365 | 0,804 | |
| Evacuar | 0,423 | 0,798 | |
| Micção | 0,388 | 0,805 | |
| Usar sanitário | 0,665 | 0,767 | |
| Transferir-se | 0,637 | 0,770 | |
| Deambular | 0,590 | 0,777 | |
| Subir escada | 0,484 | 0,790 | |

Fonte: Dados da pesquisa.

6.4.2.1.2 VERIFICAÇÃO DE PREVALÊNCIAS DAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

As prevalências de incapacidade funcional para as AVD's, estão apresentadas na Tabela 9. Em termos percentuais, as atividades nas quais se verificou maior dificuldade de realização foram Subir e Descer escadas (92%) e Deambular (82,7%). Já as maiores independências foram constatadas nas atividades Comer (93,3%) e Arrumar-se (88%).

Quando estratificada por sexo, as frequências de incapacidade funcional para as AVD's foram maiores no sexo feminino, exceto no tocante a variável micção.

Tabela 9 - Prevalência de incapacidade funcional nas pessoas com lesão medular conforme o sexo. Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010. Continua.

| Atividades básicas da vida diária | | Sexo | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------|-------|------|----|------|----|------|
| | | Geral | | M | | F | |
| | | n | % | n | % | n | % |
| Comer | Independente | 70 | 93,3 | 58 | 95,1 | 12 | 85,7 |
| | Ajuda | 03 | 4,0 | 02 | 3,3 | 01 | 7,1 |
| | Dependente | 02 | 2,7 | 01 | 1,6 | 01 | 7,1 |
| Lavar-se | Independente | 46 | 61,3 | 39 | 63,9 | 07 | 50,0 |
| | Dependente | 29 | 38,7 | 22 | 36,1 | 07 | 50,0 |
| Vestir-se | Independente | 49 | 65,3 | 40 | 65,6 | 02 | 14,3 |
| | Ajuda | 20 | 26,7 | 17 | 27,9 | 03 | 21,4 |
| | Dependente | 06 | 8,0 | 04 | 6,6 | 09 | 64,3 |
| Arrumar-se | Independente | 66 | 88,0 | 56 | 91,8 | 10 | 71,4 |
| | Dependente | 09 | 12,0 | 05 | 8,2 | 04 | 28,6 |
| Evacuar | Continência normal | 28 | 37,3 | 23 | 37,7 | 05 | 35,7 |
| | Acidente ocasional | 25 | 33,3 | 21 | 34,4 | 04 | 28,6 |
| | Incontinente | 22 | 29,3 | 17 | 27,9 | 05 | 35,7 |
| Micção | Continência normal | 42 | 56,0 | 34 | 55,7 | 08 | 57,1 |
| | Acidente ocasional | 12 | 16,0 | 10 | 16,4 | 02 | 14,3 |
| | Incontinente | 21 | 28,0 | 17 | 27,9 | 04 | 28,6 |

Tabela 9 - Prevalência de incapacidade funcional nas pessoas com lesão medular conforme o sexo. Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010. Continua. Conclusão.

| Atividades básicas da vida diária | | Sexo | | | | | |
|-----------------------------------|---------------|-------|------|----|------|----|------|
| | | Geral | | M | | F | |
| | | n | % | n | % | n | % |
| Usar sanitário | Independente | 41 | 54,7 | 35 | 57,4 | 06 | 42,9 |
| | Ajuda | 21 | 28,0 | 17 | 27,9 | 04 | 28,6 |
| | Dependente | 13 | 17,3 | 09 | 14,8 | 04 | 28,6 |
| Transferir-se | Independente | 53 | 70,7 | 46 | 75,4 | 07 | 50,0 |
| | Pequena ajuda | 09 | 12,0 | 06 | 9,8 | 03 | 21,4 |
| | Grande ajuda | 08 | 10,7 | 05 | 8,2 | 03 | 21,4 |
| | Dependente | 05 | 6,7 | 04 | 6,6 | 01 | 7,1 |
| Deambular | Independente | 13 | 17,3 | 11 | 18,0 | 02 | 14,3 |
| | Ajuda | 05 | 6,7 | 03 | 4,9 | 02 | 14,3 |
| | Cadeirante | 46 | 61,3 | 38 | 62,3 | 08 | 57,1 |
| | Dependente | 11 | 14,7 | 09 | 14,8 | 02 | 14,3 |
| Subir escada | Independente | 06 | 8,0 | 06 | 9,8 | - | - |
| | Ajuda | 10 | 13,3 | 07 | 11,5 | 03 | 21,4 |
| | Dependente | 59 | 78,7 | 48 | 78,7 | 11 | 78,6 |

Fonte: Dados da pesquisa.

O escore médio apresentado pela amostra foi de 64 pontos ($\pm 21,3$; $x_{\min}=0$, $x_{\max}=100$), classificando a amostra, de maneira geral, em um grau de leve dependência. Entretanto, conforme apresentado no Gráfico 1, 25,4% (n = 19) dos participantes classificaram-se com grau variando de Moderado para Total dependência.

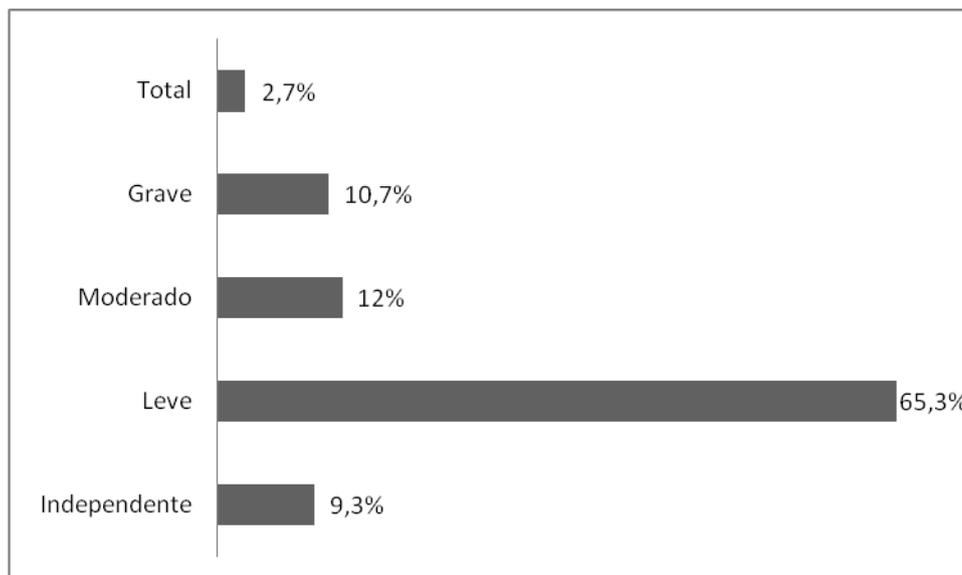


Gráfico 1 - Distribuição das pessoas com lesão medular segundo o grau de dependência pelo Índice de Barthel. Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010.

Quando indagados sobre a existência de alguém que pudesse ajudar na realização das tarefas, 96% (n = 72) afirmaram contar com o apoio de alguma pessoa, sendo mais frequente o companheiro (48%; n = 36).

No tocante a realização de atividades no tempo livre, as ações mais frequentes desenvolvidas pelos participantes foram ouvir rádio e assistir TV com 88% e 96%, respectivamente, conforme a Tabela 10.

Tabela 10 - Atividades realizadas pelas pessoas com lesão medular no tempo livre. Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010. Continua.

| Atividades | Sim | | Dependente ^a | | Independente ^b | |
|--------------------|-----|------|-------------------------|------|---------------------------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Assistir TV | 72 | 96,0 | 18 | 94,7 | 54 | 96,4 |
| Ouvir rádio | 66 | 88,0 | 18 | 94,7 | 48 | 85,7 |
| Visitar amigos | 41 | 54,7 | 10 | 52,6 | 31 | 55,4 |
| Visitar parentes | 40 | 53,3 | 12 | 63,2 | 28 | 50 |
| Jogar ^c | 29 | 38,7 | 08 | 42,1 | 21 | 37,5 |
| Andar pelo bairro | 26 | 34,7 | 07 | 36,8 | 19 | 33,9 |
| Ler livros | 25 | 33,3 | 08 | 42,1 | 17 | 30,4 |

Tabela 10 - Atividades realizadas pelas pessoas com lesão medular no tempo livre. Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010. Continua. Conclusão.

| Atividades | Sim | | Dependente ^a | | Independente ^b | |
|---------------------------------|-----|------|-------------------------|------|---------------------------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Ler jornal | 22 | 29,3 | 05 | 26,3 | 17 | 30,4 |
| Ir a encontros religiosos | 22 | 29,3 | 06 | 31,6 | 16 | 28,6 |
| Fazer compras | 20 | 26,7 | 03 | 15,8 | 17 | 30,4 |
| Viajar | 20 | 26,7 | 05 | 26,3 | 15 | 26,8 |
| Ir a encontros sociais | 14 | 18,7 | 03 | 15,8 | 11 | 19,6 |
| Ir a jogos | 10 | 13,3 | 03 | 15,8 | 07 | 12,5 |
| Atividades manuais ^d | 07 | 9,3 | 03 | 15,8 | 04 | 7,1 |
| Praticar esportes | 04 | 5,3 | 02 | 10,5 | 02 | 3,6 |
| Ir ao cinema | 02 | 2,7 | 01 | 5,3 | 01 | 1,8 |

Fonte: Dados da pesquisa. ^a Dependente = nível de incapacidade moderado, grave ou total; ^b Independente = nível de incapacidade leve ou total capacidade funcional; ^c Jogar cartas, xadrez, etc; ^d Artesanato, costura, tricô, bordado, etc.

6.4.3 ASPECTOS SOCIAIS

No concernente as relações pessoais, a maior parte dos sujeitos está satisfeita com o relacionamento com as pessoas, as quais moram (89,3%; n = 67), com os amigos (92%; n = 69) e com os vizinhos (88%; n = 66).

Quando os participantes foram questionados sobre a assistência que a família lhes oferece e vice-versa, verificou-se, conforme apresentado na Tabela 11, que a família oferece mais companhia e/ou cuidado pessoal (96%) e as pessoas com LM, dinheiro (76%).

Tabela 11 - Relações de assistência entre família e pessoas com lesão medular. Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010.

| Tipo de assistência | Família | | | | Pessoa com LM | | | |
|----------------------------|---------|------|-----|------|---------------|------|-----|------|
| | Sim | | Não | | Sim | | Não | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Dinheiro | 39 | 52,0 | 36 | 48,0 | 57 | 76,0 | 18 | 24,0 |
| Moradia | 33 | 44,0 | 42 | 56,0 | 25 | 33,3 | 50 | 66,7 |
| Companhia/ Cuidado pessoal | 72 | 96,0 | 03 | 4,0 | 56 | 74,7 | 19 | 25,3 |

Fonte: Dados da pesquisa.

6.4.4 ASPECTOS ECONÔMICOS

A média da renda per capita nos domicílios dos participantes foi de 265,25 reais ($\pm 145,69$; $x_{\min}=63,75$, $x_{\max}=850,00$), sendo o número médio de moradores em tais casas de 4,6. Dos 75 sujeitos investigados, 61 (81,3%) são aposentados, 25 (33,3%) recebem ajuda financeira de parentes, 19 (25,3%) recebem recursos de programas sociais oficiais, 7 (9,3%) possuem direito a pensão, 6 (8%) trabalham como autônomos, 1 (1,3%) recebe valores oriundos de aluguéis e 2 (2,7%) possuem carteira devidamente assinada.

Com relação ao local de moradia, a maioria vive em casa própria ou do cônjuge (56%), seguido de locais alugados (28%) e cedidos sem custos por terceiros (14,7%). Os bens de consumo duráveis existentes nessas residências estão representados através de suas frequências na Tabela 12.

Tabela 12 - Frequências dos bens de consumo duráveis. Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010.

| Bens | Sim | |
|-----------------|-----|------|
| | n | % |
| Água encanada | 73 | 97,3 |
| Eletricidade | 74 | 98,7 |
| Esgoto | 62 | 82,7 |
| Geladeira | 66 | 88,0 |
| Aparelho de DVD | 55 | 73,3 |
| Computador | 19 | 25,3 |
| Telefone | 59 | 78,7 |
| Rádio | 69 | 92,0 |
| Carro | 14 | 18,7 |
| Aparelho de TV | 71 | 94,7 |
| Internet | 15 | 20,0 |

Fonte: Dados da pesquisa.

6.4.5 ASPECTOS FÍSICOS

Na Tabela 13, verifica-se que as médias da PA, da GCJ e da CA dos participantes do sexo masculino, encontram-se próximas dos padrões de normalidade, entretanto nas três variáveis supracitadas verificam-se desvios padrão elevados. Dentre tais variáveis, a que apresentou média alterada com relação ao valor padrão de normalidade foi a CA no sexo feminino no valor de 94,21, 14,21 cm acima do preconizado, sendo esse último valor maior até mesmo do que o desvio padrão.

A prevalência de sujeitos com os níveis pressóricos, glicêmicos e de CA alterados foram, respectivamente: 49,3%, 17,3% e 48%.

