

LANA LOURENÇO

***SHORT-FORM 36* E ESCALA DE AUTO-
ESTIMA ROSEMBERG-EPM/UNIFESP EM
PARAPLÉGICOS COM ÚLCERA POR
PRESSÃO**

**Dissertação apresentada à
Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do Título de Mestre
em Ciências**

**SÃO PAULO
2010**

LANA LOURENÇO

***SHORT-FORM 36 E ESCALA DE AUTO-
ESTIMA ROSEMBERG-EPM/UNIFESP EM
PARAPLÉGICOS COM ÚLCERA POR
PRESSÃO***

**Dissertação apresentada à
Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do Título de Mestre
em Ciências**

**ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. LYDIA MASAKO FERREIRA
CO-ORIENTADORAS: Prof^a. LEILA BLANES
Prof^a. REGINA OKAMOTO**

**SÃO PAULO
2010**

Lourenço, Lana.
Short-form 36 e escala de auto-estima Rosemberg-EPM/UNIFESP em paraplégicos com úlcera por pressão. / Lana Lourenço. -- São Paulo, 2010.
xi, 75f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo.
Programa de Pós-graduação em Cirurgia Plástica.

Título em inglês: *Short-Form 36 and Self-Esteem Scale Rosemberg-EPM/ UNIFESP in paraplegics with pressure ulcers.*

1.Qualidade de vida. 2.Auto-imagem. 3.Paraplegia. 4.Úlcera por pressão. 5.Medula espinal.

Lourenço, Lana.

Qualidade de vida e auto-estima em paraplégicos com úlcera por pressão./ Lana Lourenço. -- São Paulo, 2010.
xi, 75f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo.
Programa de Pós-graduação em Cirurgia Plástica.

Título em inglês: Quality of life and self esteem in paraplegics with pressure ulcers.

1.Qualidade de vida. 2.Autoimagem. 3.Paraplegia. 4.Úlcera por pressão. 5.Medula espinal.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
CIRURGIA PLÁSTICA**

COORDENADOR: Prof. Dr. MIGUEL SABINO NETO

DEDICATÓRIA

Aos meus pais

PACÍFICO e CLEONICE,
meus primeiros professores.

Aos meus irmãos

LEILA, LILIAN e ELISEU,
que sempre acreditaram em mim.

Ao meu esposo

EZEQUIEL,
pelo amor e respeito que foram o meu incentivo.

Aos meus filhos

PEDRO e JOÃO,
razão de todo o meu esforço.

AGRADECIMENTOS

À **Prof^a. Dr^a. Lydia Masako Ferreira**, Professora Titular da Disciplina de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo UNIFESP-EPM e orientadora deste trabalho, por ter acreditado neste propósito e me acolher tornando possível este objetivo.

À **Prof^a. Dr^a. Leila Blanes**, Professora Colaboradora da Disciplina de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo UNIFESP-EPM e Co-orientadora deste trabalho, pela colaboração na pesquisa bibliográfica, pela transmissão de conhecimentos e informações preciosas e pela sua competência e participação que foi fundamental na realização deste.

À **Prof^a. Dr^a. Regina Okamoto**, Professora Adjunta da Disciplina de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo UNIFESP-EPM e Co-orientadora deste trabalho, pelos competentes ensinamentos transmitidos.

Ao **Dr. José Ricardo Salim**, Diretor Geral do Hospital Estadual de Sorocaba, pela liberdade, apoio, compreensão, amizade e pelo otimismo demonstrado nas horas difíceis.

À **Dr^a. Evelyn Pires**, Diretora de Divisão do Setor de Diagnóstico e Imagem do Hospital Estadual de Sorocaba, pelas críticas, sugestões, apoio e compreensão. Mas, principalmente... pela amizade sincera que tem comigo.

À **Dr^a. Célia Chaib**, Diretora de Divisão de Enfermagem do Hospital Estadual de Sorocaba, pelo apoio dado desde o início de minhas pesquisas.

À **Dr^a. Rosane Chamlian**, chefe do Lar Escola São Francisco (LESF) e **Dr^a. Sheila Ingham**, coordenadora do atendimento ao lesado medular do LESF (2008), pela autorização da coleta de dados e pelo apoio.

À **Prof^a. Dr^a. Gisele Azevedo**, estomaterapeuta, por ter sempre uma palavra de incentivo, disponibilidade e atenção.

Aos **Pós-Graduandos Rodolpho Alberto Bussolaro e Maria José Brito**, pela amizade, companheirismo e sugestões nesta tese.

À **todos os docentes**, da Disciplina de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, por todos os ensinamentos durante esses anos de convivência.

Aos meus amigos de Pós-Graduação da Disciplina de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo UNIFESP-EPM, **Geraldo Magela Salomé**, **Julieta Maria Ferreira Chacon**, que compartilharam comigo este caminho e que muito me incentivaram a prosseguir nas etapas deste trabalho.

Ao Renato Michel, pela orientação estatística

À **professora Amélia Maria Scarpa de Albuquerque Maranhão**,
pelo carinho e atenção na revisão do texto deste trabalho.

Aos **Lesados medulares e seus cuidadores**, pela gentileza e
disponibilidade que contribuíram para a realização deste estudo.

Às secretárias da Disciplina de Cirurgia Plástica **Sandra, Marta
e Silvana**, e a **todos os funcionários do ambulatório de
Cirurgia Plástica**, pelo apoio constante no decorrer deste estudo.

Aos funcionários da Universidade Federal de São Paulo UNIFESP-EPM que,
em diferentes etapas, colaboraram para a execução deste trabalho.

Hoje desaprendo o que tinha aprendido até ontem

Cecília Meireles

Hoje desaprendo o que tinha aprendido até ontem

e que amanhã recomeçarei a aprender.

Todos os dias desfaleço e desfaço-me em cinzas efêmera:

todos os dias reconstruo minhas edificações, em sonho eternas.

Esta frágil escola que somos, levanto-a com paciência

dos alicerces às torres, sabendo que é trabalho sem termo

E do alto avisto os que folgam e assaltam, donos de risos e pedras.

Cada um de nós tem sua verdade, pela qual deve morrer.

De um lugar que não se alcança, e que é, no entanto, claro,

minha verdade, sem troca, sem equivalência nem desengano

permanece constante, obrigatória, livre:

enquanto aprendo, desaprendo e torno a reaprender.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	iv
AGRADECIMENTOS.....	v
LISTAS.....	x
RESUMO.....	xi
1 - INTRODUÇÃO.....	1
2 - OBJETIVO.....	7
3 – LITERATURA.....	9
4 - MÉTODOS.....	14
5 – RESULTADOS.....	20
6 – DISCUSSÃO.....	27
7 – CONCLUSÃO.....	40
8 - REFERÊNCIAS.....	42
NORMAS ADOTADAS.....	51
ABSTRACT.....	53
APÊNDICES.....	55
ANEXOS.....	59
FONTES CONSULTADAS.....	74

Lista de abreviaturas e símbolos

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UP	Úlcera por Pressão
LMT	Lesão Medular Traumática
SF-36	<i>Short-Form 36</i>
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
EPM	Escola Paulista de Medicina
SF-12	<i>Short-Form 12</i>
SWLS	<i>Satisfaction With Life Scale</i>
FMRP-USP	Faculdade de Medicina Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
FAF	Ferimento por arma de fogo
GC	Grupo Controle
GE	Grupo Estudo

RESUMO

Introdução: A Lesão Medular Traumática está entre as condições crônicas que causa incapacidades e consomem recursos na área de saúde. O indivíduo ao longo da vida produz significantes perdas físicas, psicológicas e sócio-econômicas. A presença de úlcera por pressão (UP) é importante causa de alteração de qualidade de vida do paciente, agravando seu estado de saúde, aumentando o sofrimento e morbidade. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida e a auto-estima em paraplégicos com úlcera por pressão. **Métodos:** Estudo transversal, Controlado. A coleta de dados foi realizada por meio de instrumento contendo dados demográficos e clínicos. A avaliação da qualidade de vida foi realizada pelo autor da pesquisa por meio do questionário genérico *SF-36* e Escala de Auto-estima Rosenberg – EPM/ UNIFESP. Participaram 120 paraplégicos por causas traumáticas, 60 com úlcera por pressão no Grupo Estudo e 60 sem úlcera no Grupo Controle. Para a análise foram utilizados os Testes Qui-quadrado, Exato de Fisher e t de Student. **Resultados:** No Grupo Estudo, 93,3% eram do gênero masculino, média de 30,23 anos (DP=9,52). Houve diferença estatística entre os Grupos nos domínios do *SF-36* Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Vitalidade, Aspecto Emocionais com ($p<0,0001$), Aspectos Sociais ($p<0,0013$), Saúde Mental ($p=0,0002$), Dor ($p=0,0002$). Houve diferença estatística pelos resultados obtidos na Escala de auto-estima ($p<0,001$) entre os grupos. Os valores de Alfa Cronbach do questionário *SF-36* e da Escala de auto-estima de Rosenberg EPM/UNIFESP foram a 0,79 e 0,74, respectivamente. **Conclusão:** A presença de úlcera por pressão apresentaram impacto negativo na qualidade de vida e na auto-estima de pacientes com LMT.

INTRODUÇÃO

A lesão medular é toda agressão da medula espinhal, que pode levar a danos neurológicos, relacionados às funções motora, sensitiva, visceral, sexual e trófica, já que a medula espinhal constitui-se não só como via de comunicação entre as diversas partes do corpo e encéfalo, mas também como centro regulador que controla importantes funções orgânicas. As lesões medulares podem ter origem traumática por acidente automobilístico, ferimento por arma de fogo, mergulho em águas rasas e queda de altura ou, ainda, causas não traumáticas como tumores, processos infecciosos, alterações vasculares, mal-formações, processos degenerativos ou compressivos. O diagnóstico preciso é fundamental para a definição do prognóstico e do programa de reabilitação a ser instituído (LIANZA *et al*, 1995).

A Lesão Medular Traumática (LMT) predomina entre adultos jovens, entre 21 e 35 anos, do gênero masculino, tratando-se de problemática social relevante, ao acometer parcela da população economicamente ativa, que passa a interromper as atividades profissionais e os planos de vida futura, com conseqüências desastrosas do ponto de vista da organização de vida pessoal, familiar e social (BARROS FILHO, 1990; SALIMENE, 1995; AZEVEDO & SANTOS, 2006; GONÇALVES *et al*, 2007; BAMPI, GUIHEM, LIMA, 2008; BLANES *et al*, 2009a).

Dentre as conseqüências crônicas da LMT, salientam-se as disfunções vesical e anal de origem neurológica, insuficiência respiratória, ausência de ereção e ejaculação acompanhadas de infertilidade (gênero masculino), hipotensão ortostática, disreflexia autonômica, hiperatividade reflexa medular, anidrose e/ou hiperhidrose, além de outras alterações motoras e sensitivas que, em conjunto, comprometerão a mobilidade e a independência nas atividades de vida diária (LIANZA *et al*, 1995).

O nível de lesão é localizado nos segmentos da coluna vertebral denominados por região cervical, torácica, lombar e sacral, designados por um número, que representa o ponto abaixo do qual existe a lesão medular ou o último segmento preservado. As lesões acima do segmento medular T1 causam tetraplegia, reservando-se o nome de paraplegia para aquelas que comprometem os segmentos medulares localizados abaixo de T1. Devido às características mecânicas da coluna vertebral e da medula espinhal, a região cervical baixa e a junção toracolumbar são os locais que mais freqüentemente sofrem lesões traumáticas (MENDONÇA NETTO, 1986).

Quanto ao grau, no plano longitudinal a lesão pode ser completa quando todas as funções motoras e sensitivas encontram-se interrompidas, ou incompleta, quando se encontra preservada alguma função motora e/ou sensitiva, sempre em relação ao nível da lesão. No plano transversal, esta pode ser total, quando todas as estruturas medulares estão afetadas, ou parcial, quando há comprometimento de alguns dos feixes longitudinais e/ou substância cinzenta da medula espinhal (*American Spinal Injury Association e International Medical Society of Paraplegia - ASIA/IMSOP, 1999*).

A úlcera por pressão (UP) é considerada a mais comum complicação cutânea da pessoa com lesão medular, pois pode trazer sérias complicações decorrentes dessas lesões como osteomielite, septicemia e, mesmo levar o paciente a óbito. A formação de úlceras por pressão pode ser rápida, ocorrendo principalmente nas regiões sacral, isquiática, trocantérica e calcânea (BLANES, CARMAGNANI, FERREIRA, 2009 b; BLANES *et al*, 2004; FERREIRA & CALIL, 2001; FERREIRA *et al*, 2007).

A presença da úlcera por pressão é uma importante causa de alteração da qualidade de vida do paciente, agravando e inibindo a resolução de outros problemas de saúde, aumentando o sofrimento e morbidade. Ao mesmo tempo, a presença da úlcera por pressão aumenta o tempo de cuidado de profissionais de saúde e o custo do tratamento (BRAVO, 1998).

O termo qualidade de vida surgiu após a Segunda Guerra Mundial e foi utilizado para descrever o efeito gerado pela aquisição de bens materiais na vida das pessoas. Esse termo expandiu-se e está presente atualmente nas áreas de saúde, educação e economia (FERRAZ, 1998).

Embora não haja um conceito único, claro e universalmente aceito de qualidade de vida, esta é geralmente descrita como sendo formada pela percepção do indivíduo sobre o seu estado de saúde em relação aos grandes domínios ou dimensões. Tais dimensões são analisadas por meio de grupos de questões, que se referem a uma determinada área do comportamento. Cada instrumento de qualidade de vida avalia uma dimensão ou mais de uma, e estas dimensões podem ser divididas em: social, física, psicológica, econômica e espiritual. Para cada dimensão da qualidade de vida pode-se ter diferenças que causam um impacto amplo e variável na saúde do indivíduo, quando são comparadas diferentes situações ou doenças (CICONELLI *et al*, 1999; FREIRE *et al*, 2004).

Os instrumentos genéricos podem ser utilizados quando o enfoque pretendido é, por exemplo, o perfil de saúde ou as preferências da população por um determinado estado de saúde. Abrangem diversas dimensões ou aspectos, avaliam diferentes tipos de doenças, tratamentos e populações com características sociais, demográficas e culturais diversificadas (GUYATT, 1995).

Como exemplo de instrumento genérico pode ser citado o *SF-36 – The Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form* (STEWART, HAYS, WARE, 1988). É composto por 36 questões subdivididas em oito escalas: capacidade funcional, aspecto físico, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspecto social, aspecto emocional, saúde mental e mais uma questão sobre avaliação da mudança do estado de saúde. No Brasil, o *SF-36* foi traduzido para o português, culturalmente adaptado e validado por mostrando bons índices de reprodutibilidade e validade (CICONELLI *et al.*, 1999).

A Escala de Rosenberg (*Rosenberg Self-Esteem Scale*) é um instrumento específico de avaliação da qualidade de vida, que aborda, inclusive importante aspecto da vida humana, a auto-estima (ROSENBERG, 1965; DINI, QUARESMA, FERREIRA, 2004).

A auto-estima é definida como o sentimento, o apreço e a consideração que uma pessoa sente por si própria, ou seja, o quanto gosta de si, como se vê e o que pensa sobre ela mesma. A auto-imagem é o centro da vida subjetiva do indivíduo, determinando seus pensamentos, sentimentos e comportamentos. A análise e a quantificação do retrato que as pessoas fazem de si próprias, podem ser medidas objetivamente a partir de suas experiências sociais (ROSENBERG, 1965).

As reações do indivíduo frente à deficiência dependem de uma série de fatores, destacando-se o tipo de deficiência, causas e gravidade, fase da vida em que ocorreu, estabilidade, gênero, recursos interiores, temperamento, auto-estima, existência de apoio familiar, renda, tecnologia disponível e as tendências governamentais de subvenção. A autora afirma ainda, que os sentimentos de inutilidade, auto-desvalorização e diminuição da auto-estima provém da incapacidade de exercer funções

ordinárias, ter de ser guiado, alimentado, levado ao banheiro (VASH, 1988).

No Brasil, pouca atenção ainda tem sido dada a pacientes com doenças crônicas, como a LMT. Muitos desses pacientes possuem úlcera por pressão, o que dificulta ainda mais sua reabilitação em centros especializados. Em nosso meio é provável que a evolução dos pacientes com paraplegia esteja relacionada ao suporte social e familiar que eles recebem.

Os problemas aos pacientes com lesão medular traumática e úlcera por pressão motivou este estudo, que pretende contribuir com informações gerais e específicas sobre a qualidade de vida e a auto-estima das mesmas, visando a melhoria da assistência de portadores desta lesão.

OBJETIVO

2. OBJETIVO

Avaliar a qualidade de vida e a auto-estima em paraplégicos com úlcera por pressão.

LITERATURA

ROSENBERG (1965) entrevistou 5024 adolescentes, do terceiro e quarto anos do curso colegial, de 10 escolas no estado de Nova York, nos Estados Unidos da América, com o objetivo de entender como eles se viam, o que sentiam a respeito de si mesmos e que critérios de auto-avaliação empregavam. Os dados foram utilizados para o desenvolvimento de uma escala de auto-estima denominada *The Rosenberg Self-Esteem Scale*.

BRAZIER *et al.* (1992) realizaram estudo randomizado com 1980 pacientes com idades variando de 16 a 74 anos, que responderam a dois questionários diferentes sobre qualidade de vida (*SF-36* e o *Nottingham Health Profile*) e constataram que o *SF-36* conseguiu detectar níveis mais sutis de alteração na saúde do indivíduo.

CICONELLI *et al.* (1999) avaliaram a adaptação para a cultura brasileira e as propriedades de medida (reprodutibilidade e validade) do *SF-36* em pacientes com artrite reumatóide. Concluíram que a versão traduzida do *SF-36* é um parâmetro reprodutível e válido para ser utilizado na avaliação da qualidade de vida de pacientes brasileiros portadores desta doença.

LEPISTO *et al.* (2001), em estudo descritivo, avaliaram o bem estar físico e psicológico de 164 pacientes hospitalizados com úlcera por pressão e a associação desses fatores com a gravidade destas úlceras. Concluíram que o bem estar físico e emocional se apresentaram melhores em 29% dos pacientes que estavam adequadamente motivados para o tratamento.

UNALAN *et al.* (2001) realizaram na Turquia um estudo sobre qualidade de vida com 50 pacientes com lesão medular. A avaliação foi realizada comparando 40 pessoas com a mesma idade, sem lesão medular que viviam na mesma comunidade. Ambos os grupos preencheram o *SF-36*, e as respostas ao questionário de qualidade de vida foram piores no grupo dos lesados medulares.

TZONICHAKI *et al.* (2002), em estudo desenvolvido com 38 pacientes com paraplegia, encontraram correlação entre pior auto-estima, insatisfação com a vida e solidão. O estado mental do indivíduo, esteve diretamente ligado aos aspectos emocionais, satisfação com a vida e aspectos sociais. Os adultos com incapacidades que reportaram boa qualidade de vida mantiveram equilíbrio entre corpo, mente e espírito. Neste estudo a pior qualidade de vida, esteve relacionada com alteração em todos os domínios do questionário.

PUTZKE *et al.* (2002) estudaram a satisfação com a vida de 1718 pessoas com lesão medular, no Alabama (Estados Unidos). Foram utilizados os questionários *Satisfaction With Life Scale (SWLS)* e o *SF-12*. Após um ano da primeira aplicação foi realizada nova avaliação nos lesados medulares, com 940 participantes. Os pacientes avaliados tinham um elevado nível de escolaridade, mais tempo de lesão medular e eram casados. A mobilidade e percepção da saúde foram preditivos para melhor satisfação com a vida.

BUSH (2002), em revisão de literatura avaliou os efeitos de viver com úlcera por pressão, concluindo que as úlceras por pressão têm profundo impacto sobre a vida social, emocional e física do indivíduo.

DINI *et al.* (2004) traduziram para a língua portuguesa e adaptou para o contexto cultural brasileiro *The Rosenberg Self-Esteem Scale* (Escala de Auto-Estima Rosenberg-EPM/UNIFESP). Testou suas propriedades de medida (validade e reprodutibilidade), comparando seus resultados com outros questionários já traduzidos e validados em nosso país, tornando este instrumento um parâmetro adicional importante na avaliação de resultados em cirurgia plástica ou em outros estudos em que seja necessário avaliar a auto-estima.

HAMMELL (2004), em revisão de literatura sobre qualidade de vida e lesão medular, no período de 1990 e 2003, observou que a maioria dos estudos apresentavam que a insatisfação estava relacionada principalmente às desvantagens sociais que o indivíduo passava a enfrentar.

FORCHEIMER, MCAWEENEY, TATE (2004) em estudo desenvolvido nos Estados Unidos, com 215 pessoas com lesão medular traumática, utilizando o instrumento *SF-36*, verificaram que houve correlação entre o componente físico e o grau de incapacidade do paciente, ou seja, quanto maior o comprometimento decorrente da lesão medular, pior o aspecto físico. Neste estudo a porcentagem no domínio aspectos físicos foi 57,03%, o que caracteriza um comprometimento importante no contexto da qualidade de vida.

CARCINONI, CALIRI, NASCIMENTO (2005) em estudo realizado no Hospital das Clínicas da FMRP-USP, na cidade de Ribeirão Preto, no Estado de São Paulo, Brasil, no período de 1996 a 1999, observaram que dos 54 pacientes com lesão medular traumática, a maior parte (75%) tinha menos de 38 anos. Em 46% dos pacientes a lesão ocorreu em nível torácico, seguida da lesão cervical (40%). Quanto ao tipo de acidente que levou à lesão medular traumática (LMT), a principal causa dos traumas foi acidente automobilístico (48,1%), seguido por ferimento com arma de fogo (FAF) (25%).