Tabela 13 - Valores da pressão arterial, glicemia capilar de jejum e da circunferência abdominal entre as pessoas com lesão medular. Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010.

| Medidas | PA | | GCJ | CA | |
|--------------------------|----------------|----------------|--------|----------------|----------------|
| | S ^a | D ^b | | M ^c | F ^d |
| Tendência Central | | | | | |
| Média | 128,13 | 83,80 | 85,85 | 91,36 | 94,21 |
| Mediana | 130,00 | 80,00 | 85,00 | 90,00 | 96,50 |
| Moda | 120,00 | 80,00* | 85,00 | 71,00* | 93,00 |
| Dispersão | | | | | |
| Mínimo | 95,00 | 60,00 | 57,00 | 65,00 | 70,00 |
| Máximo | 190,00 | 120,00 | 113,00 | 131,00 | 113,00 |
| Desvio Padrão | 17,664 | 12,703 | 12,705 | 15,032 | 13,156 |
| Percentil 25 | 120,00 | 80,00 | 78,00 | 78,50 | 85,00 |
| Percentil 50 | 130,00 | 80,00 | 85,00 | 90,00 | 96,50 |
| Percentil 75 | 140,00 | 90,00 | 96,00 | 102,50 | 105,25 |

Fonte: Dados da pesquisa. ^a S = sistólica; ^b D = diastólica; ^c M = masculino; ^d F = feminino; * Existem mais de uma moda, sendo apresentadas na tabela as modas de valor mais próximas de zero.

Entre os sujeitos investigados, 55 (73,3%) referiram ter alguma doença e/ou problema de saúde. Dentre esses, 40 (53,3%) afirmaram que os problemas de saúde atrapalham de alguma maneira a realização de atividades. A prevalência dessas patologias e/ou agravos a saúde auto-referidas estão destacadas na Tabela 14. Com relação a tais problemas de saúde, 56 (74,7%) informaram ter recebido alguma assistência de saúde, todavia, 17 (22,7%) não receberam qualquer tipo de cuidado.

Tabela 14 - Doenças e/ou condições auto-referidas pelas pessoas com lesão medular. Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010.

| Doenças/condições de saúde | Geral | | Masculino | | Feminino | |
|--------------------------------|-------|------|-----------|------|----------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Dor | 51 | 68,0 | 41 | 67,2 | 10 | 71,4 |
| Alteração sexual | 41 | 54,7 | 34 | 55,7 | 07 | 50 |
| Hipertensão arterial sistêmica | 31 | 41,3 | 24 | 39,3 | 07 | 50 |
| Infertilidade | 26 | 34,7 | 24 | 39,3 | 02 | 14,3 |
| Úlcera por pressão | 25 | 33,3 | 21 | 34,4 | 04 | 28,6 |
| Insônia | 10 | 13,3 | 07 | 11,5 | 03 | 21,4 |
| Queimação gástrica | 08 | 10,7 | 04 | 6,6 | 04 | 28,6 |
| Cansaço | 07 | 9,3 | 07 | 11,5 | - | - |
| Infecção do trato urinário | 07 | 9,3 | 06 | 9,8 | 01 | 7,1 |
| Diabetes mellitus | 05 | 6,7 | 03 | 4,9 | 02 | 14,3 |
| Cálculo renal | 03 | 4,0 | 03 | 4,9 | - | - |
| Osteoporose | 03 | 4,0 | 01 | 1,6 | 02 | 14,3 |
| Estresse | 02 | 2,7 | 01 | 1,6 | 01 | 7,1 |
| Insuficiência renal | 02 | 2,7 | 02 | 3,3 | - | - |
| Dificuldade de comunicação | 02 | 2,7 | 01 | 1,6 | 01 | 7,1 |
| Deficiência auditiva | 01 | 1,3 | - | - | 01 | 7,1 |
| Cefaléia | 01 | 1,3 | - | - | 01 | 7,1 |
| Hipotireoidismo | 01 | 1,3 | - | - | 01 | 7,1 |
| Convulsão frequente | 01 | 1,3 | 01 | 1,6 | - | - |
| Reumatismo | 01 | 1,3 | 01 | 1,6 | - | - |
| Artrite/artrose | 01 | 1,3 | - | - | 01 | 7,1 |
| Febre reumática | 01 | 1,3 | 01 | 1,6 | - | - |
| Síncope frequente | 01 | 1,3 | 01 | 1,6 | - | - |
| Hemorroides | 01 | 1,3 | 01 | 1,6 | - | - |

Fonte: Dados da pesquisa.

No Gráfico 2, fica evidenciado que a prevalência de hipertensão arterial sistêmica auto-referida encontrada foi menor do que a encontrada com relação aos níveis pressóricos alterados.

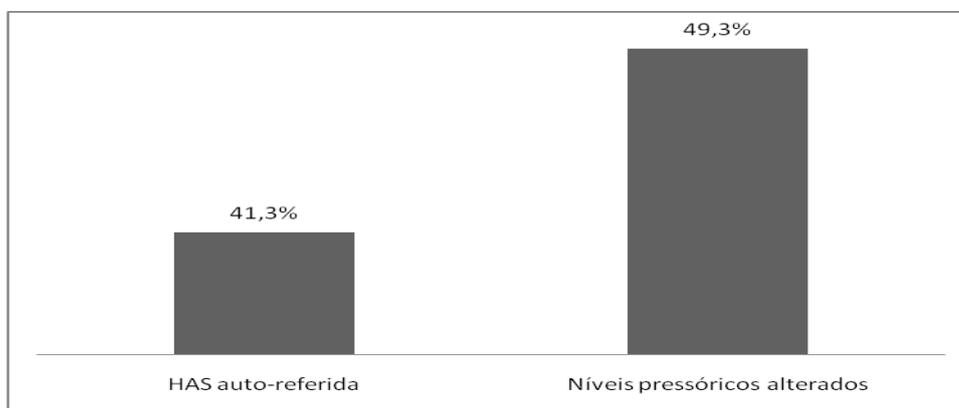


Gráfico 2 - Distribuição das pessoas com lesão medular segundo a HAS auto-referida e os níveis pressóricos alterados. Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010.

No concernente a locomoção, 89,3% (n = 67) da amostra consegue se mobilizar sozinho com o auxílio de órteses. Na Tabela 15, apresenta-se as órteses utilizadas, bem como a necessidade de troca identificada pelas pessoas com LM.

Tabela 15 - Frequência da utilização e necessidade de troca de órteses pelas pessoas com lesão medular. Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010.

| Órteses | Utilização | | Necessidade de troca | |
|------------------|------------|------------|----------------------|-------------|
| | n | % | n | % |
| Bengala | 03 | 4,0 | 01 | 1,3 |
| Muleta | 07 | 9,3 | 05 | 6,7 |
| Cadeira de rodas | 52 | 69,3 | 38 | 50,7 |
| Andajá | 01 | 1,3 | - | - |
| Não usa órtese | 12 | 16,1 | - | - |
| Total | 75 | 100 | 44 | 58,7 |

Fonte: Dados da pesquisa.

Quando perguntados sobre a saúde bucal, 33 (44%) dos participantes afirmaram enfrentar algum problema dentário que atrapalha o processo de mastigação. Com referência à procura por assistência odontológica verificou-se que: 42,7% procura serviço público, 22,7% serviço particular, 2,7% plano de saúde e 32% não procura atendimento odontológico há muito tempo.

Já com relação à procura por atendimento médico, 54 (72%) participantes relataram procurar tal profissional para cuidar da saúde. Considerando apenas o último ano, 46 (61,3%) se submeteram a consultas médicas, 36 (48%) fizeram exames laboratoriais, 9 (12%) foram atendidos em serviços de emergência e 7 (9,3%) foram internados. No entanto, 21 (28%) sujeitos declararam não procurar serviços médicos, apontando como justificativas o que segue: não precisar (n = 7), dificuldade de locomoção ou transporte (n = 5), dificuldade de acesso (n = 1), e dificuldade financeira (n = 8).

Dos 75 indivíduos investigados, 52 (69,3%) estão em uso de medicamentos. Desses, 19 (25,3%) enfrentam dificuldades para obter os remédios que utiliza regularmente. As queixas são da seguinte ordem: dificuldade financeira (17,3%), dificuldade para encontrar a droga nas farmácias (5,3%) e para obter as receitas (4%).

6.5 RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CAPACIDADE FUNCIONAL PARA AS ATIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIÁRIA

Conforme apresentado na Tabela, não foi verificada associação entre as variáveis sociodemográficas e a capacidade funcional, porém observou-se uma prevalência maior de independência entre os sujeitos que tinham credo religioso.

Tabela 16 - Associações não ajustadas entre os fatores sociodemográficos e a capacidade funcional das pessoas com lesão medular. Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010.

| Variáveis sociodemográficas | Capacidade Funcional | | | | RP (IC - 95%) | X ^{2d} | P ^d |
|-----------------------------|-------------------------|------|---------------------------|------|--------------------|-----------------|----------------|
| | Dependente ^a | | Independente ^b | | | | |
| | n | % | n | % | | | |
| Sexo | | | | | | | |
| Masculino | 17 | 27,9 | 44 | 72,1 | 1,95 (0,50 - 7,48) | 1,223 | 0,269 |
| Feminino | 02 | 14,3 | 12 | 85,7 | | | |
| Religião | | | | | | | |
| Sem credo | 01 | 50 | 01 | 50 | 2,02 (0,47 - 8,58) | 0,661 | 0,445 |
| Com credo | 18 | 24,7 | 55 | 75,3 | | | |
| Raça | | | | | | | |
| Não branca | 10 | 25 | 30 | 75 | 0,97 (0,44 - 2,11) | 0,005 | 0,943 |
| Branca | 09 | 25,7 | 26 | 74,3 | | | |
| Escolaridade | | | | | | | |
| <10 anos | 17 | 27 | 46 | 73 | 1,61 (0,42 - 6,11) | 0,611 | 0,434 |
| ≥10 anos | 02 | 16,7 | 10 | 83,3 | | | |
| Estado civil | | | | | | | |
| Sem companheiro | 08 | 21,1 | 30 | 78,9 | 0,70 (0,32 - 1,56) | 0,746 | 0,388 |
| Com companheiro | 11 | 29,7 | 26 | 70,3 | | | |
| Renda | | | | | | | |
| até 3 SM ^c | 16 | 24,2 | 50 | 75,8 | 0,72 (0,26 - 2,01) | 0,329 | 0,566 |
| Mais de 3 SM | 03 | 33,3 | 06 | 66,7 | | | |
| Idade atual | | | | | | | |
| < 65 anos | 13 | 23,2 | 53 | 76,8 | 0,46 (0,18 - 1,15) | 2,098 | 0,166 |
| ≥ 65 anos | 03 | 50 | 03 | 50 | | | |
| Idade na LM | | | | | | | |
| < 65 anos | 18 | 24,3 | 56 | 75,7 | 0,24 (0,16 - 0,36) | - | - |
| ≥ 65 anos | 01 | 100 | - | - | | | |

Fonte: Dados da pesquisa; ^a Dependente = nível de incapacidade moderado, grave ou total; ^b Independente = nível de incapacidade leve ou total capacidade funcional; ^c SM = salário mínimo. ^d Nas caselas menores que cinco, considerou-se o teste de Fisher.

6.6 RELAÇÃO ENTRE CONDIÇÕES DE SAÚDE E INCAPACIDADE FUNCIONAL PARA AS ATIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIÁRIA

Na Tabela 17, verificou-se que não existiu associação entre as variáveis condições de saúde e a capacidade funcional, porém observou-se uma prevalência maior de independência entre os sujeitos que tinham CA normal.

Tabela 17 - Associações não ajustadas entre as condições de saúde e a capacidade funcional das pessoas com lesão medular. Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010.

| Condições de saúde | Capacidade Funcional | | | | RP (IC - 95%) | X ^{2g} | P ^g |
|-------------------------|-------------------------|------|---------------------------|------|--------------------|-----------------|----------------|
| | Dependente ^a | | Independente ^b | | | | |
| | n | % | n | % | | | |
| Etiologia | | | | | | | |
| Traumática | 17 | 25 | 51 | 75 | 0,87 (0,25 - 3,02) | 0,043 | 0,572 |
| Não traumática | 02 | 28,6 | 05 | 71,4 | | | |
| Pressão arterial | | | | | | | |
| Alterada | 10 | 27 | 27 | 73 | 1,14 (0,52 - 2,48) | 0,111 | 0,739 |
| Normal | 09 | 23,7 | 29 | 76,3 | | | |
| Glicemia capilar | | | | | | | |
| Alterada | 03 | 23,1 | 10 | 76,9 | 0,88 (0,29 - 2,58) | 0,057 | 0,812 |
| Normal | 16 | 26,2 | 45 | 73,8 | | | |
| C. abdominal | | | | | | | |
| Alterada | 12 | 33,3 | 24 | 66,7 | 1,85 (0,82 - 4,19) | 2,342 | 0,126 |
| Normal | 07 | 17,9 | 32 | 82,1 | | | |
| HAS^c | | | | | | | |
| Sim | 09 | 29 | 22 | 71 | 1,27 (0,58 - 2,77) | 0,382 | 0,536 |
| Não | 10 | 22,7 | 34 | 77,3 | | | |
| Diabetes | | | | | | | |
| Sim | 01 | 20 | 04 | 80 | 0,77 (0,12 - 4,69) | 0,081 | 0,626 |
| Não | 18 | 25,7 | 52 | 74,3 | | | |

Tabela 17 - Associações não ajustadas entre as condições de saúde e a capacidade funcional das pessoas com lesão medular. Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010.

| Condições de saúde | Capacidade Funcional | | | | RP (IC - 95%) | χ^2_{g} | P ^g |
|-------------------------|-------------------------|------|---------------------------|------|--------------------|--------------|----------------|
| | Dependente ^a | | Independente ^b | | | | |
| | n | % | n | % | | | |
| Gastrite | | | | | | | |
| Sim | 03 | 37,5 | 05 | 62,5 | 1,57 (0,58 - 4,23) | 0,650 | 0,420 |
| Não | 16 | 23,9 | 51 | 73,1 | | | |
| Cansaço | | | | | | | |
| Sim | 01 | 14,3 | 06 | 85,7 | 0,54 (0,84 - 3,45) | 0,498 | 0,428 |
| Não | 18 | 26,5 | 50 | 73,5 | | | |
| ITU^d | | | | | | | |
| Sim | 03 | 42,9 | 04 | 57,1 | 1,82 (0,70 - 4,74) | 1,253 | 0,243 |
| Não | 16 | 23,5 | 52 | 76,5 | | | |
| Insônia | | | | | | | |
| Sim | 02 | 20 | 08 | 80 | 0,75 (0,20 - 2,77) | 0,204 | 0,651 |
| Não | 17 | 26,6 | 47 | 73,4 | | | |
| UP^e | | | | | | | |
| Sim | 05 | 20 | 20 | 80 | 0,77 (0,29 - 1,75) | 0,564 | 0,453 |
| Não | 14 | 28 | 36 | 72 | | | |
| Dor | | | | | | | |
| Sim | 13 | 25,5 | 38 | 74,5 | 1,02 (0,44 - 2,35) | 0,002 | 0,964 |
| Não | 06 | 25 | 18 | 75 | | | |
| Alteração sexual | | | | | | | |
| Sim | 11 | 26,8 | 30 | 73,2 | 1,14 (0,51 - 2,51) | 0,107 | 0,744 |
| Não | 08 | 23,5 | 26 | 76,5 | | | |
| Infertilidade | | | | | | | |
| Sim | 05 | 19,2 | 21 | 80,8 | 0,67 (0,27 - 1,66) | 0,784 | 0,376 |
| Não | 14 | 28,6 | 35 | 71,4 | | | |
| IM^f | | | | | | | |
| Sim | - | - | 08 | 10 | 1,39 (1,20 - 1,62) | - | - |
| Não | 19 | 28,4 | 48 | 71,6 | | | |

Fonte: Dados da pesquisa; ^a Dependente = nível de incapacidade moderado, grave ou total; ^b Independente = nível de incapacidade leve ou total capacidade funcional; ^c HAS =

Hipertensão arterial sistêmica; ^d ITU = Infecção do trato urinário; ^e UP = Úlcera por pressão; ^f IM = Incapacidade de mobilização; ^g Nas caselas menores que cinco, considerou-se o teste de Fisher.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CAPACIDADE FUNCIONAL DE ADULTOS COM LESÃO MEDULAR

DEMOGRAPHIC PROFILE AND FUNCTIONAL CAPACITY OF ADULTS WITH SPINAL CORD INJURY

Inacia Sátiro Xavier de França¹; Alexandro Silva Coura²

RESUMO

OBJETIVO: Verificar o grau de incapacidade funcional (IF) para as atividades da vida diária em adultos com lesão medular e associações entre os aspectos sociodemográficos e a IF. **MÉTODOS:** Utilizou-se o Índice de Barthel (IB) e um questionário com variáveis sociodemográficas. Participaram 75 sujeitos. Efetuou-se os testes: Qui-quadrado, Cronbach e Fisher. **RESULTADOS:** A média de idade foi de 43,23 anos; 81,3% do sexo masculino e 18,7% do feminino. O Alfa de Cronbach Total foi de 0,807. As atividades nas quais se verificou maior dificuldade de realização foram Subir e Descer escadas (92%) e Deambular (82,7%). O escore médio do IB foi de 64 pontos. Os testes de associação apresentaram valores de $p > 0,05$. **CONCLUSÕES:** A população classifica-se em um grau de leve dependência e não existiu associação entre as variáveis sociodemográficas e a IF.

Descritores: Pessoas com Deficiência; Traumatismos da Medula Espinhal; Fatores Socioeconômicos; Atividades cotidianas; Epidemiologia.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Ascertain the degree of functional incapacity (FI) for activities of daily living in adults with spinal cord injury and associations between the sociodemographic and FI. **METHODS:** We used the Barthel Index (BI) and a questionnaire with sociodemographic variables. 75 subjects participated. We

* Artigo derivado da dissertação de Mestrado "Perfil sociodemográfico e condições de saúde de adultos com lesão medular", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

¹ Enfermeira. Doutora. Professora titular do Departamento de Enfermagem da UEPB. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (UPE/UEPB). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (UEPB). Bolsista de Produtividade do CNPq. E-mail: isxf@oi.com.br. Fone: (83) 3341-2766.

² Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (UEPB). Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Rua Vigário Calixto, 1450, bloco: H, apto. 103, Catolé. Campina Grande-PB. CEP: 58104-481. E-mail: alex@uepb.edu.br. Fone: (83) 8859-4107.

conducted the tests: Chi-square, Cronbach and Fisher. **RESULTS:** The mean age was 43.23 years, 81.3% male and 18.7% female. The Total Cronbach's Alpha was 0.807. The activities in which there was greater difficulty in performing up and down stairs (92%) and ambulate (82.7%). The average score of the BI was 64 points. The tests of association presented p values > 0.05. **CONCLUSIONS:** The population is classified into a mild degree of dependence and there was no association between sociodemographic variables and the FI.

Descriptors: Disabled Persons; Spinal Cord Injuries; Socioeconomic Factors; Activities of Daily Living; Epidemiology.

INTRODUÇÃO

A incidência de agravos externos, incluindo a lesão medular (LM), está sendo elevada devido o aumento do número de acidentes com automóveis e motocicletas, bem como da violência urbana, constituindo-se em um problema de saúde pública¹⁷. Em 2007, o Sistema Único de Saúde atendeu 832.858 usuários que foram internados por causas externas. No primeiro semestre de 2009, foram internados 1.787 pessoas por causas externas, apenas na Rede Sarah de Hospitais²¹.

Em estatísticas norte-americanas consta que a incidência da LM varia entre 28 e 55 casos por um milhão de pessoas chegando a 10.000 casos novos por ano, dentre os quais, 55% são casos de paraplegia e 44% de tetraplegia¹⁶. Já no Brasil, existe cerca de 130 mil pessoas com LM²³.

A pessoa que sofre LM, possivelmente, irá apresentar sequelas, as quais, podem ser: déficit neuromuscular, respiratório e circulatório, alterações no metabolismo, dificuldade no controle dos esfíncteres e espasticidade¹². Devido a tais condições, podem surgir outras complicações de saúde como a obesidade, a doença coronariana e a diabetes mellitus tipo 2⁷. A LM também está associada ao aumento do risco de desenvolver úlceras por pressão¹⁵.

As sequelas supracitadas podem gerar incapacidade funcional (IF) nas pessoas com LM para a realização das atividades da vida diária (AVD's). O Consortium for Spinal Cord Medicine recomenda que a capacidade funcional seja monitorada e avaliada constantemente no período de reabilitação e que os resultados funcionais sejam maximizados por meio de estratégias clínicas. Portanto,

uma das prioridades no tratamento dos indivíduos com LM é a otimização da independência funcional²⁰.

Exige-se das pessoas com LM o desenvolvimento de um conjunto de habilidades para enfrentar as repercussões desse agravo sobre as relações familiares, afetivas, sociais e ocupacionais¹⁴.

Na tentativa de atender as demandas das pessoas com deficiência, o Estado sancionou a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência⁴ e a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência³ que, dentre outras diretrizes, recomendam: assistência integral à saúde, promoção da qualidade de vida, organização do funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência e capacitação dos recursos humanos da área.

No que tange os aspectos sociodemográficos, as pessoas com deficiência encontram dificuldade para assegurar o seu desenvolvimento humano, pois, os parâmetros econômicos de justiça social, a exemplo do Coeficiente de Gine, apontam que apenas 10% da população brasileira concentra índices significativos de renda per capita. Assim, apesar das pessoas com deficiência já terem conquistado legislação específica que lhes assegura direitos de cidadania, elas enfrentem condições sociais que lhes dificulta a superação da pobreza, em decorrência de fatores limitantes no campo da saúde, da educação e do trabalho⁹.

Foi traçado como objetivo do estudo verificar o grau de IF para as AVD's em adultos com LM e associações entre os aspectos sociodemográficos e a IF.

MÉTODOS

Estudo transversal, censitário e quantitativo. Foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF's) da área urbana da Microrregião do Agreste da Borborema (MAB) no período de agosto de 2009 a novembro de 2010. A microrregião citada é uma das sete que formam o Compartimento da Borborema, o qual, localiza-se no Planalto da Borborema. A mesma engloba as seguintes cidades: Areial, Campina Grande, Esperança, Fagundes, Lagoa Seca, Massaranduba, Montadas, Pocinhos, Puxinanã, Queimadas, Remígio e Solânea.

A população foi composta pelas 75 pessoas com LM residentes na MAB, cadastrados em alguma das 99 UBSF's de zona urbana existentes nas cidades que compõem a MAB. Para participar do estudo foram determinados como critérios de

elegibilidade os seguintes: pessoas com 18 anos ou mais, de ambos os sexos, que apresentam LM diagnosticada por especialista, com paraplegia ou tetraplegia, função cognitiva normal, que residem na zona urbana da MAB e que aceitaram participar da investigação.

Antes das atividades de campo, foram providenciados os materiais necessários ao estudo. Em seguida, foi realizado um teste piloto para verificar a exequibilidade dos instrumentos. Também foi construído um manual de campo, para auxiliar os pesquisadores. Foram utilizados dois instrumentos: o Questionário I e o Questionário II, denominado Índice de Barthel (IB). O Questionário I foi destinado a investigação das variáveis demográficas e socioeconômicas. Esse instrumento foi preenchido pelo pesquisador mediante as respostas dos participantes.

O Índice de Barthel (IB)⁶ possibilitou avaliar a capacidade funcional dos participantes para às AVD's. Este índice contém dez itens de mobilidade que constituem as AVD's: vestir-se, banhar-se, alimentar-se, fazer a higiene, levantar-se da cama e sentar-se numa cadeira, controlar bexiga e intestino, utilizar banheiro, caminhar e subir escadas. Cada item contém perguntas que recebem pontuação 0, 5, 10 ou 15, conforme a capacidade para executar a atividade. O resultado global varia de 0 a 100 pontos. A pontuação igual a 100 significa total independência; 60 - 95 indica leve dependência; 40 - 55 indica moderada dependência; 20 - 35 indica grave dependência; e < 20 indica total dependência e elevado risco de morte.

Os dados coletados foram implantados (em dupla entrada) em um banco de dados eletrônico e analisados por meio do programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 15.0 para windows e apresentados por meio de tabelas e gráfico. As associações investigadas consideraram os intervalos de confiança em 95%.

Para análise dos dados sociodemográficos e dos escores do IB, utilizou-se a estatística descritiva. Para verificar o nível de significância entre associações dos aspectos sociodemográficos e IF para as AVD's, calculou-se as razões de prevalência e comparou-se as proporções de prevalência por meio do teste de Qui-quadrado. Nas caselas menores que cinco, considerou-se o teste de Fisher.

A fidedignidade do questionário Índice de Barthel foi verificada por meio do Teste de Cronbach, considerando o Alfa total, Correlação com itens corrigidos e Alfa com itens deletados. Tal teste permite verificar a confiabilidade do instrumento, ou seja, a consistência interna⁸.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CEP/UEPB), sob o CAAE: 0490.0.133.000-08. Somente depois da aprovação, foi iniciada a coleta dos dados. Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, em seguida, os sujeitos que atenderam aos critérios de inclusão no estudo assinaram o TCLE, conforme preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde².

RESULTADOS

Perfil sociodemográfico

Na Tabela 1, são apresentados os dados sociodemográficos. A maioria é do sexo masculino (81,3%), com uma proporção de 4,35 homens para cada mulher. Entre os 75 participantes, a maior parte é católico (66,7%), de raça não branca (54,7%), com ensino fundamental 2 completo (56%), vive sem companheiro (50,7%) e com renda de até dois salários mínimos (70,7%).