VALL, BRAGA, ALMEIDA (2006) realizaram estudo com 32 pacientes paraplégicos adultos com lesão medular traumática. O objetivo foi avaliar a qualidade de vida das pessoas com LMT, na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil. Tiveram como resultado mais freqüente o sexo masculino, com idade entre 20 a 47 anos e entre 5 a 10 anos de lesão. O instrumento utilizado para coleta foi

o *The MOS 36-item Short-Form Health Survey*. Os pacientes com lesão medular traumática avaliados apresentaram comprometimento na qualidade de vida, em todos os seus domínios, principalmente no que se refere aos aspectos sociais.

BLANES *et al.* (2009b) avaliaram a qualidade de vida e auto estima de paraplégicos por causa traumática que vivem em São Paulo. A qualidade de vida foi avaliada por meio do *SF-36* e a auto-estima pela Escala de Auto Estima de Rosenberg. Dos 60 paraplégicos, a maioria era do sexo masculino (86,7%), com média de idade igual a 32,9 (DP= 9,47) anos. As dimensões do *SF-36* mais afetadas foram capacidade funcional, aspectos físicos e aspectos emocionais. A presença de úlcera por pressão apresentou diferença estatística com baixos escores na dimensão saúde mental ($p=0,001$) dos lesados medulares, utilizando o teste t de Student. O escore médio da escala de auto-estima foi igual a 8,35 e o fato de estar aposentado apresentou diferença estatística com pior auto-estima ($p=0,008$). O valor do Alfa de Cronbach para o *SF-36* foi igual a 0,804. Os resultados encontrados permitiram verificar que os paraplégicos apresentaram impacto negativo na qualidade de vida e na auto estima.

MÉTODOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo transversal e controlado.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi realizado no Setor de Feridas do Ambulatório de Cirurgia Plástica do Hospital São Paulo, no Lar Escola São Francisco, no Ambulatório para Lesados Medulares do Conjunto Hospitalar de Sorocaba e no Clube dos Paraplégicos.

4.3 CASUÍSTICA

Foram selecionados 120 pacientes, sendo 60 pacientes paraplégicos com úlcera por pressão para compor o Grupo Estudo e 60 pacientes paraplégicos sem úlcera por pressão para compor o Grupo Controle.

O cálculo da casuística foi realizado com base em informações preliminares, fornecidas por meio de um estudo piloto, sendo necessário 60 pacientes em cada grupo para assegurar um poder de 80% com nível de significância de 0,05.

4.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Grupo Estudo (GE)

- Paraplégico há mais de um ano;
- Ter lesão medular de origem traumática;

- Idade entre 18 e 60 anos;
- Possuir úlcera por pressão nos estágios II, III ou IV há mais de 6 meses (ANEXO 1). NPUAP(2007).

Grupo Controle (GC)

- Paraplégico há mais de um ano;
- Ter lesão medular de origem traumática;
- Idade entre 18 e 60 anos;
- Paraplégicos sem úlcera por pressão;
- Paraplégicos com UP estágio I (Pré-ulcera).

4.3.2 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Grupo Estudo e Grupo Controle

- Ter realizado cirurgia para tratamento de úlcera por pressão nos últimos 12 meses.

4.4 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

A coleta de dados foi realizada com o auxílio de um instrumento para conhecimento das características sócio-demográficas (APÊNDICE 1) e, foram aplicados em todos os participantes do estudo os questionários de Qualidade de Vida *Short-Form-36* (ANEXO 2) e Auto-Estima Rosenberg-EPM/UNIFESP (ANEXO 3).

Todas as entrevistas foram realizadas pela autora do estudo, em ambiente tranquilo, em salas cedidas no ambulatório de Cirurgia Plástica do Hospital São Paulo, no Lar Escola São Francisco, no Ambulatório para Lesados Medulares do Conjunto Hospitalar de Sorocaba e no Clube dos paraplégicos. Todos os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE 2) em participar da pesquisa.

4.4.1 QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36

O *SF-36* é composto de 36 itens, divididos em 8 domínios: capacidade funcional (10 itens), aspecto físico (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspecto social (2 itens), aspecto emocional (3 itens), saúde mental (5 itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre o estado de saúde atual e de um ano atrás.

Para cada componente é calculado um resultado final numa escala de 0 a 100, onde zero corresponde a um pior estado de saúde e 100 ao melhor.

No Brasil, o SF-36 foi traduzido, adaptado à cultura brasileira e validado.

4.4.2 INSTRUMENTO PARA MEDIDA DA AUTO-ESTIMA

Para avaliar a auto-estima, foi utilizada a Escala de Auto-Estima Rosenberg-EPM/UNIFESP, que foi traduzida, adaptada culturalmente e validada para uso no Brasil em 2004. É um questionário específico para avaliação da auto-estima com 10 frases afirmativas e quanto menor a pontuação melhor a auto-estima. Para a escala de auto-estima, apenas um valor é obtido e

varia de zero a 30 sendo zero a melhor auto-estima e 30 a pior auto-estima.

4.5 CLASSIFICAÇÃO DA ÚLCERA POR PRESSÃO

Para a classificação da úlcera por pressão foi realizada avaliação visual e utilizado o estadiamento estabelecido pelo *National Pressure Ulcer Advisory Panel*. Esta classificação abrange os estágios de I a IV. O estágio I caracteriza-se pela presença de eritema que não desaparece a digito pressão, em pele intacta. O estágio II é a perda parcial da espessura da pele envolvendo a epiderme e/ou a derme. É uma úlcera por pressão superficial e clinicamente apresenta-se como cratera rasa. No estágio III há perda da espessura da pele com comprometimento ou necrose do tecido subcutâneo e clinicamente apresenta-se como cratera profunda. O estágio IV caracteriza-se por perda de toda a espessura da pele com destruição extensa, necrose da região ou comprometimento muscular, ósseo ou estruturas adjacentes como tendões, articulações e cápsula articular (NPUAP, 2007).

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo consistiu em uma investigação em seres humanos, baseada na aplicação de um questionário de avaliação da qualidade de vida e auto-estima em pacientes paraplégicos com Úlcera por Pressão.

Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP sob o nº 1307/07 (ANEXO 4).

4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise descritiva das variáveis sócio-demográficas, clínicas e de qualidade de vida dos paraplégicos, está apresentada em tabelas utilizando as médias dos valores ou porcentagem.

O Teste t de Student foi utilizado para verificar a existência de diferenças entre os grupos estudo e controle, com relação a media de idade, ao tempo de lesão medular e aos domínios do *SF-36* e valores da Escala de Auto-Estima de Rosenberg-UNIFESP/EPM.

Foi utilizado o Teste Qui-quadrado de Independência para verificar a existência de associações significantes entre os grupos (Estudo e Controle) e as variáveis categóricas demográficas e clínicas.

O Teste Exato de Fisher foi utilizado nas situações em que mais de 20% das células da tabela de contingência possuíam frequência esperada menor do que 5.

A confiabilidade interna das escalas foi verificada por meio do Coeficiente Alfa de Cronbach.

Para todos os testes estatísticos foi considerado o nível de significância 5% ($p < 0,05$). As análises foram realizadas no programa SPSS.

RESULTADOS

A amostra foi constituída de 120 paraplégicos com lesão medular traumática, sendo 60 com úlcera por pressão (GE) e 60 sem úlcera por pressão (GC). Os locais das entrevistas foram o Hospital São Paulo (35%), Lar Escola São Francisco (15%), Clube dos paraplégicos (30%) e Ambulatório de Lesado Medular do Conjunto Hospitalar de Sorocaba (20%).

Quanto ao gênero, a maioria dos paraplégicos do estudo eram do gênero masculino, representando 93,3% (56) no Grupo Estudo e 83,3% (50) no Grupo Controle. A idade do Grupo Estudo variou de 18 a 52 anos, e do Grupo Controle de 23 a 58 anos. A média de idade no grupo Estudo foi 30,23 anos (DP=9,52) e a do Grupo Controle de 38,17 anos (DP=9,082). Dados sobre o estado civil, escolaridade e situação atual de trabalho estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1 - Dados sócio-demográficos do Grupo Estudo e Grupo Controle (n=60)

Características	Grupo n	Estudo %	Grupo n	Controle %
Gênero				
Feminino	4	6,7	10	16,7
Masculino	56	93,3	50	83,3
Estado civil				
Solteiro(a)	38	63,6	28	46,7
Casado(a)/União Estável	18	30,0	26	43,3
Sep.(a)/Desq.(a)/Div.(a)	4	6,7	6	10,0
Escolaridade				
Ens. Fund. compl/incompl	27	45,0	19	31,7
Ens. Méd. compl/incompl	27	45,0	36	60,0
Ens. Sup. compl/incompl	6	10,0	5	8,3
Situação trabalhista				
Aposentado(a)	22	36,7	27	45,0
Estudante	8	13,3	1	1,7
Vendedor(a)	6	10,0	2	3,3
Outros	24	40,0	30	50,0
Idade (anos)*				
Mé debate	30,23	9,520	38,17	9,082
Mínimo-Máximo	18 - 52		23 - 58	

Teste t de Student; Teste de Fisher; Teste Qui-Quadrado

Os dados referentes à incontinência urinária, anal e espasmo muscular estão descritos na Tabela 2.

A incontinência urinária não controlada, no Grupo Estudo, apresentou 73,3%, e a incontinência anal foi igual a 13,3%.

Houve diferença estatística nos Grupos Estudo e Controle com relação à presença de incontinência urinária ($p=0,008$) e com a UP.

Tabela 2 - Características Clínicas referentes a incontinência urinária, incontinência anal e espasmo muscular no Grupo Estudo (n=60) e Grupo Controle (n=60)

Características	Grupo n	Estudo %	Grupo N	Controle %
Incontinência urinária				
controlada	16	26,7	5	8,3
não controlada	44	73,3	55	91,7
Incontinência anal				
controlada	52	86,7	47	78,3
não controlada	8	13,3	13	21,7
Presença de Espasmo Muscular				
sim	28	46,7	47	78,3
não	32	53,3	13	21,7

Teste Qui-Quadrado; Teste Exato de Fisher

A causa mais freqüente de paraplegia no Grupo Estudo foi o ferimento por arma de fogo (76,7%), os acidentes automobilísticos foram

responsáveis por 6,7% e outras causas representaram 16,6% da amostra, sendo por acidente de trabalho, acidente de motocicleta e quedas, entre outras causas. Já no Grupo Controle, a causa mais freqüente de paraplegia foi representada pelos acidentes automobilísticos (48,3%), os ferimentos por arma de fogo foram responsáveis por 40,0% e as outras causas representaram 11,7% da amostra.

O tempo de Lesão Medular nos indivíduos do Grupo Estudo variou de 1 a 16 anos (DP=4,2), e do Grupo Controle de 1 a 25 anos (DP=6,6).