Verifica-se que a faixa etária atual com maior frequência é de 50 a 65 anos (36%) e que a faixa etária na época da LM com maior representatividade é de 18 a 33 anos (50,7%). A média da idade do participantes foi de 43,23 anos. Entretanto, na época da LM a média da idade era de 30,73 anos. É importante destacar que a média de tempo de LM é alta, sendo superior a 10 anos.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos adultos com lesão medular. Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010.

| Variáveis | n | % |
|------------------------|----------|----------|
| Sexo | | |
| Masculino | 61 | 81,3 |
| Feminino | 14 | 18,7 |
| Credo religioso | | |
| Sem credo | 02 | 2,7 |
| Católico | 50 | 66,7 |
| Evangélico | 20 | 26,7 |
| Kardecista | 03 | 4,0 |
| Raça | | |
| Branca | 34 | 45,3 |
| Negra | 17 | 22,7 |
| Parda | 22 | 29,3 |
| Amarela | 02 | 2,7 |

| | | |
|------------------------------------|----|------|
| Escolaridade | | |
| Fundamental 1 | 15 | 20,0 |
| Fundamental 2 | 42 | 56,0 |
| Médio | 08 | 10,7 |
| Superior | 09 | 12,0 |
| Pós-graduação | 01 | 1,3 |
| Estado civil | | |
| Solteiro | 26 | 34,7 |
| Casado | 29 | 38,7 |
| Viúvo | 02 | 2,7 |
| Divorciado | 10 | 13,3 |
| União estável | 08 | 10,7 |
| Renda | | |
| 1 salário mínimo* | 24 | 32,0 |
| 2 salários mínimo | 29 | 38,7 |
| 3 salários mínimo | 13 | 17,3 |
| ≥ 4 salários mínimo | 09 | 12,0 |
| Faixa etária atual | | |
| 18 - 33 anos | 25 | 33,3 |
| 34 - 49 anos | 17 | 22,7 |
| 50 - 65 anos | 27 | 36,0 |
| 66 - 81 anos | 06 | 8,0 |
| Faixa etária na época da LM | | |
| 2 - 17 anos | 10 | 13,3 |
| 18 - 33 anos | 38 | 50,7 |
| 34 - 49 anos | 19 | 25,3 |
| 50 - 65 anos | 07 | 9,3 |
| 66 - 81 anos | 01 | 1,3 |

Fonte: Dados da pesquisa. n = 75; * Salário mínimo = R\$: 510,00.

É valido ressaltar que a maioria dos participantes é natural de alguma cidade paraibana (86,7%), seguido de Pernambuco (8%), Rio de Janeiro (2,7%) e Bahia e Ceará ambos com 1,3%. Já média de anos morando na atual cidade foi de 32,47 ($\pm 16,7$; $x_{\text{mín}}=1$, $x_{\text{máx}}=74$).

Teste de fidedignidade do Índice de Barthel

A fidedignidade do questionário denominado Índice de Barthel, apesar de ser um instrumento já testado e validado, foi verificada por meio do Teste de Cronbach, conforme a Tabela 2. Verificou-se satisfatória confiabilidade com Alfa de Cronbach total = 0,807, Correlação total de itens corrigidos > 0,3 e Alfa de Cronbach com item deletado > 0,7.

Tabela 2 - Questionário Índice de Barthel testado com o Alfa de Cronbach total, Correlação total de itens corrigidos e Alfa com item deletado.

| Itens do Índice de Barthel | Correlação total de itens corrigidos | Alfa de Cronbach com item deletado | Alfa de Cronbach total |
|-----------------------------------|---|---|-------------------------------|
| Comer | 0,366 | 0,803 | 0,807 |
| Lavar-se | 0,534 | 0,789 | |
| Vestir-se | 0,530 | 0,785 | |
| Arrumar-se | 0,365 | 0,804 | |
| Evacuar | 0,423 | 0,798 | |
| Micção | 0,388 | 0,805 | |
| Usar sanitário | 0,665 | 0,767 | |
| Transferir-se | 0,637 | 0,770 | |
| Deambular | 0,590 | 0,777 | |
| Subir escada | 0,484 | 0,790 | |

Fonte: Dados da pesquisa.

Capacidade Funcional

As prevalências de IF para as AVD's, estão apresentadas na Tabela 3. Em termos percentuais, as atividades nas quais se verificou maior dificuldade de realização foram Subir e Descer escadas (92%) e Deambular (82,7%). Já as maiores independências foram constatadas nas atividades Comer (93,3%) e Arrumar-se (88%). Quando estratificada por sexo, as frequências de IF para as AVD's foram maiores no sexo feminino, exceto no tocante a variável micção.

Tabela 3 - Prevalência de incapacidade funcional nas pessoas com lesão medular conforme o sexo. Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010.

| Atividades da vida diária | | Sexo | | | | | |
|----------------------------------|--------------|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | | Geral | | M | | F | |
| | | n | % | n | % | n | % |
| Comer | Independente | 70 | 93,3 | 58 | 95,1 | 12 | 85,7 |
| | Ajuda | 03 | 4,0 | 02 | 3,3 | 01 | 7,1 |
| | Dependente | 02 | 2,7 | 01 | 1,6 | 01 | 7,1 |
| Lavar-se | Independente | 46 | 61,3 | 39 | 63,9 | 07 | 50,0 |
| | Dependente | 29 | 38,7 | 22 | 36,1 | 07 | 50,0 |
| Vestir-se | Independente | 49 | 65,3 | 40 | 65,6 | 02 | 14,3 |
| | Ajuda | 20 | 26,7 | 17 | 27,9 | 03 | 21,4 |
| | Dependente | 06 | 8,0 | 04 | 6,6 | 09 | 64,3 |
| Arrumar-se | Independente | 66 | 88,0 | 56 | 91,8 | 10 | 71,4 |
| | Dependente | 09 | 12,0 | 05 | 8,2 | 04 | 28,6 |

| | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------|----|------|----|------|----|------|
| Evacuar | Continência normal | 28 | 37,3 | 23 | 37,7 | 05 | 35,7 |
| | Acidente ocasional | 25 | 33,3 | 21 | 34,4 | 04 | 28,6 |
| | Incontinente | 22 | 29,3 | 17 | 27,9 | 05 | 35,7 |
| Micção | Continência normal | 42 | 56,0 | 34 | 55,7 | 08 | 57,1 |
| | Acidente ocasional | 12 | 16,0 | 10 | 16,4 | 02 | 14,3 |
| | Incontinente | 21 | 28,0 | 17 | 27,9 | 04 | 28,6 |
| Usar sanitário | Independente | 41 | 54,7 | 35 | 57,4 | 06 | 42,9 |
| | Ajuda | 21 | 28,0 | 17 | 27,9 | 04 | 28,6 |
| | Dependente | 13 | 17,3 | 09 | 14,8 | 04 | 28,6 |
| Transferir-se | Independente | 53 | 70,7 | 46 | 75,4 | 07 | 50,0 |
| | Pequena ajuda | 09 | 12,0 | 06 | 9,8 | 03 | 21,4 |
| | Grande ajuda | 08 | 10,7 | 05 | 8,2 | 03 | 21,4 |
| | Dependente | 05 | 6,7 | 04 | 6,6 | 01 | 7,1 |
| Deambular | Independente | 13 | 17,3 | 11 | 18,0 | 02 | 14,3 |
| | Ajuda | 05 | 6,7 | 03 | 4,9 | 02 | 14,3 |
| | Cadeirante | 46 | 61,3 | 38 | 62,3 | 08 | 57,1 |
| | Dependente | 11 | 14,7 | 09 | 14,8 | 02 | 14,3 |
| Subir escada | Independente | 06 | 8,0 | 06 | 9,8 | - | - |
| | Ajuda | 10 | 13,3 | 07 | 11,5 | 03 | 21,4 |
| | Dependente | 59 | 78,7 | 48 | 78,7 | 11 | 78,6 |

Fonte: Dados da pesquisa.

O escore médio apresentado pela amostra foi de 64 pontos ($\pm 21,3$; $x_{\min}=0$, $x_{\max}=100$), classificando a amostra, de maneira geral, em um grau de leve dependência. Entretanto, conforme apresentado no Gráfico 1, 25,4% (n = 19) dos participantes classificaram-se com grau variando de Moderado para Total dependência.

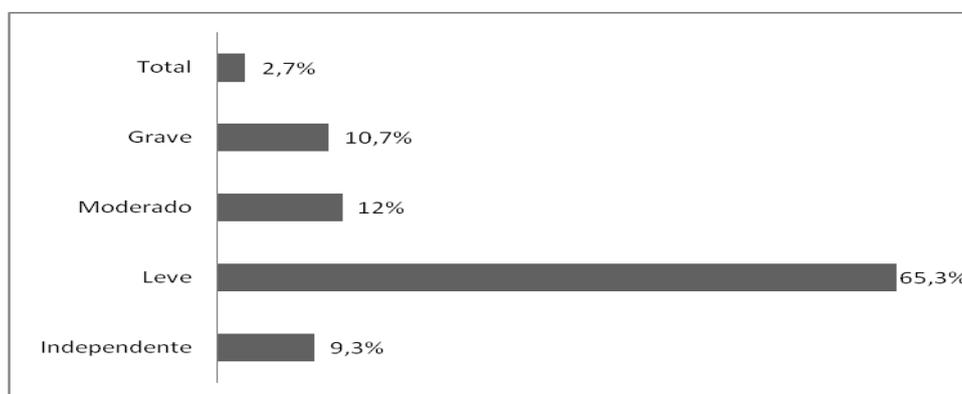


Gráfico 1 - Distribuição das pessoas com lesão medular segundo o grau de dependência pelo Índice de Barthel. Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010.

Relação entre variáveis sociodemográficas e capacidade funcional

Conforme apresentado na Tabela 4, não foi verificada associação entre as variáveis sociodemográficas e a capacidade funcional, porém observou-se uma prevalência maior de independência entre os sujeitos que tinham credo religioso.

Tabela 4 - Associações não ajustadas entre os fatores sociodemográficos e a capacidade funcional das pessoas com lesão medular. Microrregião do Agreste da Borborema, 2009 - 2010.

| Variáveis sociodemográficas | Capacidade Funcional | | | | RP (IC - 95%) | X ^{2a} | P ^d |
|-----------------------------|-------------------------|------|---------------------------|------|------------------|-----------------|----------------|
| | Dependente ^a | | Independente ^b | | | | |
| | n | % | n | % | | | |
| Sexo | | | | | | | |
| Masculino | 17 | 27,9 | 44 | 72,1 | 1,95 (0,50-7,48) | 1,223 | 0,269 |
| Feminino | 02 | 14,3 | 12 | 85,7 | | | |
| Religião | | | | | | | |
| Sem credo | 01 | 50 | 01 | 50 | 2,02 (0,47-8,58) | 0,661 | 0,445 |
| Com credo | 18 | 24,7 | 55 | 75,3 | | | |
| Raça | | | | | | | |
| Não branca | 10 | 25 | 30 | 75 | 0,97 (0,44-2,11) | 0,005 | 0,943 |
| Branca | 09 | 25,7 | 26 | 74,3 | | | |
| Escolaridade | | | | | | | |
| <10 anos | 17 | 27 | 46 | 73 | 1,61 (0,42-6,11) | 0,611 | 0,434 |
| ≥10 anos | 02 | 16,7 | 10 | 83,3 | | | |
| Estado civil | | | | | | | |
| Sem companheiro | 08 | 21,1 | 30 | 78,9 | 0,70 (0,32-1,56) | 0,746 | 0,388 |
| Com companheiro | 11 | 29,7 | 26 | 70,3 | | | |
| Renda | | | | | | | |
| até 3 SM ^c | 16 | 24,2 | 50 | 75,8 | 0,72 (0,26-2,01) | 0,329 | 0,566 |
| Mais de 3 SM | 03 | 33,3 | 06 | 66,7 | | | |
| Idade atual | | | | | | | |
| < 65 anos | 13 | 23,2 | 53 | 76,8 | 0,46 (0,18-1,15) | 2,098 | 0,166 |
| ≥ 65 anos | 03 | 50 | 03 | 50 | | | |
| Idade na LM | | | | | | | |
| < 65 anos | 18 | 24,3 | 56 | 75,7 | 0,24 (0,16-0,36) | - | - |
| ≥ 65 anos | 01 | 100 | - | - | | | |

Fonte: Dados da pesquisa; ^a Dependente = nível de incapacidade moderado, grave ou total; ^b Independente = nível de incapacidade leve ou total capacidade funcional; ^c SM = salário mínimo. ^d Nas caselas menores que cinco, considerou-se o teste de Fisher.

DISCUSSÃO

A maior proporção de sujeitos do sexo masculino verificada na população é semelhante aos resultados encontrados em um estudo desenvolvido no Centro Hospitalar Sarah de Brasília, no qual, foi observado uma frequência de 84,7% de

homens entre as pessoas acometidas pela LM¹. Em outra pesquisa realizada no Canadá, o sexo masculino representou 84,4% da amostra selecionada²⁶.

No concernente a maior frequência de sujeitos católicos, também verifica-se uma corroboração com a literatura, tendo em vista que segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a maioria dos brasileiros (73,8%) são fiéis do catolicismo¹³.

Já o relativo equilíbrio verificado nos percentuais de brancos e não brancos na população estudada está de acordo com o estudo de Oliveira Filho¹⁸, o qual, afirma que no Brasil, predomina o modo multipolar de classificação racial, ou seja, existem negros, mulatos, morenos, pardos, de cor, brancos, etc. Tais dados comprovam a assertiva de que a população brasileira é múltipla e predomina a mestiçagem¹⁹.

Como no presente estudo, a baixa escolaridade também foi verificada em uma investigação científica realizada por pesquisadores de Brasília, no qual, a maioria (53,2%) dos participantes só havia concluído o ensino fundamental¹.

A baixa renda verificada nessa pesquisa é semelhante aos dados encontrados em um estudo desenvolvido na cidade de Fortaleza-CE junto a uma amostra de 32 sujeitos, na qual, a maioria sobrevive com até um salário mínimo²⁵. Perante as limitações financeiras, podemos inferir que as condições de vida dessas pessoas são prejudicadas.

No tocante ao estado civil, as frequências encontradas são distribuídas entre as categorias de maneira quase que equivalente, no entanto, quando a variável foi dicotomizada em “com companheiro” e sem companheiro”, percebeu-se que de forma semelhante a literatura, a maioria vive sem companheiro. Um exemplo de pesquisa que aponta para essa inferência é o estudo realizado no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto²⁴, no qual, 80% da amostra estudada vive sem companheiro. Já em um estudo realizado no Distrito Federal, 61,3% dos pesquisados afirmou viver sem parceiro e 38,7% afirmou viver com parceiro¹.

Com relação a faixa etária, de acordo com Gallo e Hudak¹¹ a ocorrência de LM é mais concentrada entre 16 e 30 anos. Dessa forma, os dados encontrados estão em sintonia com a literatura. Outro estudo⁵ realizado na capital paulista direciona os dados na mesma linha tendo em vista que na ocasião a maioria dos participantes (40%) tinha entre 23 e 32 anos.

Portanto, a maioria dos sujeitos investigados são: homens, católicos, com baixa escolaridade e baixa renda, sem companheiras e sofreram a LM quando eram jovens. Tais características podem gerar consequências interdependentes: a baixa escolaridade gera a dificuldade de obter trabalho, por conseguinte surge o déficit financeiro. Com uma baixa renda a prevenção e promoção em saúde é mais difícil, bem como o acesso aos serviços de saúde, principalmente, ao nível secundário da assistência em saúde¹⁰.

No cotidiano das práticas em saúde, observa-se que o acesso das pessoas com LM aos serviços se dá nos mesmos padrões destinados ao atendimento da sociedade plural, com o incremento do acesso a ajuda técnica que corresponde a aquisição, sem ônus, de órteses e próteses. Essa prática dificulta o acompanhamento do estado de saúde desses indivíduos e a possibilidade de implantação de uma rede de apoio que ajude essas pessoas a melhorar a saúde tomando por base as suas perspectivas.

A confirmação da consistência interna do Índice de Barthel possibilita considerar o instrumento confiável, sendo uma boa ferramenta que pode ser utilizada para quantificar a capacidade funcional de pessoas com LM, pessoas com deficiência e a sociedade plural. Os profissionais de saúde podem lançar mão de tal questionário em sua rotina de assistência, pois a aplicação demanda poucos recursos financeiros e reduzido tempo.

Acreditava-se que era elevada a prevalência de IF dos indivíduos com LM para as AVD's, entretanto, tal fato foi verificado apenas em alguns itens. Também esperava-se identificar um alto grau de IF, fato que não se confirmou. Um estudo realizado a partir de relatórios de alta de pacientes acompanhados pelos ambulatórios de LM da Divisão de Medicina de Reabilitação no período entre 2000 e 2002 e no Centro de Reabilitação Umarizal da Universidade de São Paulo, apontou os itens subir escadas e vestir-se com as menores pontuações com relação a capacidade funcional das pessoas com LM²². Já uma pesquisa realizada em Fortaleza verificou o domínio Capacidade Funcional com pontuação de 20,75 em uma escala de 0 a 100, apontando para uma prevalência de IF de 53,75% entre os 32 indivíduos pesquisados²⁵.

Apesar dos resultados não apontarem para associação estatística entre os fatores sociodemográficos e a IF, acredita-se que existe relação entre essas

variáveis tendo em vista que a capacidade de realizar tarefas é influenciada por inúmeros fatores, sejam eles locais ou sistêmicos, como por exemplo a dor.

Não foram localizados estudos com metodologia semelhante a esse ou que tenham verificado associações entre variáveis sociodemográficas e a capacidade funcional para as AVD's utilizando o Índice de Barthel em pessoas com LM. Tal dificuldade impossibilitou comparação dos dados gerados com outras pesquisas. Portanto, sugere-se a replicação da metodologia utilizada em outras regiões para fins de comparar os achados.

As limitações do estudo são geradas devido a impossibilidade de determinar a direcionalidade das associações devido ao risco de viés da causalidade reversa, uma vez que fatores de risco, de proteção e desfechos são verificados concomitantemente (limitação típica de estudo de corte transversal). Além disso, também podem ser consideradas limitações: impossibilidade em diferenciar pessoas que sofreram LM completa ou incompleta e a dificuldade na identificação do nível de lesão.

CONCLUSÃO

As pessoas com LM , residentes na zona urbana da MAB são, na maioria, homens, jovens, com baixa renda e baixa escolaridade.

As sequelas deixadas pela LM prejudicam de forma significativa a capacidade das pessoas desempenharem algumas atividades em seu dia-a-dia, principalmente, aquelas que exigem muito das funções músculo-esqueléticas como: transferir-se, deambular e subir escadas. Portanto, confirma-se elevada prevalência de IF das pessoas com LM, entretanto apenas para alguns itens. Já o grau de incapacidade funcional geral foi identificado como sendo leve.

Verificou-se também, que não existiu associação estatística entre as variáveis sociodemográficas e a incapacidade funcional.

REFERÊNCIAS

1. Bampi LNS, Guilhem D, Lima DD. Qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática: um estudo com o WHOQOL-bref. *Rev Bras Epidemiol.* 2008;11(1):67-7.

2. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS: Indicadores e Dados Básicos Brasil 2008. [on-line]. 2008. [citado 2010 nov. 10]; Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Ministério da Saúde: Brasília. [on-line]. 2002. [citado 2010 nov. 02]; Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual2.pdf>.
4. Brasil. Decreto no 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de deficiência. Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 1999.
5. Cafer CR, Barros ALBL, Lucena AF, Mahl MLS, Michel JLM. Diagnósticos de enfermagem e proposta de intervenções para pacientes com lesão medular. *Acta paul. enferm.* 2005;18(4).
6. Costa EFA. Semiologia do Idoso. In: Porto CC. Semiologia médica. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001.
7. Edwards LA, Bugaresti JM, Buchholz AC. Visceral adipose tissue and the ratio of visceral to subcutaneous adipose tissue are greater in adults with than in those without spinal cord injury, despite matching waist circumferences. *American Journal of Clinical Nutrition.* [on-line]. 2008. [citado 2010 nov. 02]; 87(3):600-607. Disponível em: <http://www.ajcn.org/content/87/3/600.abstract>
8. Field A. Descobrimos a Estatística usando o SPSS. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
9. França ISX, Pagliuca LMF. Utilitarianism, poverty and development of disabled people. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2007;15(n.esp):857-63.
10. França ISX. Formas de sociabilidade e instauração da alteridade: vivência das pessoas com necessidades especiais. Tese (Doutorado). Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 2004.

11. Gallo BM, Hudak CM. Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
12. Galvin LR, Godfrey HPD. The impact of coping on emotional adjustment to spinal cord injury (SCI): review of the literature and application of a stress appraisal and coping formulation. *Spinal Cord*. 2001; 39(12):615-627.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). População presente, segundo o sexo, os grupos de idade, o estado conjugal, a religião, a nacionalidade e a alfabetização - 1872/2000. [on-line]. 2000. [citado 2010 nov. 02]; Disponível em: http://www.ibge.gov.br/seculoxx/arquivos_xls/palavra_chave/populacao/religiao.shtm
14. Kennedy P, Marsh N, Lowe R, Grey N, Short E, Rogers B. A longitudinal analysis of psychological impact and coping strategies following spinal cord injury. *British Journal of Health Psychology*. 2000; 5(2):157-72.
15. Krause JS, Broderick L. Patterns of recurrent pressure ulcers after spinal cord injury: identification of risk and protective factors 5 or more years after onset. *Arch Phys Med Rehabil*. 2004; 85:1257-1264.
16. Mantovani M. *Suporte básico e avançado devida no trauma*. São Paulo: Atheneu; 2005, 452 p.
17. Ninomyia AF, Jesus CLM, Auletta LL, Rimkus CM, Ferreira DM, Zoppi Filho A, et al. Análise clínica e ultrassonográfica dos ombros de pacientes lesados medulares em programa de reabilitação. *Acta ortop. bras*. [on-line]. 2007. [citado 2010 nov. 02]; 15(2):109-113. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-78522007000200011&lng=pt
18. Oliveira Filho P. Miscigenação versus bipolaridade racial: contradições e conseqüências opressivas do discurso nacional sobre raças. *Estud. psicol*. [on-line]. 2005. [citado 2010 03]; 10(2):247-53. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2005000200012&lng=en&nrm=iso

19. Oliveira F. Ser negro no Brasil: alcances e limites. *Estud. Av.* [on-line]. 2004. [citado 2010 jun. 02];18(50). Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142004000100006&lng=pt&nrm=iso

20. Paralyzed Veterans of America. Pressure ulcer prevention and treatment following spinal cord injury: a clinical practice guideline for health care professionals. Washington (DC): Paralyzed Veterans of America; 2000.

21. Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação. Perfil Geral. As internações por causas externas. [on-line]. 2010 [citado 2010 jul 03]; Disponível em:

http://www.sarah.br/paginas/prevencao/po/PDF2009-09/02_01_perf_gera_causas_ext.pdf

22. Riberto M. Functional Independence of spinal cord injured patients. *Acta Fisiatr.* 2005; 12(2):61-6.

23. Rodrigues D, Herrera G. Recursos fisioterapêuticos na prevenção da perda da densidade mineral óssea com lesão medular. *Acta Ortop Bras.* 2004; 12(3):183-8.

24. Sartori NR, Melo MRAC. Necessidades no cuidado hospitalar do lesado medular. *Medicina, Ribeirão Preto.* 2002; 35:151-59.

25. Vall J, Braga AB, Almeida PC. Estudo da qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [on-line]. 2006. [citado 2010 set 03];64(2b):451-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v64n2b/a19v642b.pdf>

26. Veigh SA, Hitzig SL, Craven BC. Influence of Sport Participation on Community Integration and Quality of Life: A Comparison Between Sport Participants and Non-Sport Participants With Spinal Cord Injury. *J Spinal Cord Med.* 2009;32(2):115-24.



DISCUSSÃO

7 DISCUSSÃO

Para melhor compreensão, a discussão será delineada por meio de duas sub-sessões: Condições sociodemográficas e Condições de saúde.

7.1 CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

A LM é causada, principalmente, por fatores vinculados a violência urbana⁽³⁷⁾. Como Campina Grande apresentou, entre as cidades da MAB, maior população, esperava-se também a verificação de maior número de casos da LM, inferência que se confirmou. Tal ideia se justifica, tendo em vista que os maiores centros apresentam episódios de violência urbana em maior número do que municípios menores.

A maior proporção de sujeitos do sexo masculino verificada na amostra é semelhante aos resultados encontrados em um estudo desenvolvido no Centro Hospitalar Sarah de Brasília, no qual, foi observado uma frequência de 84,7% de homens entre as pessoas acometidas pela LM⁽³⁸⁾. Em outra pesquisa realizada no Canadá, o sexo masculino representou 84,4% da amostra selecionada⁽³⁹⁾.

No concernente a maior frequência de sujeitos católicos, também verifica-se uma corroboração com a literatura, tendo em vista que segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a maioria dos brasileiros (73,8%) são fiéis do catolicismo⁽²⁹⁾.

Já o relativo equilíbrio verificado nos percentuais de brancos e não brancos na população estudada está de acordo com o estudo de Filho⁽⁴⁰⁾, o qual, afirma que no Brasil, predomina o modo multipolar de classificação racial, ou seja, existem negros, mulatos, morenos, pardos, de cor, brancos, etc. Tais dados comprovam a assertiva de que a população brasileira é múltipla e predomina a mestiçagem⁽⁴⁰⁾.

Como no presente estudo, a baixa escolaridade também foi verificada em uma investigação científica realizada por pesquisadores de Brasília, no qual, a maioria (53,2%) dos participantes só havia concluído o ensino fundamental⁽³⁸⁾.

A baixa renda verificada nessa pesquisa é semelhante aos dados encontrados em um estudo desenvolvido na cidade de Fortaleza-CE junto a uma amostra de 32 sujeitos, na qual, a maioria sobrevive com até um salário mínimo⁽⁴²⁾. Perante as limitações financeiras, podemos inferir que as condições de vida dessas pessoas são prejudicadas.

No tocante ao estado civil, as frequências encontradas são distribuídas entre as categorias de maneira quase que equivalente, no entanto, quando a variável foi dicotomizada em “com companheiro” e “sem companheiro”, percebeu-se que de forma semelhante a literatura, a maioria vive sem companheiro. Um exemplo de pesquisa que aponta para essa inferência é o estudo realizado no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCRP), no qual, 80% da amostra estudada vive sem companheiro⁽⁴³⁾. Já em um estudo realizado no Distrito Federal 61,3% dos pesquisados afirmou viver sem parceiro e 38,7% afirmou viver com parceiro⁽³⁸⁾.

Com relação a faixa etária, de acordo com Gallo e Hudak⁽¹⁶⁾ a ocorrência de lesão medular é mais concentrada entre 16 e 30 anos. Dessa forma, os dados encontrados estão em sintonia com a literatura. Outro estudo realizado na capital paulista por Cafer et al.⁽⁴⁴⁾ direciona os dados na mesma linha tendo em vista que na ocasião a maioria dos participantes (40%) tinha entre 23 e 32 anos.

As medidas de tendência central relativas à idade na época da LM verificadas nesse estudo, coadunam com um estudo realizado no Hospital Sarah de Brasília. No período de janeiro de 2005 a maio de 2006 pesquisou-se em uma amostra de pessoas com LM (111 Participantes) e verificou-se as seguintes medidas: Média: 31,3; Desvio Padrão: 11; Mediana: 28⁽³⁸⁾.