O nível da lesão medular no Grupo Estudo variou, estando 60,0% (36) entre T1 e T10 e 40,0% (24) entre T11 e L2. No Grupo Controle a variação foi de 66,7% (40) entre T1 e T10 e 33,3% (20) entre T11 e L2. As características da lesão medular estão apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3 - Características da lesão medular no Grupo Estudo (n=60) e Grupo Controle (n=60)

Características	Grupo Estudo		Grupo Controle	
	n	%	n	%
Causa da lesão medular				
Ferimento por arma de fogo	46	76,7	24	40,0
Acidente automobilístico	4	6,7	29	48,3
Outras causas	10	16,6	7	11,7
Nível da lesão medular				
T1 / T10	36	60,0	40	66,7
T11 / L2	24	40,0	20	33,3
Tempo da lesão Medular (em anos)				
Mínimo – Máximo	1 - 16		1 - 25	
Desvio Padrão	4,2		6,6	

*Teste Qui-Quadrado; Teste t de Student

Os 60 indivíduos do Grupo Estudo apresentaram um total de 88 úlceras por pressão. Quanto à presença de UP, 20,0% (12) dos lesados medulares possuíam, em pelo menos, duas regiões diferentes do corpo e 13,3% (8) em três regiões.

Dos pacientes com UP, 45,5% (40) possuíam úlceras por pressão na região do ísquio, 31,8% (28) na região sacral e 22,7% (20) na região trocantérica.

Quanto ao estágio das úlceras por pressão, 26,1% (23) estavam no estágio II, 38,6% (34) no estágio III e 35,3% (31) no estágio IV.

A presença de úlcera por pressão em paraplégicos apresentam diferença estatística, com baixos escores, nas dimensões do *SF-36* Vitalidade ($p=0,023$) e Saúde Mental (0,001) nos lesados medulares, utilizando o teste t de Student para amostras não relacionadas. Os dados referentes à UP estão descritos na Tabela 4.

Tabela 4 - Características das úlceras por pressão (n=88)

Características	N	%
Localização anatômica		
Região isquiática	40	45,5
Região sacral	28	31,8
Região trocantérica	20	22,7
Estágio da Úlcera por Pressão		
II	23	26,1
III	34	38,6
IV	31	35,3

*Teste Qui-Quadrado

Em todos os domínios do *SF-36*, a média dos escores de pacientes paraplégicos com úlceras foi menor que a dos pacientes paraplégicos sem úlceras.

Houve diferença estatística entre os grupos com relação aos domínios, Capacidade Funcional ($p < 0,001$), Aspectos Físicos ($p < 0,0001$), Vitalidade ($p < 0,0001$) Aspectos Emocionais ($p < 0,0001$), Dor ($p = 0,0002$), Aspectos Sociais ($p = 0,0013$) e Saúde Mental ($p = 0,0002$).

Tabela 5 - Valores obtidos em cada domínio do questionário *SF-36* segundo os Grupos Estudo (n=60 e Controle (n=60)).

Domínios	Estudo (n=60)		Controle (n=60)		p
	Média (DP)	Min-máx	Média (DP)	Min-máx	
Capacidade Funcional	28,00 (19,47)	35 – 60	51,88 (13,28)	5 – 50	< 0,0001
Aspectos Físicos	16,67 (21,91)	25 – 75	77,08 (34,53)	50 – 100	< 0,0001
Dor	56,27 (24,65)	24 – 30	74,07 (25,71)	48 – 69	0,0002
Estado Geral de Saúde	58,20 (26,94)	55 – 88	65,47 (22,10)	45 – 68	0,1089
Vitalidade	55,67 (23,22)	19 – 99	72,42 (23,06)	45 – 65	< 0,0001
Aspectos Sociais	58,33 (28,25)	50– 88	74,79 (26,49)	50 – 75	0,0013
Aspectos Emocionais	17,78 (24,14)	33 – 67	58,89 (37,01)	67 – 100	< 0,0001
Saúde Mental	61,60 (24,01)	40 – 88	77,33 (21,34)	24 – 68	0,0002

* Teste t de Student

O Grupo Estudo apresentou escore médio maior, em relação ao Grupo Controle, indicando pior auto-estima em comparação a este grupo.

Houve diferença estatística entre os Grupos Estudo e Controle, com relação aos valores da Escala de Auto-Estima Rosenberg-EPM/UNIFESP ($p < 0,001$).

Tabela 6 – Resultados obtidos na Escala de Auto-estima Rosenberg-EPM/UNIFESP, segundo os grupos

Grupo	n	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	p
Estudo	60	10,7	10,0	7	18	
Controle	60	7,7	8,0	0	12	P<0,001
Total	120	9,2	9,0	0	18	

* Teste t de Student

Os valores de Alfa Cronbach do questionário *SF-36* e da Escala de Auto-estima de Rosenberg EPM/UNIFESP foram iguais a 0,79 e 0,745, respectivamente.

DISCUSSÃO

A Lesão Medular Traumática (LMT) está entre as condições crônicas que causam incapacidades e consomem recursos na área de saúde. Essa condição crônica, que acompanha o indivíduo ao longo da vida, produz significantes conseqüências físicas, psicológicas e sócio-econômicas (DE VIVO, 1999). Trata-se de uma problemática social relevante, ao acometer parcela da população economicamente ativa interrompendo os planos da vida futura (BLANES *et al*, 2007).

A literatura tem dado progressiva atenção aos pacientes com lesão medular traumática. As complicações decorrentes dessa lesão são agravantes desta condição, dificultando a reabilitação e interferindo na qualidade de vida destes pacientes, pois, além do próprio problema físico causado, acarreta perda da independência e da auto-estima (FARO, 1999; HAMMELL, 2004).

A maior parte das lesões medulares ocorre como resultado de traumas causados por acidente automobilístico, queda ou ferimento por projétil de arma de fogo (NOREAU & FOUGEYROLLAS, 2000; SEKHON & FEHLINGS, 2001; BOTELHO *et al*, 2001; SCIVOLETTO *et al*, 2003; GASPAR *et al*, 2003; GONÇALVES *et al*, 2007)).

No presente estudo as causas mais freqüentes da LMT foram o ferimento por arma de fogo (76,7%), os acidentes automobilísticos (6,7%) e outras causas representam 16,6% da amostra no Grupo Estudo. Já no Grupo Controle a causa mais freqüente de paraplegia foram acidentes automobilísticos (48,3%), os ferimentos por arma de fogo (40,0%) e as outras causas representaram 11,7% da amostra.

Os resultados deste estudo permitiram verificar uma amostra de pessoas em sua maioria do gênero masculino e jovens (média de idade igual a 30,23 anos no Grupo Estudo e 38,17 no

Grupo Controle), aspectos que estão de acordo com os achados da literatura, que referem maior comprometimento deste gênero e ressaltando que nesta idade as pessoas estão no auge da produtividade (BLANES *et al*, 2009a; GASPAR *et al*, 2003; CARCINONI, CALIRI, NASCIMENTO, 2005; NOGUEIRA, CALIRI, SANTOS, 2006).

O tempo de Lesão Medular variou, estando entre 1 a 16 anos no Grupo Estudo, e 1 a 25 anos no Grupo Controle. O tempo de lesão medular se torna importante a medida que quanto maior o tempo, existe melhor aceitação e adaptação a essa condição de vida, já que a literatura afirma que a fase de negação ocorre nos primeiros seis meses da lesão (FORATTINI, 1991).

Em relação ao nível da lesão medular, o segmento torácico e lombar foram acometidos, refletindo uma população de pessoas com capacidade de realizar tarefas comuns do dia-a-dia como se alimentar, se vestir, guiar a cadeira de rodas e até atividades mais complexas como dirigir.

Quanto à escolaridade no Grupo Estudo foi observado que 45,0% possuíam o Ensino Fundamental (completo ou incompleto), 45,0% o Ensino Médio (completo ou incompleto) e 10,0% o Ensino Superior. No Grupo Controle foi observado que 31,7% possuíam o Ensino Fundamental (completo ou incompleto), 60% o Ensino Médio (completo ou incompleto) e 8,3% Ensino Superior. Alguns estudos nacionais descrevem índices similares, em que existe uma grande parcela da população com baixa escolaridade, no entanto, apesar de altos índices de analfabetismo no Brasil, nesta amostra, não foram encontrados pacientes analfabetos, e indica que a educação está mais presente, em relação ao pouco acesso a educação que existia em tempos remotos (BAMPI, GUILHEM, LIMA, 2008; BLANES *et al*, 2009a).

Quanto à situação atual de trabalho, foi verificado que 36,7% de lesados medulares do Grupo Estudo estavam aposentados, 13,3% eram estudantes, 10,0% eram vendedores e 40,0% ocupavam outras profissões. Em relação ao Grupo Controle, 45,0% estavam aposentados, 1,7% eram estudantes, 3,3% eram vendedores e 50,0% ocupavam outras profissões. Estudo descreve que os lesados medulares apresentam dificuldades para desempenhar atividade profissional e, quando empregados, relatam estar insatisfeitos com a capacidade física para o trabalho (BAMPI *et al*, 2008; WEHMAN *et al*, 2000).

A lesão medular gera alto custo para o governo e acarreta importante alteração no estilo de vida do paciente. Ela causa perda parcial ou total da motricidade e sensibilidade, além do comprometimento vasomotor, intestinal, vesical, sexual e cutâneo. Em relação ao comprometimento cutâneo, destaca-se as úlceras por pressão, que são causadas pela imobilidade que os lesados medulares apresentam (FARO 1999; BLANES *et al*, 2009a).

Dentre os fatores de risco para as úlceras por pressão (UP) destaca-se o excesso de pressão, o cisalhamento, a fricção, a alteração nutricional e a umidade. A exposição da pele à umidade excessiva, provocada pela incontinência urinária, anal e perspiração são fatores agravantes no desenvolvimento das UP (FERREIRA & CALIL, 2001, 1997; BLANES *et al*, 2004; FERREIRA *et al*, 2007; CHACON *et al*, 2009).

As alterações no sistema geniturinário são responsáveis pela segunda causa de morbidade nos pacientes com LMT sendo que as disfunções miccionais são as mais comuns (DAHLBERG *et al*, 2004; LIANZA, 1995).

A incontinência urinária não controlada no Grupo Estudo esteve presente em 73,3% da amostra e a incontinência anal foi igual a 13,3%, representando uma população de risco relacionada a umidade da pele, e em situação de desconforto em sociedade que a presença de incontinência traz (AZEVEDO, 2001). Houve diferença significativa em relação a presença de UP e a incontinência urinária não controlada, ou seja, este foi um fator de risco de grande importância nos pacientes com UP neste estudo.

O espasmo muscular estava presente em 46,7% dos pacientes do Grupo Estudo e 78,3% no Grupo Controle, sendo observado que a maioria dos paraplégicos em ambos os grupos apresentavam incontinência urinária, anal e espasmo muscular.

A úlcera por pressão é uma das piores complicações causadas pela redução da percepção sensorial e mobilidade. O excesso de pressão sobre as proeminências ósseas, leva a isquemia dos tecidos, causando feridas que nos lesados medulares ocorre a recidiva com frequência, e traz desconforto físico, emocional e financeiro (FARO, 1999; BUSH, 2002; FERREIRA *et al*, 2007).

Os 60 indivíduos do Grupo Estudo apresentaram um total de 88 úlceras por pressão, sendo que 45,5% estavam localizadas na região do ísquio, 31,8% na região sacral e 22,7% na região trocantérica.

Dos indivíduos do Grupo Estudo, 20,0% possuíam úlceras por pressão localizadas em pelo menos duas regiões diferentes do corpo e 13,3% possuíam úlceras em três regiões diferentes do corpo.

A UP é classificada de acordo com seu estágio evolutivo e são diagnosticadas visualmente. Os estágios III, IV e indeterminado necessitam de tratamento local conservador e muitas vezes cirúrgico. As medidas preventivas são muito importantes em especial nos estágios iniciais, ou seja, na fase pré-úlceras e estágio II (FERREIRA & CALIL, 2001; FERREIRA *et al*, 2007; CHACON *et al*, 2009).

Quanto aos estágios das UP neste estudo, 26,1% se apresentavam no estágio II, 38,6% no estágio III e 35,3% no estágio IV, ressaltando que nesses estágios os pacientes apresentam maior sofrimento físico e emocional devido suas implicações no tratamento, incomodo com trocas freqüentes de curativos, presença de odor e exsudato (FRANKS *et al*, 2002; GALHARDO *et al*, 2010).

A presença da úlcera por pressão é importante causa de alteração da qualidade de vida. Na literatura poucos estudos foram encontrados relacionados à qualidade de vida e auto-estima em pessoas com úlcera por pressão (FRANKS *et al*, 2002; GALHARDO *et al*, 2010; GARBER *et al*, 2003).

A prevalência das doenças crônicas tem aumentado gradativamente com o aumento da expectativa de vida (MEDEIROS, 1998). O avanço terapêutico e tecnológico fez com que a sobrevivência de doentes aumentasse bastante. Frequentemente permanecem complicações ou seqüelas com as quais os indivíduos sobrevivem vários anos (LAURENTI, 2003).

Hoje a qualidade é um tema de pesquisa imprescindível na área de saúde, visto que seus resultados contribuem para aprovar e definir tratamentos e avaliação custo/benefício do cuidado prestado (FERRAZ, 1998).

O instrumento utilizado neste estudo para avaliação da qualidade de vida foi o *SF-36*, um instrumento genérico derivado inicialmente de um questionário testado em mais de 22.000 pacientes, como parte de um estudo de avaliação de saúde (*The Medical Outcomes Study - MOS*) e sua criação foi baseada numa revisão de instrumentos já existentes na literatura, nos últimos 20 anos. O instrumento genérico para avaliação de QV é o mais utilizado em escala mundial, o que justifica de todo sua escolha no presente estudo (TARLOV *et al.*, 1989; WARE & SHERBOURNE, 1992; MCHORNEY, WARE, RACZEK, 1993; GANZ *et al.*, 1995; FITZPATRICK *et al.*, 1992).

O *SF-36* foi traduzido para a língua portuguesa, adaptado à cultura brasileira e validado para uso no Brasil (CICONELLI *et al.*, 1999).

Além da versão brasileira, existem versões em vários idiomas, como é o caso do inglês. Cada sociedade tem suas próprias crenças, atitudes, costumes, comportamentos e hábitos sociais. Estas características espelham a cultura do país e também o diferenciam de outros. Daí a importância de se utilizar um questionário culturalmente adaptado ao país em que o estudo é realizado (BRAZIER *et al.*, 1992; CICONELLI *et al.*, 1999).

O *SF-36* pode ser auto-administrado, enviado pelo correio ou aplicado por meio de entrevistas, mas a forma de administração deve ser padronizada, para não haver interferência com os resultados. No caso da aplicação por entrevistas, estas devem ser conduzidas sempre pela mesma pessoa, o que foi feito no presente estudo. Na maioria dos estudos em que foi utilizado, especialmente naqueles com grandes amostras, o *SF-36* foi auto-administrado (pelo correio), pois seria inviável a realização das entrevistas por uma mesma pessoa (BRAZIER *et al.*, 1992; SABINO NETO *et al.*, 2007; NICODEMO, PEREIRA, FERREIRA, 2008; DAVANÇO *et al.*, 2009). Todavia, a baixa escolaridade determina redução na qualidade das informações obtidas com questionários auto-administrados. Assim, pacientes com baixo nível sócio-cultural e acesso apenas ao ensino fundamental são mais bem avaliados por meio de entrevistas (D'AMORIM, 2001).

A vantagem da entrevista é a maior taxa de adesão ao estudo, que neste caso foi de 100%, ou seja, todos os pacientes responderam aos questionários. No *SF-36*, cada domínio é analisado isoladamente, não existindo um valor que resuma toda a avaliação, diagnosticando um estado de saúde melhor ou pior. Pela média de valores, evita-se o erro de não se identificar os verdadeiros problemas relacionados à saúde do paciente ou, mesmo, de subestimá-los (CICONELLI, 1997).

O *SF-36* abrange oito domínios da qualidade de vida em relação às últimas quatro semanas. A capacidade funcional consta de 10 itens que avaliam o quanto a saúde interfere nas atividades em um dia comum. O domínio aspectos físicos é composto por quatro itens que avaliam a interferência nas atividades de trabalho ou física. A dor é avaliada por dois itens em relação a interferência no trabalho. O estado geral da saúde é avaliado por cinco itens com a opinião do paciente da sua saúde e se adoecer mais que as outras pessoas. O domínio vitalidade é formado por quatro itens que avaliam como a pessoa se sente. Os aspectos sociais são avaliados por dois itens sobre a interferência da saúde física nas atividades sociais. O aspecto emocional é formado por três itens sobre quanto os problemas emocionais interferiram nas atividades de trabalho ou em outras atividades. A saúde mental é avaliada por cinco questões sobre o quanto do tempo a pessoa se sente deprimida, nervosa ou ansiosa (WARE & SHERBOURNE, 1992).

Na literatura sobre o tema, são vários os estudos, que fazem referências em relação à qualidade de vida dos pacientes com lesão medular (UNALAN, 2001; PUTZKE, 2002; LEPISTO, 2001).

Neste estudo todos os domínios do *SF-36* dos pacientes paraplégicos com UP apresentaram baixos escores em relação ao Grupo Controle. Houve diferença significativa entre os Grupos Estudo e Controle, com relação aos domínios do *SF-36* Capacidade Funcional ($p < 0,001$), Aspectos Físicos ($p < 0,0001$), Vitalidade ($p < 0,0001$), Aspectos Emocionais ($p < 0,0001$), Dor

($p=0,0002$), Aspectos Sociais ($p=0,0013$) e Saúde Mental ($p=0,0002$).

A Qualidade de Vida nos pacientes com úlcera por pressão e lesão medular ainda é pouco enfatizada. Ao analisar a Qualidade de Vida de acordo com os domínios do *SF-36*, observou-se que em relação à Capacidade Funcional, os pacientes com LM e presença de úlcera estão mais comprometidos do que aqueles sem úlcera ($p < 0,0001$), isso pode estar relacionado ao fato da limitação física, apesar deles sentirem em bom estado de saúde. As limitações decorrentes deste problema (andar, vestir-se, exercícios e outros) também foram observadas. No entanto pacientes com úlcera apesar de também ter comprometimento da capacidade funcional, vivenciou por mais tempo essa condição se adaptando a ela.

No domínio aspectos físicos dos pacientes com úlcera e sem úlcera observou-se que eles demonstraram alterações significantes em relação ao grupo controle ($p < 0,0001$). Pode-se observar que a média do grupo controle é bem maior do que os outros grupos. Isto é devido ao descontentamento com eles mesmos em estar realizando o seu trabalho ou alguma atividade diária regular.

Em relação ao domínio Dor, observou-se que tanto os pacientes com úlcera quanto o sem úlcera apresentaram dor. Os valores dos escores em relação ao Grupo Controle foram significantes ($p < 0,002$).

A dor pode estar presente apesar do déficit de sensibilidade e é causa de comprometimento do desempenho físico e psíquico com repercussões negativas na vida de relação, nas atividades laborativas, sociais, familiares e de vida diária. Compromete especialmente o humor, o sono, o apetite, a atividade sexual e o lazer. Gera estresse físico, avalia a percepção do paciente em relação a sua saúde e a expectativa futura (GASPAR *et al.*, 2003).

No domínio Estado Geral de Saúde, observou-se que o grupo de pacientes sem úlcera e com úlcera demonstram insatisfação do seu estado de saúde, apesar de não apresentar significância estatística. O estado geral de saúde está mais relacionado com a saúde física e um pouco menos com a saúde mental (BLANES *et al*, 2009b).

Observou-se neste estudo que o domínio Vitalidade dos participantes mostrou diferença estatística ($p < 0,0001$). Detectou-se que o grau de energia e disposição para realizar suas tarefas diárias é maior nos pacientes do Grupo Controle em relação ao Grupo Estudo. Este domínio está relacionado com os aspectos físicos e emocionais, ou seja, a saúde física e emocional interfere de maneira semelhante na disposição do indivíduo em realizar as suas atividades (BLANES *et al*, 2009b).

Ao analisar o domínio Aspectos Sociais, observou-se que houve diferença significativa entre os grupos ($p < 0,0013$). Observou-se também que estes estão prejudicados devido à cronicidade da doença. O apoio familiar e de pessoas amigas faz-se necessário e tem grande importância junto ao tratamento desse paciente. Uma doença pode diminuir ou anular a disposição do indivíduo em se relacionar com familiares, amigos, vizinhos e colegas, de participar de atividades sociais, de lazer e de trabalho, atividades estas realizadas de acordo com a faixa etária, gênero, condição física, social e emocional de cada um (LOUREIRO, FARO, CHAVES, 1997).

No domínio de Aspecto Emocional nota-se que o escore do grupo controle é bem maior do que o outro grupo, tornando-o significativo ($p < 0,001$). Este aspecto do *SF-36* refere-se às limitações das atividades da vida diária, como consequência de algum problema emocional como a ansiedade e depressão.

A ansiedade é uma resposta emocional e comportamental que frequentemente acompanha a dor aguda. A ansiedade no

doente com dor pode resultar da doença de base e de toda gama de complicações e conseqüências dela advinda, da dor em si ou de ambas as situações. A ansiedade pode ser descrita como um sentimento de perigo, vago, impreciso e desagradável, uma ameaça ao bem estar físico ou mental (LOUREIRO *et al*, 1997).

A depressão associa-se e agrava a vivência dolorosa quando não controlada interfere significativamente na qualidade de vida do doente, pois ocasiona maior comprometimento do sono, do humor, do apetite, maior queixa de fadiga e apreciação negativa da vida em si mesmo, maiores problemas no relacionamento interpessoal (LOUREIRO *et al*, 1997).

Em relação à Saúde Mental detectou-se diferença significativa entre os grupos ($p < 0,0002$). Pode-se observar que a Saúde Mental está relacionada com a percepção do sentimento de ansiedade, depressão, felicidade e tranqüilidade no cotidiano do indivíduo (LOUREIRO *et al*, 1997).

A saúde no LMT significa satisfação e interesse pela vida. Somam-se a várias causas de ansiedade as adaptações para as limitações físicas, emocionais e socioeconômicas, bem como os problemas que frequentemente surgem com a limitação física (LOUREIRO *et al*, 1997).

A qualidade de vida está comprometida como um todo nas pessoas com lesão medular traumática e úlcera por pressão e o seu escore máximo dos domínios do *SF-36* não ultrapassou a média de 61,60.

A auto-estima pode ser definida como o sentimento, o apreço e a consideração que uma pessoa sente por si própria, ou seja, o quanto ela gosta de si, como ela se vê e o que pensa sobre ela mesma. A auto-imagem é o centro da vida subjetiva do indivíduo determinando seus pensamentos, sentimentos e comportamentos (DINI *et al*, 2004).

Alguns padrões de comportamento e aparência são determinados pela sociedade, pela mídia e pela própria pessoa. A consciência sobre a aparência pode afetar fortemente a auto-confiança e a auto-estima dos pacientes (DINI *et al*, 2004; TZONICHAKI *et al*, 2002).

No presente estudo, houve diferença estatística entre os Grupos Estudo e Controle, com relação aos valores da Escala de Auto-Estima Rosenberg-EPM/UNIFESP ($p < 0,001$).

As repercussões na auto-estima nesse estudo foram evidentes de acordo com os resultados e análises estatísticas, em que os participantes do grupo com UP apresentaram experiências negativas nos acontecimentos sociais, emocionais e psicofisiológicos.

O lesado medular pode limitar suas relações com amigos por se sentir indigno de contatos sociais ou simplesmente incapaz de participar dessas atividades. A pessoa com deficiência física, ao apresentar um corpo com alguma anormalidade pode se isolar na sociedade. A imperfeição em seu corpo, faz com que o lesado medular vivencie incapacidades corporais indesejáveis a partir do padrão de produtividade, que necessita de um corpo perfeito e eficiente, e foge dos padrões estéticos de beleza, consumo e de prazer (LOUREIRO *et al*, 1997).

As doenças ou lesões graves interferem de forma súbita na auto imagem e as adaptações impostas pela doença podem afetar a identidade do indivíduo. Para muitos a incapacidade pode ser vista como uma limitação a ser superada e outras consideram-se inválidas (LOUREIRO *et al*, 1997).

A presença da úlcera por pressão no lesado medular sofre com alterações na qualidade de vida e auto-estima devido a própria lesão medular relacionadas a dificuldade no auto-cuidado

e controle das necessidades fisiológicas, no entanto, a presença de UP nesses pacientes aumenta sua insatisfação com a vida, pela particularidade do tratamento e as características desagradáveis próprias de uma lesão de pele. Portanto, existe a necessidade de se enfatizar os aspectos da qualidade de vida e auto-estima em futuras pesquisas e avaliar outros aspectos da QV em paraplégicos com úlcera por pressão como por exemplo, a depressão e a imagem corporal, e propor medidas de intervenção.

CONCLUSÃO

6. CONCLUSÃO

A úlcera por pressão promoveu impacto negativo na qualidade de vida e auto-estima nos pacientes paraplégicos.

REFERÊNCIAS

American Spinal Injury Association and International Medical Society of Paraplegia - ASIA/IMSOP. Padrões internacionais para Classificação Neurológica e funcional de lesões na medula espinhal, Chicago: ASIA/IMSOP;1999.

Avanci JQ, Assis SG, Santos NV, Oliveira RV. Adaptação transcultural de escala de auto-estima para adolescentes. *Psicol Reflex Crit.* 2007;20(3):397-405.

Azevedo GR, Santos VLCG . Cuidador (d)eficiente: as representações sociais de familiares acerca do processo de cuidar.*Rev Latino-Am Enfermagem.* 2006;14(5):770-80.

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

Barros N. Dor e qualidade de vida em pacientes com câncer. *Rev Dor.* 2000; 2:24-9.

Barros Filho TEP. Estudo epidemiológico de pacientes com traumatismo da coluna vertebral e déficit neurológico, internados no Instituto de Ortopedia e Traumatologia de Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. *Rev Hosp Clin Fac Med Univ São Paulo.* 1990;445 (3): 123-6.

Blanes L, Duarte IS, Calil JA, Ferreira LM. Clinical and epidemiologic evaluation of pressure ulcers in patients at the Hospital São Paulo. *Rev Assoc Med Bras.* 2004;50(2): 182-7.

Blanes L, Carmagnani MIS, Ferreira LM. Health-related quality of life of life of primary caregivers of persons with paraplegia. *Spinal Cord.* 2007;45(6):399-403.

Blanes L, Lourenço L, Carmagnani MIS, Ferreira LM. Clinical and socio-demographic characteristics of persons with traumatic paraplegia living in São Paulo, Brazil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 2009a; 67(28) : 388-90.

Blanes L, Carmagnani MIS, Ferreira LM. Quality of life and self-esteem of persons with paraplegia living in São Paulo, Brazil. *Qual Life Res*. 2009b; 18(1):15-21.

Botelho RV, Abgussen CMB, Machado GCFP, Elias AJR, Silva AAB, Bittencourt LRA, Fontoura EAF. Epidemiologia do trauma raquimedular cervical na zona norte da cidade de São Paulo. *Arq Bras Neurocir* 2001;20 (3-4):64-76.

Bravo MAE. Úlceras por presión en atención primaria. Frecuencia y características. *Rev Enfem*. 1998;21(237):55-8.

Brazier DJ, Harper R., Jones NMB, O`Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, et al. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ*. 1992; 305:160-4.

Bush C. Investigation the effects of living with a pressure ulcer. *Nurse Times*. 2002;98(6):34-5.

Carcinoni M, Caliri MHL, Nascimento MS. Ocorrência de úlcera de pressão em indivíduos com lesão traumática de medula espinhal. *Rev Min Enferm*. 2005;9(1):29-34.

Chacon JMF, Blanes L, Hochman B, Ferreira LM. Prevalence of pressure ulcers among the elderly living in long-stay institutions in São Paulo. *São Paulo Medical Journal*. 2009;127(4): 211-5.

Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Brazilian-Portuguese version of the SF-36. A reliable and valid quality of life outcome measure. *Rev Bras Reumatol.* 1999;39(3): 143-50.

Dahlberg A, Perttila I, Wuokko E, Ala O. Bladder management in persons with spinal cord lesion. *Spinal Cord.* 2004;42(12): 694–98.

D’Amorim AB. Avaliação das formas auto-administradas dos questionários MHAQ E SF-12 em pacientes com doenças reumáticas [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo- Escola Paulista de Medicina;2001

Davanço RA, Sabino Neto M, Garcia EB, Matsuoka PK, Huijsmans JPR, Ferreira LM. Quality of life in the surgical treatment of gynecomastia. *Aesthetic Plast Surg.* 2009; 33(4):514-7.

De Vivo J. Recent trends in mortality and causes of death among persons with spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation.* 1999; 80(11): 1411-9.

Dini GM, Quaresma MR, Ferreira LM. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de auto-estima de Rosemberg. *Rev Soc Bras Cir Plast.* 2004;19(1):41-52.

Faro ACM. Fatores de risco para úlcera de pressão: subsídios para prevenção. *Rev Esc Enferm USP.* 1999;33 (3):279-83.

Ferraz MB. Qualidade de vida: Conceito e um breve histórico. *Revista Jovem Médico.* 1998;4: 219-22.

Ferreira LM, Calil JA. Etiopatogenia e tratamento das úlceras por pressão. *Revista Diagnóstico e Tratamento.* 2001; 6(3):36-40.

Ferreira LM, Calil JA, Martino MD, Aloe RC. Úlcera por pressão. Cap 58. In: Ferreira LM. Guias de Medicina Ambulatorial e hospitalar UNIFESP – EPM . Cirurgia Plástica. Ed Manole. 2007. p501-511.

Forattini OP. Qualidade de vida em meio urbano na cidade de São Paulo, Brasil. Rev Saúde Publ. 1991;25(2): 75-86.

Forcheimer M, McAweeney M, Tate DG. Use of the SF-36 among persons with spinal cord injury. Am J Phys Med Rehabil. 2004;83(5):390-5.

Franks PJ, Winterberg H, Moffatt CJ. Health related quality of life and pressure ulceration assessment in patients treated in the community. Wound Repair Regen.2002;10(3):133-40.

Freire M, Sabino Neto M, Garcia EB, Quaresma MR, Ferreira LM. Quality of life after reduction mammoplasty. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg. 2004;38(6):335-9.

Galhardo VAC, Magalhães MG, Blanes L, Juliano Y, Ferreira LM. Health related quality of life and depression in older patients with pressure ulcers. Wounds. 2010;22(1):20-6.

Garber SL, Rintala DH. Pressure ulcers in veterans with spinal cord injury: a retrospective study. J Rehabil Res Dev. 2003; 40(5):433-41.

Gaspar AP, Ingham IJM, Vianna PCP, Santos FPE, Chamlian TR, Puertas EB. Avaliação Epidemiológica dos Pacientes com Lesão Medular Atendidos no Lar Escola São Francisco. Acta Fisiátrica. 2003; 10(2):73-7.

Gonçalves AMT, Rosa LN, D'Ângelo CT, Savordelli CL, Bonin GL, Squarcino, IM, et al. Aspectos epidemiológicos da lesão medular traumática na área de referência do Hospital Estadual Mário Covas. Arq Med ABC. 2007; 32(2):64-66.

Guyatt GH. A taxonomy of health status instruments. *J Rheumatol.* 1995;22(6):1188-90.

Hammell KW. Exploring quality of life following high spinal cord injury: a review and critique. *Spinal Cord.* 2004 Sep;42(9):491-502.

Langenhoff BS, Krabbe PFM, Wobbes T, Ruers TJM. Quality of life as an outcome measure in surgical oncology. *Br J Surg.* 2001; 88: 643-52.

Laurenti R. A mensuração da qualidade de vida. *Rev Assoc Med Bras.* 2003; 49(4):3.

Lepisto M, Eriksson E, Hietanen H, Asko-Seljavaara S. Patients with pressure ulcers in Finnish hospitals. *Int NursPract.* 2001 Aug;7(4):280-7.

Lianza S, Casalis MEP, Greve JMA, Eichberg R. A lesão medular. In: Lianza S. *Medicina e reabilitação.* 2^o ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1995. p. 299-322.