Portanto, a maioria dos sujeitos investigados são: homens, católicos, com baixa escolaridade e baixa renda, sem companheiras e sofreram a LM quando eram jovens. Tais características podem gerar consequências interdependentes: a baixa escolaridade gera a dificuldade de obter trabalho, por conseguinte surge o déficit financeiro. Com uma baixa renda a prevenção e promoção em saúde é mais difícil, bem como o acesso aos serviços de saúde, principalmente, ao nível secundário da assistência em saúde⁽³⁾.

No cotidiano das práticas em saúde, observa-se que o acesso das pessoas com LM aos serviços se dá nos mesmos padrões destinados ao atendimento da sociedade plural, com o incremento do acesso a ajuda técnica que corresponde a aquisição, sem ônus, de órteses e próteses. Essa prática dificulta o acompanhamento do estado de saúde desses indivíduos e a possibilidade de implantação de uma rede de apoio que ajude essas pessoas a melhorar sua saúde tomando por base as suas perspectivas. As consequências da problemática supracitada serão discutidas na próxima sessão.

7.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE

Os pacientes acometidos pela lesão medular enfrentam e percebem alterações em seu cotidiano que acabam por influenciar de maneira significativa sua qualidade de vida, uma vez que a lesão traz graves sequelas como a perda parcial ou total da motricidade e sensibilidade, comprometimento intestinal, sexual, vesical e vasomotor⁽⁴²⁾.

Sabe-se que a tecnologia evoluiu bastante bem como a assistência aos pacientes, entretanto as modificações provocadas pela lesão medular ainda não podem ser revertidas por completo, mesmo diante do atual progresso. Nessa perspectiva, além de originar algumas condições de saúde patológicas a lesão medular também favorece o aparecimento de outras enfermidades⁽⁴²⁾.

Quando questionados sobre como ocorreu a lesão na medula os participantes do presente trabalho relataram etiologias semelhantes a um estudo desenvolvido no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto por Sartori e Melo⁽⁴³⁾, entretanto com as duas causas mais prevalentes em ordem inversa. No estudo paulista verificou-se a seguinte ordem para as etiologias: Arma de fogo (60%), queda (20%), acidente de carro (13,3%) e outros (6,7%).

Considerando a alta prevalência de acidentes com arma de fogo e os dados da sessão Condições sociodemográficas, pode-se supor que os homens jovens estão mais expostos a

violência urbana e que ser de baixa renda aumenta a possibilidade de contato com atos violentos e, conseqüentemente, de ser acometido pela LM.

A confirmação da consistência interna do Índice de Barthel possibilita considerar o instrumento confiável, sendo uma boa ferramenta que pode ser utilizada para quantificar a capacidade funcional de pessoas com LM, pessoas com deficiência e a sociedade plural. Os profissionais de saúde podem lançar mão de tal questionário em sua rotina de assistência, pois a aplicação demanda poucos recursos financeiros e reduzido tempo.

Acreditava-se que era elevada a prevalência de incapacidade funcional dos indivíduos com LM para as AVD's, entretanto, tal fato foi verificado apenas em alguns itens. Também esperava-se identificar um alto grau de incapacidade funcional, fato que não se confirmou. Estes achados podem ser atribuídos à alta pontuação de alguns itens do IB, os quais elevaram o escore global da população. Um estudo realizado a partir de relatórios de alta de pacientes acompanhados pelos ambulatórios de LM da Divisão de Medicina de Reabilitação (DMR) no período entre 2000 e 2002 e no Centro de Reabilitação Umarizal (CRU) da Universidade de São Paulo, apontou os itens subir escadas e vestir-se com as menores pontuações com relação a capacidade funcional das pessoas com LM⁽⁴⁵⁾. Já uma pesquisa realizada em Fortaleza verificou o domínio Capacidade Funcional com pontuação de 20,75 em uma escala de 0 a 100, apontando para uma prevalência de incapacidade funcional de 53,75% entre os 32 indivíduos pesquisados⁽⁴²⁾.

Outro item com considerável grau de incapacidade funcional verificada foi a deambulação. Todavia, além da dificuldade de locomoção devido ao déficit motor, os pacientes com LM também enfrentam a dificuldade de deambulação em consequência da inadequação do espaço público urbano, pois o mesmo apresenta várias características que dificultam o deslocamento de pessoas com limitações, tais como: transporte coletivo sem adaptação, declives acentuados, meio fio sem rebaixamento e ausência de estacionamento específico para pessoas com deficiência física^(3,46,47).

Neste estudo, pode-se perceber que a maior prevalência de incapacidade funcional foi verificada entre as mulheres. Estudos anteriores confirmam esses achados; pois, segundo Santos e colaboradores⁽⁴⁸⁾, essa associação provavelmente deve-se ao fato de as mulheres possuírem maior expectativa de vida e, conseqüentemente, maior risco de desenvolver condições incapacitantes.

Nesse estudo a dor foi mais relatada pelos sujeitos independentes, diferindo dos resultados de um estudo desenvolvido por Vall e Braga⁽⁴⁹⁾, os quais, evidenciaram que um paciente com dor neuropática central secundária à LM possui baixa capacidade funcional e precária rede social de apoio, quando comparado com um paciente com as mesmas condições, porém sem dor associada.

Devido as suas condições motoras e de deambulação bem como dos exercícios realizados no âmbito dos programas de reabilitação referentes as atividades fisioterápicas os pacientes que sofreram LM acabam por se queixar de dores, como no ombro por exemplo⁽¹⁾.

Nessa perspectiva, a maior utilização dos membros superiores para a realização das atividades rotineiras como locomoção, transferência entre cadeira e cama, manutenção da posição sentada, necessidade de realizar com os braços elevados acima da cabeça algumas ações além das atividades esportivas e fisioterápicas são apontadas como as principais etiologias para o desenvolvimento de processos algícos⁽⁵⁰⁾.

Com relação a sexualidade, o fato da maioria apontar insatisfação para essa faceta da vida já era esperado, pois a LM pode comprometer a sensibilidade das áreas do aparelho reprodutivo. Todavia, mesmo com sequelas os indivíduos não perdem sua sexualidade e a disfunção sexual varia de pessoa para pessoa em proporcionalidade com o nível da lesão e de fatores psicológicos.

Num passado não muito distante o objetivo em um programa de reabilitação para pacientes com LM era restabelecer suas funções motoras. Atualmente, existe uma preocupação bem mais complexa, inclusive com relação a sexualidade. Nesse âmbito é importante salientar que o adulto com lesão medular não perde a sexualidade e sim pode sofrer uma disfunção sexual. Nessa perspectiva cabe a equipe de saúde orientar o paciente acerca de sua função sexual e urológica a fim de melhorar sua qualidade de vida⁽¹⁸⁾.

Devido a interrupção dos nervos da medula espinhal resultante da lesão, os esfíncteres passam a não ser mais controlados e/ou passam a ser controlados de forma insatisfatória⁽⁵¹⁾. Sendo assim já era de se esperar baixa eficácia com relação ao controle das eliminações intestinais e urinárias.

Com relação as úlceras por pressão, também já era esperado encontrar um número significativo de ocorrências devido a longa permanência das pessoas com LM na cama ou em

cadeiras de rodas, incontinência urinária e fecal e alterações no turgor e na elasticidade da pele.

Quando perguntados sobre as atividades realizadas nos momentos livres, as respostas de maneira geral foram preocupantes, pois muitos dos sujeitos investigados participam de poucas atividades de lazer e de exercícios físicos. A prática de esportes, a atividade física e o lazer são fundamentais para a reabilitação dos sequelados. O esporte possibilita o desenvolvimento de aspectos físicos e psicológicos, favorece a independência e amplia as alternativas de tratamento e ressocialização⁽⁵²⁾. As atividades em grupo, a competição, a recreação lúdica são alternativas que podem melhorar as funções emocionais, psicológicas e funcionais dos indivíduos lesionados⁽⁵⁰⁾.

O indivíduo com LM encontra-se com algumas limitações, fato que o impede de realizar determinadas atividades e pode afastar as pessoas do acometido pela lesão devido ao preconceito, por exemplo. Dessa maneira, esperava-se um forte descontentamento dos participantes da amostra com referência as relações pessoais o que não se comprovou com a coleta e análise dos dados.

As pessoas com LM, apresentam aumento acentuado de gordura corporal, diminuição da sensibilidade à insulina e leptina e outras alterações do metabolismo. Tais condições aumentam o risco de obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes do tipo 2 e síndrome metabólica⁽⁵³⁾.

Esses indivíduos estão mais expostos aos fatores de risco para doenças do aparelho cardiovascular e endócrino, devido se tornarem sedentários e tendenciosos ao aumento de peso, pois, é comum que após a fase de reabilitação permaneçam apresentando enfraquecimento músculo-esquelético, força e resistência diminuídas, enfraquecimento neuromuscular, intolerância à atividade física, dentre outros⁽⁵⁴⁾. Nessa perspectiva, já era esperado verificar considerável prevalência de alterações nos níveis pressóricos, nos níveis glicêmicos e na circunferência abdominal dos indivíduos com LM. Infere-se que as limitações físicas geradas pela LM podem induzir tal demanda a viver a maior parte do tempo no domicílio, acomodados na cama ou em cadeira de rodas de maneira que seus hábitos tornam-se sedentários, fato que é fator de risco para a hipertensão. As inúmeras mudanças na vida depois da lesão também podem afetar a parte psicológica originando outro fator de risco para o aumento da PA, CA e glicemia.

Apesar da auto-referência apresentar limitações e ser criticada por alguns, em estudos populacionais ainda é bastante útil. Nessa perspectiva, a considerável diferença entre HAS e DM auto-referidas e os níveis pressóricos e glicêmicos, pode ser um indício de falha no processo de detecção precoce das doenças crônicas não-transmissíveis nessa população.

As falhas nos serviços de saúde para essa demanda são relatadas desde a assistência no âmbito dos programas de reabilitação. Os programas de reabilitação cometem erros por não considerarem o indivíduo de uma forma holística, ou seja, os mesmos apresentam falhas por considerarem apenas as alterações morfológicas e fisiológicas em detrimento das questões psicológicas, sociais, pessoais e familiares⁽⁴⁶⁾. O fracasso de muitos programas terapêuticos se dá devido a ações desconectadas das condições sociais e de QV⁽⁴²⁾.

No Brasil o hospital de maior referência com relação a ortopedia e reabilitação do grande incapacitado físico é o Sarah Kubitschek. Onde se trabalha com equipe multiprofissional com o objetivo de melhorar a QV em um trabalho integrado com os familiares⁽⁵⁵⁾. É essa filosofia inter e multiprofissional que possibilita uma assistência de maior qualidade para as pessoas com LM.

Além disso, é preciso considerar que o acesso ao tratamento das pessoas com LM é difícil devido a inúmeros fatores como a alta demanda, dificuldade de acesso (físico), custos, entre outros. Para que alguém possa ser acompanhado em um programa de reabilitação é necessário que passe pelos critérios de elegibilidade: idade, grau de instrução, ocupação, nível de deficiência. A pessoa também precisa ficar numa lista de espera aguardando o momento do tratamento iniciar⁽⁴⁶⁾.

Outra dificuldade encontrada está relacionada a questão financeira. Os custos para se oferecer uma assistência de qualidade para pessoas com LM são altos, devido a complexidade e longo tempo de reabilitação. Todavia, isso se considerarmos um prazo curto. A médio e longo prazo, os investimentos podem ser compensados pela diminuição da dependência do indivíduo e consequente reintegração social e melhora da produtividade para a sociedade⁽⁴⁴⁾.

Além das questões financeiras existem outros entraves para a assistência de lesionados (LM), tais como: área que o usuário tem que percorrer para chegar a unidade de saúde, oferta de transporte público, gastos no traslado, tempo entre outros⁽⁵⁶⁾.

Não foram localizados estudos com metodologia semelhante a esse ou que tenham verificado associações entre variáveis sociodemográficas/condições de saúde e capacidade funcional para as Atividades da Vida Diária utilizando o Índice de Barthel. Tal dificuldade impossibilitou comparação dos dados gerados com outras pesquisas. Portanto, sugere-se a replicação da metodologia utilizada em outras regiões para fins de comparar os achados.

Apesar dos resultados não apontarem para associação estatística entre os fatores sociodemográficos/condições de saúde e incapacidade funcional, acredita-se que existe uma relação entre essas variáveis tendo em vista que a capacidade de realizar tarefas é influenciada por inúmeros fatores, sejam eles locais ou sistêmicos, como por exemplo a dor.

As limitações do estudo são geradas devido a impossibilidade de determinar a direcionalidade das associações devido ao risco de viés da causalidade reversa, uma vez que fatores de risco, de proteção e desfechos são verificados concomitantemente (limitação típica de estudo de corte transversal).

Além disso, também podem ser consideradas limitações: dados produzidos por meio de auto-referência, a impossibilidade em diferenciar pessoas que sofreram LM completa ou incompleta e a dificuldade na identificação do nível de lesão.

Sugere-se que as UBSF planejem e otimizem ações voltadas para os indivíduos com LM, que os familiares e cuidadores auxiliem o deficiente com incentivos à reabilitação, bem como que seja feito um trabalho junto a comunidade em busca de mudanças atitudinais em detrimento ao preconceito e a exclusão social. É mister também, produção e implantação de políticas públicas específicas para essas pessoas e a criação de redes de apoio para propiciar a inclusão social.