Loureiro SCC, Faro ACM, Chaves EC. Qualidade de vida sob a ótica de pessoas que apresentam lesão medular. *Rev Esc Enf USP.* 1997;31(3):347-67.

McHorney CA, Ware JE Jr, Raczek AE. The MOS 36-item Short-form Health Survey (SF-36): psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care.* 1993; 31(3): 247-63.

Mendonça Netto ABF, Teixeira MJ, Andrade AF, Tarcisio DA, Barros Filho TEP. Traumatismos raquimedulares fechados. *Arq Bras Neurocir.* 1986;5(1):1-335.

National Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure Ulcers stages revised by NPUAP .USA [HOMEPAGE ON THE INTERNET]. 2007 [Cited 2008 jul 11]. Available from: [http:// www.npuap.org](http://www.npuap.org)

Nicodemo D, Pereira MD, Ferreira LM. Effect of orthognatic surgery for class III corretion on quality of life as measured by SF-36. *Int J Oral Maxilofac Surg*. 2008; 37(2):131-4.33.

Nogueira PC, Caliri MHL, Santos CB. Perfil dos pacientes com Lesão traumática na medula espinhal e ocorrência de úlcera por pressão. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2006;14(3):372-7.

Noreau L, Fougeyrollas P. Long- term consequences of spinal cord injury on social participation: the occurrence of handicap situations. *Disabil Rehabil*. 2000; 22(4):170-80.

Putzke JD, Richards JS, Hicken BL, De Vivo MJ. Predictors of life satisfaction: a spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2002;83(4):555-61.

Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton (NJ). Princeton University Press. 1965.

Sabino Neto M, Da Silva AL, Garcia EB, Freire M, Ferreira LM. Quality of life and self-esteem after breast asymetry surgery. *Aesth Surg J* 2007; 27(6):616-21.

Salimene CM. *Caminho para a reabilitação*. São Paulo, Cortez, 1995.

Sekhon LHS, Fehlings MG. Epidemiology, Demographics, and athophysiology of Acute Spinal Cord Injury. *Basic Science Spine*. 26(24S) Supplement:S2-S12, 2001.

Suntken G, Starr B, Ermer-Seltun J, Hopkins L, Preftakes D. Implementation of a comprehensive skin care program across care settings using the AHCPR pressure ulcer prevention and treatment guidelines. *Ostomy Wound Management*. 1996; 42(3):20-6.

Scivoletto G, Morganti B, Ditunno P, Ditunno JF, Molinari M. Effects on age on spinal cord lesion patients' rehabilitation. *Spinal Cord*. 2003; 41:457-64.

Stewart AL, Hays RD, Ware JE. The MOS Short Form General Health Survey: reability and validity in a patient population. *Med Care*. 1988;26(7):724-35.

Tarlov AR, Ware JE Jr, Greenfield S, Nelson EC, Perrin EP, Zubkoff M. The Medical Outcomes Study: an application of methods for monitoring the results of medical care. *JAMA*. 1989; 262: 925-30.

Tzonichaki L, Kleftaras G. Paraplegia from spinal cord injury: self esteem, loneliness and life satisfaction. *OTJR: Occupation Participation & Health*. 2002;223:96-103.

Unalan H, Gençosmanoglu B, Akgün K, Karamehmetoglu S, Tuna H, Ones K, Rahimpenah A, Uzun E, Tüzün F. Quality of primary caregivers of spinal cord injury survivors living in the community: controlled study with SF- 36. *Spinal Cord* 2001;396: 318-22.

Vall J, Braga VA, Almeida PC. Estudo da qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática. *Arq Neuropsiquiatr*. 2006;64(2b):451-5.

Vash CL. *Enfrentando a deficiência: a manifestação, a psicologia, a reabilitação*. São Paulo, Pioneira, 1988.

Wehman P, Wilson K, Parent W, Sherron TP, McKinley W. Employment satisfaction of individuals with spinal cord injury. *Am J Phys Med Rehabil*. 2000;79:161-9

Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health Survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. *Med Care*.1992;30(6):473-83.

NORMAS ADOTADAS

Ferreira L M. Orientação Normativa para elaboração e apresentação de teses. Livraria Médica Paulista Editora. São Paulo, 2008.

Goldenberg S. Orientação Normativa para Elaboração e Difusão de Trabalhos Científicos. São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www.metodologia.org> .

Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde – Resolução n° 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília-DF, 1996. 24p.

Comissão de nomenclatura da Sociedade Brasileira de Anatomia – Nomina Anatômica. 5ª ed. Rio de Janeiro, Editora Médico e Científica Ltda. 1987, 110p.

Descritores em ciências da saúde. [on line] 2009 [2009 mai 12]. Disponível em: URL:<http://decs.bvs.br/>

International Committee of Medical Journal Editors – Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Sample References [on line] 2009 [2009 mai 12]. Disponível em: URL:http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

National Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure Ulcers stages revised by NPUAP .USA [HOMEPAGE ON THE INTERNET]. 2007 [Cited 2008 jul 11]. Available from: [http:// www.npuap.org](http://www.npuap.org)

ABSTRACT

ABSTRACT

Background: Traumatic spinal cord injury is a chronic condition that cause disability and drain resources from the health sector. This condition will last for the patient's lifetime, resulting in significant physical, psychological, social and economic consequences. Pressure ulcers are a major cause of reduction in quality of life, aggravating health conditions, and increasing suffering and morbidity.

Objective: To evaluate health-related quality of life and self-esteem in paraplegic patients with pressure ulcers.

Methods: This was a controlled cross-sectional study. Sociodemographic and clinical data were obtained through a questionnaire. The evaluation of quality of life was performed by the first author of this paper using the generic Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey questionnaire (SF-36) and the Rosenberg self-esteem/UNIFESP-EPM scale. A total of 120 patients with traumatic paraplegia were included in the sample, of which 60 had pressure ulcers and were assigned to the study group, and 60 had no pressure ulcers and were assigned to the control group. Statistical analysis was performed using the chi-square test, Fisher's exact test, and Student's t-test.

Results: Of the 60 patients in the study group, 93.3% were men with a mean age of 30.23 years (standard deviation, 9.52 years). There were significant differences between groups in SF-36 scores on the physical functioning ($p<0.0001$), role physical ($p<0.0001$), vitality ($p<0.0001$), social functioning ($p=0.0013$), mental health ($p=0.0002$), bodily pain ($p=0.0002$), and role emotional ($p<0.0001$) subscales. There were also significant differences in self-esteem between groups ($p<0.001$). The Cronbach's alpha for the SF-36 questionnaire and Rosenberg self-esteem/UNIFESP-EPM scale was 0.79 and 0.74, respectively.

Conclusion: Pressure ulcers had an adverse impact on the health-related quality of life and self-esteem of paraplegic patients.

APÊNDICES

Apêndice 1: Instrumento de pesquisa- Características sócio-demográficas**LOCAL:****DATA:**

Nome:	RH:	
Idade:	Sexo:	Naturalidade:
Escolaridade:		
Est. Civil:	n. de filhos:	
End. Res.:	Bairro:	
Município:	Estado:	CEP:
Fone:		

Profissão/ atividade atual: _____

▪ Causa de lesão medular: _____

▪ Nível da LM: _____

▪ Tempo de LM: _____

() Outra doença- Qual? _____

() Inc. urin. () inc. anal () _____

() Presença de espasmos musculares

▪ Medicações em uso atual: _____

▪ Estágio da UP (se tiver) / Local:

Apêndice 2 : Carta de Informação e TCLE

Este projeto tem como objetivo avaliar a qualidade de vida do paciente paraplégico. Avaliar a qualidade de vida dos pacientes com paraplegia com úlcera por pressão é fundamental para poder investir na melhora da qualidade de vida de acordo com os aspectos mais afetados. Será utilizado um questionário que consta de dados referentes a características demográficas, clínicas e utilização de uma escala de avaliação da qualidade de vida do paciente com paraplegia.

É garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade do seu tratamento na Instituição. As informações obtidas serão analisadas, não sendo divulgada sua identificação.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Os dados coletados serão somente utilizados para esta pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa, para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Enfa. Lana Lourenço, que pode ser encontrada na R. Napoleão de Barros, 715 - 3º andar, Tel: 5576-4085. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - R. Botucatu, 572 - 1º andar - conjunto 14, Tel: 5571-1062, FAX: 5539-7162.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, portador(a) do RG No. _____, após ter lido a carta de informação e ter sido esclarecido(a) pela Enfa. Lana Lourenço a respeito do projeto de pesquisa, concordo em participar deste estudo. Estou ciente de que não serei identificado em nenhum momento deste estudo, que minhas respostas não influenciarão em nada o meu tratamento e que não corro riscos em me submeter a este estudo. Ficou claro que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso a tratamento hospitalar, quando necessário. Concordo, voluntariamente, em participar deste estudo e sei que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou qualquer prejuízo ao meu tratamento.

_____ Data: ___/___/___
(Assinatura do paciente ou representante legal)

_____ Data: ___/___/___
(Assinatura da testemunha)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido desta paciente para a participação neste estudo.

_____ Data: ___/___/___
Enfa. Lana Lourenço

ANEXOS

Anexo 1: CLASSIFICAÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO- NPUAP 2007

Estágio I	Eritema que não desaparece a digito pressão, em pele intacta. A área pode apresentar-se dolorosa, endurecida, amolecida, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente. Feridas em estágio I podem se difíceis de detectar em pessoas de pele com tonalidades escuras.
Estágio II	Perda parcial da espessura da pele envolvendo epiderme e derme. Apresenta-se como úlcera superficial com o leito de coloração pálida, sem esfacelo. Pode apresentar-se como uma bolha (preenchida com exsudato seroso), intacta ou aberta/ rompida ou aspecto de equimose. Este estágio não deve ser usado para descrever suspeita de lesão profunda, abrasões por adesivos, dermatite perineal, maceração ou escoriação.
Estágio III	Perda de toda espessura da pele com comprometimento ou necrose do tecido celular subcutâneo (esfacelo pode estar presente), porém sem exposição de osso, tendão, músculo ou fáscia muscular subjacente. A profundidade da úlcera por pressão em estágio III varia conforme a localização anatômica. A asa do nariz, orelha, as regiões occipital e maleolar não possuem tecido subcutâneo e, portanto, as úlceras podem ser rasas neste estágio. Em contraste, áreas com adiposidade significativa podem desenvolver úlceras por pressão em estágio III bastante profundas. Ossos e tendões não são visíveis nem diretamente palpáveis.
Estágio IV	Perda total da espessura da pele com exposição óssea, de músculo ou tendão. Pode haver presença de esfacelo ou escara em algumas partes do leito da ferida. Frequentemente, inclui deslocamento e túneis. A asa do nariz, orelha, as regiões occipital e maleolar não possuem tecido subcutâneo e, portanto, as úlceras podem ser rasas neste estágio. As úlceras em estágio IV podem estender-se aos músculos e /ou estruturas de suporte (como fáscia, tendão ou cápsula articular), possibilitando a ocorrência de osteomielite. A exposição de osso/ tendão é visível ou diretamente palpável.

Anexo 2: VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36

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

1. Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma)

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

2. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora? (circule uma)

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

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto? (circule um número em cada linha)

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

e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve alguns dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física? (circule uma em cada linha)

	SIM	NÃO
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (necessitou de um esforço extra)?	1	2

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

	SIM	NÃO
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

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

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

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas? (circule uma)

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

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

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

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

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

se sentido calmo ou tranquilo?						
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

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

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

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você? (circule um número em cada linha)

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

Investigador _____ Data ____/____/____

PONTUAÇÃO DO QUESTIONÁRIO SF-36

Questão	Pontuação
1	1=5,0 2=4,4 3=3,4 4=2,0 5=1,0
2	Soma normal
3	Soma normal
4	Soma normal
5	Soma normal
6	1=5,0 2=4,0 3=3,0 4=2,0 5=1,0
7	1=6,0 2=5,4 3=4,2 4=3,1 5=2,2 6=1,0
8	<p>Se 8 = 1 e 7 = 1 ----- 6</p> <p>Se 8 = 1 e 7 = 2 a 6 ----- 5</p> <p>Se 8 = 2 e 7 = 2 a 6 ----- 4</p> <p>Se 8 = 3 e 7 = 2 a 6 ----- 3</p> <p>Se 8 = 4 e 7 = 2 a 6 ----- 2</p> <p>Se 8 = 5 e 7 = 2 a 6 ----- 1</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <p>1 = 6</p> <p>2 = 4,75</p> <p>3 = 3,5</p> <p>4 = 2,25</p> <p>5 = 1,0</p>
9	<p>a, d, e, h = valores contrários (1=6, 2=5, 3=4, 4=3, 5=2, 6=1)</p> <p>Vitalidade = a+e+g+i Saúde mental = b+c+d+f+h</p>
10	Soma normal
11	<p>a, c = valores normais</p> <p>b, d = valores contrários (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1)</p>

CÁLCULO DO ESCORE DOS COMPONENTES DO SF-36 (0 A 100)

	Questão	Limites	Score Range
Capacidade Funcional	3 (a+b+c+d+e+f+g+h+i+j)	10 – 30	20
Aspectos físicos	4 (a+b+c+d)	4-8	4
Dor	7+8	2-12	10
Estado Geral de Saúde	1+11	5-25	20
Vitalidade	9 (a+e+g+i)	4-24	20
Aspectos Sociais	6+10	2-10	8
Aspecto Emocional	5 (a+b+c)	3-6	3
Saúde Mental	9 (b+c+d+f+h)	5-30	25

Raw Scale

$$\text{Item} = \frac{(\text{Valor obtido} - \text{valor mais baixo}) \times 100}{\text{Valor}}$$

Ex: Capacidade Funcional = 21

Valor mais baixo = 10

$$\frac{(21 - 10) \times 100}{20} = 55$$

20

Dados perdidos: Se responder mais de 50% deve-se substituir o valor pela média.

Anexo 3 – Escala de Auto-Estima Rosenberg – EPM/UNIFESP

Instruções para o entrevistador

- 1- Ler a página Instrução para a pessoa a ser avaliada. Caso ela não compreender as instruções, ler novamente.
- 2- O entrevistador não deve dar explicações além das contidas nas Instruções para o entrevistador. Não dar sua interpretação pessoal sobre as instruções, apenas lê-la novamente, até que o paciente compreenda as informações.
- 3- O local de realização das entrevistas deve ser calmo, com boa iluminação, contando apenas com a presença do entrevistador.
- 4- Não se deve alterar a seqüência dos testes.
- 5- Anotar o início e o fim da avaliação, para sabermos em minutos o tempo necessário para sua aplicação.

Instruções para o entrevistado

- 1- Por auto-estima queremos dizer o sentimento, o apreço, a consideração que você sente por si próprio. Em outras palavras, o quanto você gosta de si mesmo, como você se vê e o que pensa sobre si.
- 2- Neste questionário temos 10 frases afirmativas. Você deve escolher a alternativa que mais próximo está daquilo que você sente.
- 3- Concordar plenamente, que dizer, concorda completamente, totalmente com a afirmativa. Discordar plenamente, que dizer, discordar completamente, totalmente com a afirmativa.

ESCALA DE AUTO-ESTIMA DE UNIFESP-EPM/ ROSENBERG

Como você avalia estas questões:

1) De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito(a) comigo mesmo(a).

- a) Concordo plenamente b) Concordo
c) Discordo d) Discordo plenamente

2) Às vezes, eu acho que eu não sirvo para nada (desqualificado(a) ou inferior em relação aos outros)

- a) Concordo plenamente b) Concordo
c) Discordo d) Discordo plenamente

3) Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades.

- a) Concordo plenamente b) Concordo
c) Discordo d) Discordo plenamente

4) Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas).

- a) Concordo plenamente b) Concordo
c) Discordo d) Discordo plenamente

5) Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.

- a) Concordo plenamente b) Concordo
c) Discordo d) Discordo plenamente

6) às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas)

- a) Concordo plenamente b) Concordo
c) Discordo d) Discordo plenamente

7) Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) as outras pessoas.

- a) Concordo plenamente b) Concordo
c) Discordo d) Discordo plenamente

8) Não me dou o devido valor. Gostaria de ter mais respeito por mim mesmo(a).

- | | |
|------------------------|------------------------|
| a) Concordo plenamente | b) Concordo |
| c) Discordo | d) Discordo plenamente |

9) Quase sempre eu estou inclinado(a) a achar que sou um(a) fracassado(a).

- | | |
|------------------------|------------------------|
| a) Concordo plenamente | b) Concordo |
| c) Discordo | d) Discordo plenamente |

10) Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo(a).

- | | |
|------------------------|------------------------|
| a) Concordo plenamente | b) Concordo |
| c) Discordo | d) Discordo plenamente |

CÁLCULO DO ESCORE DA ESCALA DE AUTO-ESTIMA ROSENBERG – EPM/UNIFESP

O cálculo é feito por meio da soma dos valores encontrados no gabarito que segue abaixo, de acordo com o resultado obtido com a aplicação do questionário ao paciente.

1) De uma forma geral (apesar de tudo) estou satisfeito comigo mesmo (a)

0	a)Concordo plenamente
1	b)Concordo
2	c)Discordo
3	d)Discordo plenamente

2) As vezes, eu não sirvo para nada(desqualificado ou inferior em relação aos outros).

3	a)Concordo plenamente
2	b)Concordo
1	c)Discordo
0	d)Discordo plenamente

3) Eu sinto que eu tenho um tanto(um número) de boas qualidades.

0	a)Concordo plenamente
1	b)Concordo
2	c)Discordo
3	d)Discordo plenamente

4) Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas).

0	a)Concordo plenamente
1	b)Concordo
2	c)Discordo
3	d)Discordo plenamente

5) Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.

3	a)Concordo plenamente
2	b)Concordo
1	c)Discordo
0	d)Discordo plenamente

6) As vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas).

3	a)Concordo plenamente
2	b)Concordo
1	c)Discordo
0	d)Discordo plenamente

7) Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) as outras pessoas.

0	a)Concordo plenamente
1	b)Concordo
2	c)Discordo

3	d)Discordo plenamente
---	-----------------------

8)Eu gostaria de ter mais respeitos por mim mesmo (a). Dar –me mais valor).

3	a)Concordo plenamente
2	b)Concordo
1	c)Discordo
0	d)Discordo plenamente


9) Quase sempre eu estou inclinado (a) a achar que sou um (a) fracassado(a).

3	a)Concordo plenamente
2	b)Concordo
1	c)Discordo
0	d)Discordo plenamente

10) eu tenho uma atitude positiva(pensamento, atos e ensinamento positivo) em relação a mim mesmo(a).

0	a)Concordo plenamente
1	b)Concordo
2	c)Discordo
3	d)Discordo plenamente

Anexo 4: Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

	Universidade Federal de São Paulo Escola Paulista de Medicina	Comitê de Ética em Pesquisa Hospital São Paulo
	São Paulo, 21 de setembro de 2007 CEP 1307/07	

Ilmo(a). Sr(a).
 Pesquisador(a) LANA LOURENÇO
 Co-Investigadores: Lana Lourenço, Leila Blanes, Regina Okamoto, Lydia Masako Ferreira (Orientadora)
 Disciplina/Departamento: Cirurgia Plástica/Cirurgia da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo
 Patrocinador: Recursos Próprios.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref. Projeto de pesquisa intitulado: **"Short-Form 36 e escala de auto-estima rosenberg-epm/unifesp em paraplégicos com úlcera por pressão"**.

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: ESTUDO CLÍNICO OBSERVACIONAL - COM APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS.

RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: Sem risco, desconforto mínimo.

OBJETIVOS: Avaliar a qualidade de vida e auto estima de paraplégicos com úlcera por pressão..

RESUMO: Serão selecionados pacientes com úlcera medular traumática e úlcera por pressão, atendidos no ambulatório de cirurgias plástica do Hospital São Paulo, Lar Escola São Francisco ou em seus domicílios. Trata-se de estudo transversal analítico. As entrevistas serão realizadas pelo autor e a coleta de dados será feita com o auxílio de instrumento para conhecimento das características sócio-demográficas. Será aplicado a todos os pacientes o Questionário de Qualidade de vida e Auto-estima Rosenberg. Todas as entrevistas serão realizadas pelo autor, em ambiente tranquilo..

FUNDAMENTOS E RACIONAL: A problemática dos pacientes paraplégicos com úlcera por pressão motivaram este estudo, pois muitas dessas lesões são de difícil cicatrização, sendo necessário uma abordagem não somente nos aspectos físicos, mas também relacionados à sua qualidade de vida e de auto-estima..

MATERIAL E MÉTODO: Materiais e métodos adequadamente descritos.

TCLE: Adequado, de acordo com a Res. 196/96.

DETALHAMENTO FINANCEIRO: PROJETO SEM FINANCIAMENTO EXTERNO.

CRONOGRAMA: 6 MESES.

OBJETIVO ACADÊMICO: Mestrado.

ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA: 20/9/2008 e 20/9/2009.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU e APROVOU** o projeto de pesquisa referenciado.

Rua Botucatu, 572 - 1º andar – conj. 14 - CEP 04023-062 - São Paulo / Brasil
 Tel.: (011) 5571-1062 - 5539.7162



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

CEP 1307/07

FONTES CONSULTADAS

Ferreira ABH. Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3ª ed. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1999, 2128p.

Stedman TL. Stedman's medical dictionary. 25ª ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1990. 1784p.

Short-Form Health Survery (SF-36). <http://www.sf-36.com>

Ferreira LM. Orientação Normativa para elaboração e apresentação de teses. São Paulo : Livraria Médica / Paulista Editora, 2008. p.13-79.