CONCLUSÃO

8 CONCLUSÃO

- A pesquisa realizada fornece subsídios para confirmar-se a hipótese que as pessoas com lesão medular residentes na zona urbana da MAB são, na maioria, homens, jovens, com baixa renda e baixa escolaridade.
- As sequelas deixadas pela LM prejudicam de forma significativa a capacidade das pessoas desempenharem algumas atividades em seu dia-a-dia, principalmente, aquelas que exigem muito das funções músculo-esqueléticas como: transferir-se, deambular e subir escadas. Portanto, confirma-se elevada prevalência de incapacidade funcional das pessoas com LM, entretanto apenas para alguns itens. Já o grau de incapacidade funcional geral foi identificado como sendo leve.
- Confirmou-se a hipótese de que as condições de saúde das pessoas com LM são ruins, pois foram verificadas consideráveis prevalências de doenças crônicas não-transmissíveis como HAS e DM, níveis pressóricos e glicêmicos alterados, significativa prevalência de circunferência abdominal alterada, dificuldades financeiras, necessidade de ter ou trocar órteses, além de limitações para a prática de atividades físicas e de lazer.
- A hipótese de associação entre variáveis sociodemográficas/condições de saúde e a incapacidade funcional foi rejeitada.



REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. Ninomyia AF. Análise clínica e ultrassonográfica dos ombros de pacientes lesados medulares em programa de reabilitação. *Acta ortop. bras.* [on-line]. 2007. [citado 2010 set. 13]; 15(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/aob/v15n2/v15n2a11.pdf>
2. Galvin LR, Godfrey HPD. The impact of coping on emotional adjustment to spinal cord injury (SCI): review of the literature and application of a stress appraisal and coping formulation. *Spinal Cord.* 2001; 39(12):615-627.
3. França ISX. Formas de sociabilidade e instauração da alteridade: vivência das pessoas com necessidades especiais. Tese (Doutorado). Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 2004.
4. França ISX, Pagliuca LMF. Utilitarianism, poverty and development of disabled people. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2007;15(n.esp):857-63.
5. Kennedy P, Marsh N, Lowe R, Grey N, Short E, Rogers B. A longitudinal analysis of psychological impact and coping strategies following spinal cord injury. *British Journal of Health Psychology.* 2000; 5(2):157-72.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Ministério da Saúde: Brasília. [on-line]. 2002. [citado 2010 nov. 02]; Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual2.pdf>.
7. Brasil. Decreto no 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de deficiência. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*; 1999.
8. Araújo LAD. *A proteção constitucional das pessoas portadoras de deficiência*. Brasília: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência; 1994. 140 p.

9. Organização das Nações Unidas (ONU). Resolução ONU n.º 37/52 de 03 de dezembro 1982. Programa de Ação Mundial para as Pessoas Deficientes. Documentos Oficiais da Assembléia Geral, trigésimo sétimo período de sessões, Suple. 51. CEDIPOD; 1992. 55 p.
10. Portugal. Ministério do Emprego e da Segurança Social. Secretariado Nacional de Reabilitação. *Classificação internacional das deficiências, incapacidades e desvantagens* (handicaps). Lisboa: Ministério do Emprego e da Segurança Social; 1989.
11. Farias GM. *Deficiências, incapacidades e desvantagens: análise em pacientes internados no IOT-HCFMUSP*. São Paulo, 1995. Tese (Doutorado). São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). 136p.
12. Farias N, Buchalla CM. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol*. 2005; 8(2):187-93.
13. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Rev C S Col*. 2000; 5(1):7-17.
14. França ISX, França DSX. O mundo caótico: uma analogia à vivência dos portadores de deficiência. In: França ISX (Org.) *Saúde humana: socializando mitos, saberes e práticas*. Campina Grande: EDUEPB; 2007.
15. Baygton C. *Desenvolvimento da personalidade: símbolos e arquétipos*. São Paulo (SP): Ática; 1987.
16. Gallo BM, Hudak CM. *Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística*. 6a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
17. Baker ER, Cardenas DD. Pregnancy in spinal cord injured women. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1996; (77):501-7.

18. Suaid HJ, Rocha JN, Martins ACP, Cologna AJ, Suaid CA, Ribeiro AGB, et al. Abordagem pelo urologista da sexualidade no lesado raquimedular. *Acta Cir. Bras.* [on-line]. 2002. [citado 2009 set. 08];17(supl.3). Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86502002000900009&lng=pt&nrm=iso
19. Barbieri RL. SOS. *Cuidados emergenciais*. 1. ed. São Paulo: Rideel; 2002.
20. Flores LP, Nascimento Filho JS, Pereira NA, Suzuki K. Fatores prognósticos do trauma raquimedular por projétil de arma de fogo em pacientes submetidos a laminectomia. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [on-line]. 1999. [citado 2010 dez. 19]; 57(3B):836-842. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1999000500016&lng=pt&nrm=iso
21. Paolillo AR. *Avaliação e Implementação de um sistema de estimulação elétrica neuromuscular para reabilitação dos membros superiores de tetraplégicos*. Dissertação (Mestrado). São Paulo (SP): Escola de Engenharia de São Carlos (USP); 2004. 135 p.
22. Nettina SM. *Prática de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
23. Smeltzer SC, Bare BG. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2002; 1613-26.
24. Padula MPC, Souza MF. Avaliação do resultado de um programa educativo dirigido a paraplégicos visando o autocuidado relacionado aos déficits identificados na eliminação intestinal. *Acta paul. enferm.* 2007; 20(2):168-74.
25. Silveira MCG, França ISX, Catão MHCV, Souza MB. Saúde bucal de portadores de deficiência: desigualdades no acesso a serviços odontológicos. *Temas em Saúde*. 2007; 7(12):35-40.
26. Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação. Perfil Geral. As internações por causas externas. [on-line]. 2010 [citado 2010 jul 03]; Disponível em:
http://www.sarah.br/paginas/prevencao/po/PDF2009-09/02_01_perf_gera_causas_ext.pdf

27. Mantovani M. Suporte básico e avançado devida no trauma. São Paulo: Atheneu; 2005, 452 p.
28. Organização das Nações Unidas. Follow-up to the World Summit for Social Development and the twenty-fourth special session of the General Assembly: emerging issues: “Mainstreaming disability in the development agenda”. [on-line]. 2008. [citado 2008 jan 28]. Disponível em: <http://www.un.org/disabilities/documents/reports/e-cn5-2008-6.doc>
29. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). População presente, segundo o sexo, os grupos de idade, o estado conjugal, a religião, a nacionalidade e a alfabetização - 1872/2000. [on-line]. 2000. [citado 2010 nov. 02]; Disponível em: http://www.ibge.gov.br/seculoxx/arquivos_xls/palavra_chave/populacao/religiao.shtm
30. Rodrigues D, Herrera G. Recursos fisioterapêuticos na prevenção da perda da densidade mineral óssea com lesão medular. *Acta Ortop Bras.* 2004; 12(3):183-8.
31. Falcão JTR, Régnier J. Sobre os métodos quantitativos na pesquisa em ciências humanas: riscos e benefícios para o pesquisador. *R. bras. Est. pedag.* 2000;81(198):229-43.
32. Costa EFA. Semiologia do Idoso. In: Porto CC. Semiologia médica. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001.
33. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia. [on-line]. 2010. [citado 2010 Ago 12]. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf
34. American Diabetes Association. Diabetes 2001 Vital Statistics. Alexandria: American Diabetes Association; 2001.
35. Field A. Descobrimdo a Estatística usando o SPSS. 2^a ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos: Resolução nº 196/96. Brasília

(DF). [on-line]. 1996. [citado 2010 Mar 11];12 f. Disponível em:

<http://www.ufrgs.br/hcpa/gppg/res19696.htm>

37. Lianza S. A lesão medular. In: Lianza S. (Org.). *Medicina de Reabilitação*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p. 299-322.

38. Bampi LNS, Guilhem D, Lima DD. Qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática: um estudo com o WHOQOL-bref. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11(1):67-77.

39. Veigh SA, Hitzig SL, Craven BC. Influence of Sport Participation on Community Integration and Quality of Life: A Comparison Between Sport Participants and Non-Sport Participants With Spinal Cord Injury. *J Spinal Cord Med*. 2009;32(2):115-24.

40. Oliveira Filho P. Miscigenação versus bipolaridade racial: contradições e conseqüências opressivas do discurso nacional sobre raças. *Estud. psicol.* [on-line]. 2005. [citado 2010 Nov 15];10(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2005000200012&lng=en&nrm=iso

41. Oliveira F. Ser negro no Brasil: alcances e limites. *Estud. Av.* [on-line]. 2004. [citado 2010 Nov 03];18(50). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142004000100006&lng=pt&nrm=iso

42. Vall J, Braga VAB, Almeida PC. Estudo da qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [on-line]. 2006. [citado 2010 Jan 11];64(2b):451-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v64n2b/a19v642b.pdf>

43. Sartori NR, Melo MRAC. Necessidades no cuidado hospitalar do lesado medular. *Medicina, Ribeirão Preto*. 2002;25:151-9.

44. Cafer CR, Barros ALBL, Lucena AF, Mahl MLS, Michel JLM. Diagnósticos de enfermagem e proposta de intervenções para pacientes com lesão medular. *Acta paul. enferm.* 2005;18(4).

45. Riberto M. Functional Independence of spinal cord injured patients. *Acta Fisiatr.* 2005; 12(2):61-6.
46. França ISX. RE-socialização da pessoa com deficiência adquirida: o processo, os personagens e as máscaras. João Pessoa: Idéia; 2000.
47. França IPA. incompatibilização da cidade para cidadãos deficientes da locomoção: uma questão de cidadania. 1995. 129 f. Dissertação (Mestrado). Brasília (DF): Universidade Nacional de Brasília; 1995
48. Santos KA, Koszuoski R, Dias-da-Costa JS, Pattussi MP. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2007;23(11):2781-8.
49. Vall J, Braga VAB. Dor neuropática central após lesão medular traumática: capacidade funcional e aspectos sociais. *Esc. Anna Nery.* [on-line]. 2005. [citado 2010 Jun 19];9(3):404-10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452005000300008&lng=pt
50. Arakaki JC, Chamlian TR, Gianini PES. Dor no ombro em pacientes com lesão medular. *Acta ortop. bras.* [on-line]. 2006. [citado 2010 Fev 15];14(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-78522006000100010&lng=pt&nrm=iso
51. Bruni DS, Strazzieri KC, Gumieiro MN, Giovanazzi R, Sá VG, Faro ACM. Aspectos fisiopatológicos e assistenciais de enfermagem na reabilitação da pessoa com lesão medular. *Rev Esc Enferm USP.* 2004;38(1):71-9.
52. Conceição MIG, Oliveira RJ, Silva MCR. Efeitos da natação sobre a independência funcional de pacientes com lesão medular. *Rev Bras Med Esporte.* 2004;11(4):71-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922005000400010&lng=pt&nrm=iso

53. Kostovski E, Iversen PO, Hjeltnes N. Komplikasjoner etter kronisk ryggmargsskade. *Tidsskr Nor Legeforen*. [on-line]. 2010 [citado 2010 Nov 10];130:1242-5. Disponível em: http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1988270

54. Haddad S, Silva PRS, Barretto ACP, Ferraretto I. Efeito do treinamento físico de membros superiores aeróbio de curta duração no deficiente físico com hipertensão leve. *Arq. Bras. Cardiol*. 1997;69(3):169-73.

55. Pereira MEMSM, Araújo TCCF. Estratégias de enfrentamento na reabilitação do traumatismo raquimedular. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. [on-line]. 2005. [citado 2010 Jan 12];63(2b). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2005000300025&lng=pt&nrm=iso

56. Onokerhoraye AG. A suggested framework for the provision of health facilities in Nigeria. *Soc. Sci. Med*. 1976;10:565-70.



APÊNDICES

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA: Perfil sociodemográfico e condições de saúde de adultos com lesão medular

PESQUISADOR: Alexsandro Silva Coura, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Este estudo objetiva traçar o perfil socioeconômico e as condições de saúde das pessoas com lesão medular, residentes no município de Campina Grande-PB. A participação na pesquisa não trará nenhum custo, nem acarretará qualquer risco aos participantes, serviço e afins.

A coleta de dados será feita através do Questionário I, e do Questionário II, esse último denominado Índice de Barthel. Esses dois instrumentos serão respondidos marcando um X dentro do parêntese que está antes de cada pergunta. O estudo trará benefícios para os gestores e profissionais de saúde e para as pessoas com lesão medular crônica.

Os participantes têm assegurado total sigilo sobre as informações coletadas, pois, cada participante receberá um pseudônimo que será mantido durante a coleta de dados e a divulgação dos resultados. Também será garantida a privacidade de cada participante, e o direito de desistir da pesquisa, em qualquer momento. Caso o participante tenha alguma dúvida relacionada com a sua pesquisa poderá entrar em contato com o pesquisador por meio do telefone 3315 3335.

Declaro que estou esclarecido sobre o desenvolvimento dessa pesquisa e dou meu consentimento para participação e publicação dos resultados desse estudo.

Campina Grande, ___/___ de 2009.

Participante

APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Por este termo de responsabilidade, eu ALEXSANDRO SILVA COURA, pesquisador responsável pela pesquisa intitulada: **Perfil sociodemográfico e condições de saúde de adultos com lesão medular**, abaixo assinado, assumo cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas de Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - MS e suas complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao(s) sujeito(s) da pesquisa e ao Estado, e a Resolução/UEPB/CONSEPE/10/2001 de 10/10/2001.

Reafirmo, outrossim, minha responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes à presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das informações correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de cinco anos após o término desta. Apresentarei sempre que solicitado pelo CEP/UEPB (Conselho de Ética em Pesquisa/Universidade Estadual da Paraíba), ou CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa), envolvidos no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/UEPB, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Campina Grande, 23 de maio de 2008

Aluno do Mestrado em Saúde Pública - MSP
Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Telefone para contato: 8859 4107

E-mail: alexcoura_@hotmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO I

PROJETO DE PESQUISA: Perfil sociodemográfico e condições de saúde de adultos com lesão medular

Cidade: _____

População: _____

PIB per capita: _____

Número total de UBSF's: _____

Número de UBSF's de zona rural: _____

Número de UBSF's de zona urbana: _____

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO II

PROJETO DE PESQUISA: Perfil sociodemográfico e condições de saúde de adultos com lesão medular

Pesquisador: _____

Pseudônimo do Entrevistado: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Telefone: _____

Data da Entrevista: ___ / ___ / ___

ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS DO(A) ENTREVISTADO(A):

1. Sexo: () Masculino () Feminino

2. Idade: ____ anos

3. Religião

() Sem credo religioso () Kardecista

() Católico () Umbandista

() Evangélico () Outras

4. Raça:

() Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

5. Em que estado do Brasil o(a) Sr.(a) nasceu? _____

6. Há quanto tempo (anos) o(a) Sr.(a) mora nesta cidade? _____

7. Escolaridade:

- Nenhuma Curso superior
 Primário 2º grau completo (científico, técnico ou equivalente)
 Ginásio ou 1º grau Pós-graduação

8. Estado civil:

- Solteiro(a) Divorciado(a)
 Casado União Estável
 Viúvo(a)

9. O(a) Sr.(a) tem filhos?

- Sim (em caso positivo, quantos?) _____ Não

10. Quantas pessoas vivem com o(a) Sr.(a) nesta casa? _____ pessoas

11. As pessoas que convivem com o(a) senhor(a) são:

- Esposo(a) /companheiro(a) Pais Filhos
 Filhas Irmãos/irmãs Netos(as)
 Outros parentes Amigos Empregado(a)

12. Tempo da LM: _____ **13. Etiologia:** _____

ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD)**14. O(a) Sr.(a), é capaz de fazer sozinho(a) as seguintes atividades:**

- sair de casa utilizando um transporte público
 sair de casa dirigindo seu próprio carro adaptado
 sair de casa para curtas distâncias pelas proximidades de sua residência
 preparar sua própria refeição
 comer a sua refeição
 arrumar a casa e a sua cama ir ao banheiro em tempo
 tomar os seus remédios cortar as unhas dos pés
 vestir-se tomar banho
 pentear seus cabelos deitar e levantar da cama

- caminhar em superfície plana
 subir/descer escadas

15. Há alguém que ajuda o(a) Sr.(a) a fazer algumas tarefas como limpeza, arrumação da casa, vestir-se, ou dar recados quando precisa?

- Sim Não

Se afirmativo, qual a pessoa que mais lhe ajuda nessas tarefas?

- esposo(a) /companheiro(a) uma outra pessoa da família (quem?) _____
 filho um(a) empregado(a)
 filha outro (quem?) _____

16. No seu tempo livre o(a) Sr.(a) faz (participa de) alguma dessas atividades:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> faz compras | <input type="checkbox"/> vai a jogos (esportes) |
| <input type="checkbox"/> ouve rádio | <input type="checkbox"/> pratica algum esporte |
| <input type="checkbox"/> assiste a televisão | <input type="checkbox"/> sai para visitar os amigos |
| <input type="checkbox"/> lê jornal | <input type="checkbox"/> sai para visitar os parentes |
| <input type="checkbox"/> lê revistas e livros | <input type="checkbox"/> sai para passeios longos (excursão) |
| <input type="checkbox"/> anda pelo seu bairro | <input type="checkbox"/> costura, borda, tricota |
| <input type="checkbox"/> vai ao cinema, teatro, etc | <input type="checkbox"/> outros (especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> sai para encontro social ou comunitário | |
| <input type="checkbox"/> vai ao serviço religioso da sua devoção | |
| <input type="checkbox"/> se distrai jogando cartas, xadrez, cuidando do jardim | |

RECURSOS SOCIAIS

17. O(a) Sr.(a) está satisfeito(a) com o relacionamento que tem com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)? Sim Não

18. Que tipo de ajuda ou assistência sua família oferece?

- dinheiro companhia/cuidado pessoal
 moradia outro tipo de cuidado /assistência
(especifique) _____

19. Que tipo de ajuda ou assistência o(a) Sr.(a) oferece para sua família?

- dinheiro companhia /cuidado pessoal
 moradia outro tipo de cuidado /assistência

(especifique) _____

20. O(a) Sr.(a) está satisfeito(a) com o relacionamento que tem com seus amigos?

- entrevistado(a) não tem amigos Sim Não

21. O(a) Sr.(a) está satisfeito(a) com o relacionamento que tem com seus vizinhos?

- Entrevistado(a) não tem relação com os vizinhos Sim Não

RECURSOS ECONÔMICOS**22. A renda para o sustento de sua vida é proveniente:**

- do seu trabalho com carteira assinada
 do seu trabalho como profissional autônomo
 da sua aposentadoria
 da pensão/ajuda do(a) seu(sua) esposo(a)
 da ajuda de parentes ou amigos
 de aluguéis/investimentos
 de outras fontes _____

23. A renda média mensal das pessoas que vivem nesta residência é:

- 1 salário mínimo 2 salários mínimos
 3 salários mínimos 4 salários mínimos ou mais

24. Quantas pessoas, incluindo o(a) Sr.(a), vivem com esse rendimento familiar (do seu rendimento)? _____ pessoas**25. Em sua casa /apartamento existem ou estão funcionando em ordem os seguintes itens:**

- água encanada vídeo-cassete rádio
 eletricidade DVD automóvel

- ligação com a rede de esgoto computador televisão
 geladeira/congelador telefone internet

26. Esse local onde o(a) Sr.(a) reside é:

- propriedade sua ou do casal cedido sem custo por alguém
 propriedade do seu cônjuge outra categoria (especifique) _____
 alugado pelo Sr(a)

CONDIÇÕES DE SAÚDE FÍSICA

- 27. Medida da Pressão Arterial:** 1^a _____ X _____ mm Hg
 2^a _____ X _____ mm Hg
 3^a _____ X _____ mm Hg
 Média da 1^a com a 2^a _____ X _____ mm Hg

28. Circunferência abdominal: _____

29. Resultado do teste de glicemia: _____ mg/dl

30. Atualmente o(a) Sr.(a) tem algum problema de saúde ?

- Sim Não

Se afirmativo, quais são os principais problemas de saúde que o(a) Sr.(a) está enfrentando?

31. Este problema de saúde atrapalha o(a) Sr.(a) de fazer coisas que precisa ou quer fazer ?

- Sim Não

Se afirmativo, que coisas o(a) Sr.(a) tem dificuldade de fazer?

32. O(a) Sr.(a) sofre de algum destes problemas:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> hipertensão | <input type="checkbox"/> descontrolo da eliminação de urina |
| <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> úlcera de decúbito |
| <input type="checkbox"/> cálculo renal | <input type="checkbox"/> dor |
| <input type="checkbox"/> queda da pressão arterial quando fica em pé | <input type="checkbox"/> alteração na sexualidade |
| <input type="checkbox"/> dificuldade para evacuar | <input type="checkbox"/> alteração na fertilidade |
| <input type="checkbox"/> descontrolo da eliminação intestinal | |

33. O Sr.(a) recebeu algum tratamento de reabilitação ou alguma outra terapia para algum desses problemas ? Sim Não**Se afirmativo, recebeu tratamento para qual problema?**

34. O(a) Sr.(a) consegue se mobilizar sozinho(a)? Sim Não**Se afirmativo, durante a mobilização, o(a) Sr.(a) normalmente usa:**

-
- bengala
-
- muleta
-
- cadeira de rodas
-
- anda-já
-
- outros

35. Atualmente, o(a) Sr.(a) está precisando ter ou trocar:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> dente postiço, dentadura, ponte | <input type="checkbox"/> muleta |
| <input type="checkbox"/> óculos ou lentes de contato | <input type="checkbox"/> cadeira de rodas |
| <input type="checkbox"/> aparelho de surdez | <input type="checkbox"/> Anda-já |
| <input type="checkbox"/> bengala | <input type="checkbox"/> outros(especifique) _____ |

36. O(a) Sr.(a) tem algum problema de dente que lhe atrapalha mastigar os alimentos?

-
- Sim
-
- Não

Se afirmativo, qual é o problema?

37. Quando o(a) Sr.(a) necessita de tratamento dentário, onde ou a quem o(a) Sr.(a) normalmente procura?

-
- serviço dentário de uma instituição pública gratuita
-
-
- serviço dentário credenciado pelo seu plano de saúde

- dentista particular
- não procura o dentista há muito tempo

38. O Sr.(a) costuma procurar um serviço médico para cuidar da saúde?

- Sim
- Não

Se afirmativo, o(a) senhor(a):

- consultou o médico no consultório ou em casa
- foi ao hospital / clínica para receber medicação
- fez exames clínicos
- esteve internado em hospital ou clínica
- fez tratamento fisioterápico
- foi ao dentista
- teve de ser socorrido(a) na Emergência

Se negativo, não procura o serviço médico

- porque não precisou
- porque tem dificuldade de locomoção/transporte
- porque tem dificuldade de acesso ao serviço de saúde
- porque tem dificuldade financeira para pagar serviços médicos
- porque não tem ninguém para levar ao serviço médico
- porque não precisa consultar médico há muito tempo

39. Dos serviços acima, qual(is) o(a) Sr.(a) utilizou mais de uma vez esse ano?

- consultou o médico no consultório ou em casa
- fez exames clínicos
- fez tratamento fisioterápico
- teve de ser socorrido(a) na Emergência
- foi ao hospital /clínica para receber medicação
- esteve internado em hospital ou clínica
- foi ao dentista

40. O(a) Sr.(a) toma remédio? Sim Não

Se afirmativo, que remédios o(a) Sr.(a) está tomando atualmente?

41. O(a) Sr.(a) tem dificuldades para obter os remédios que toma regularmente?

Sim Não

Se afirmativo, a dificuldade é:

- problema financeiro
- encontrar o remédio na farmácia
- obter a receita de remédios controlados
- outro problema ou dificuldade (especifique)

Crítica:

Visto: _____



ANEXOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

PROJETO DE PESQUISA: Perfil sociodemográfico e condições de saúde de adultos com lesão medular

ANEXO A - QUESTIONÁRIO III - ÍNDICE DE BARTHEL

Pesquisador: _____

Pseudônimo do Entrevistado: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Cidade: _____

Telefone: _____ Data da Entrevista: ___ / ___ / ___

| Parâmetro | Atividades básicas da vida diária | Pontuação |
|------------|---|-----------|
| Comer | Totalmente independente | 10 |
| | Necessita ajuda para cortar carne, pão, etc. | 5 |
| | Dependente | 0 |
| Lavar-se | Independente: entra e sai sozinho do banho | 5 |
| | Dependente | 0 |
| Vestir-se | Independente: capaz de vestir-se e de retirar a roupa, abotoar-se, amarrar os sapatos | 10 |
| | Necessita ajuda | 5 |
| | Dependente | 0 |
| Arrumar-se | Independente para lavar o rosto, as mãos, pentear-se, barbear-se, maquiar-se, etc. | 5 |
| | Dependente | 0 |
| Evacuar | Continência normal | 10 |
| | Ocasionalmente algum episódio de incontinência, ou necessita ajuda para administrar-se supositórios ou laxantes | 5 |
| | Incontinência | 0 |

| | | |
|-----------------------|--|----|
| Micção | Continência normal, ou é capaz de cuidar da sonda se faz uso de uma | 10 |
| | Um episódio diário como máximo de incontinência, ou necessita ajuda para cuidar da sonda | 5 |
| | Incontinência | 0 |
| Usar o sanitário | Independente para ir ao sanitário, arrumar-se e por a roupa... | 10 |
| | Necessita ajuda para ir ao sanitário, porém se limpa sozinho | 5 |
| | Dependente | 0 |
| Transferir-se | Independente para ir da cadeira a cama | 15 |
| | Mínima ajuda física ou supervisão para fazê-lo | 10 |
| | Necessita grande ajuda, porém é capaz de manter-se sentado sozinho | 5 |
| | Dependente | 0 |
| Deambular | Independente, caminha sozinho 50 metros | 15 |
| | Necessita ajuda física ou supervisão para caminhar 50 metros | 10 |
| | Independente na cadeira de rodas sem ajuda | 5 |
| | Dependente | 0 |
| Subir e descer escada | Independente para descer e subir escadas | 10 |
| | Necessita ajuda física ou supervisão para fazê-lo | 5 |
| | Dependente | 0 |

| | |
|--|----------------------------|
| Pontuação máxima: 100 pontos (90 se estiver em cadeira de rodas) | |
| Resultado | Grau de dependência |
| < 20 | Total |
| 20-35 | Grave |
| 40-55 | Moderado |
| 60-95 | Leve |
| 100 | Independente |

Pontuação Total: _____

Crítica: _____

Visto: _____

ANEXO B – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO