UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

RITA LACERDA AQUARONE

DOR NEUROPÁTICA: IMPLICAÇÕES NA QUALIDADE
DE VIDA DE PESSOAS COM LESÃO MEDULAR

SÃO PAULO
2013

RITA LACERDA AQUARONE

DOR NEUROPÁTICA: IMPLICAÇÕES NA QUALIDADE
DE VIDA DE PESSOAS COM LESÃO MEDULAR

Dissertação apresentada à Escola
de Enfermagem da Universidade
de São Paulo para obtenção do
título de Mestre.

Área de concentração:
Enfermagem na Saúde do Adulto.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana
Cristina Mancussi e Faro

SÃO PAULO
2013

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Aquarone, Rita Lacerda

Dor neuropática: implicações na qualidade de vida de pessoas com lesão medular / Rita Lacerda Aquarone.

-- São Paulo, 2013.

98 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Cristina Mancussi e Faro

Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto

1. Medula óssea - lesões 2. Dor 3. Nervos espinhais
4. Qualidade de vida 5. Enfermagem I. Título.

Nome: Rita Lacerda Aquarone

Título: Dor neuropática central: implicações na qualidade de vida de pessoas com lesão medular

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto.

Aprovado em ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho à Isabela, a menina do meu coração,
que sofreu com minha ausência e negligência, mas entendeu e demonstrou,
ao longo desses anos o orgulho que dei a ela. Saiba, minha filha, que você
esteve em meus pensamentos o tempo todo.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu esposo Estevão, esteio de minha vida, companheiro de todos os momentos, pela compreensão e carinho ao longo do período de elaboração deste trabalho.

Aos meus pais Francisco e Léa, irmãs Silvia e Ana, que me apóiam e torcem por minha felicidade, a cada novo projeto de minha vida.

Aos pacientes que, nas Instituições participantes, foram muito gentis em aceitar participar desta pesquisa.

Em especial, à Professora Doutora Ana Cristina Mancussi Faro, que com simplicidade e grande sabedoria aceitou o desafio de orientar-me. Pelo seu conhecimento, cooperação, dedicação, apoio e amizade.

Às Professoras Doutoras Júlia Maria D'Andréa Greve e Maria Helena Larcher Caliri, cujas participações no exame de qualificação proporcionaram avanços consideráveis a esta dissertação.

Aos meus verdadeiros amigos, obrigada por existirem na minha vida.

A todos que, de algum modo, contribuíram para esta pesquisa

*"A dor apresenta um espaço em branco; não é possível lembrar-se do
instante em que começou ou do tempo em que ainda não existia.*

*A dor tem um elemento de mistério. Não se sabe quando começará. Ou se
haverá dia em que não ocorrerá. A dor não tem futuro além de si própria.
Seus domínios infinitos contém seu passado, iluminado para compreender
novos períodos de dor".*

Emily Dickinson

Aquarone RL. Dor neuropática central: implicações na qualidade de vida de pessoas com lesão medular [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo; 2013.

RESUMO

A dor é uma das consequências da lesão medular, somada às disfunções miccional e intestinal, à manutenção da integridade da pele, alterações na sexualidade e na reprodução, às questões sociais e familiares. Conhecer a dor e a interferência na qualidade de vida faz com que o profissional que assiste ao paciente, consiga seguir o caminho mais adequado e conjugar modalidades para o controle da dor neuropática. Neste estudo objetivou-se conhecer as implicações da dor neuropática na qualidade de vida de indivíduos com lesão medular traumática. Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, do tipo transversal, exploratória, descritiva e comparativa. Os dados foram coletados pela própria pesquisadora. A coleta incluiu entrevista com os pacientes, aplicando Escala de Avaliação da Dor de McGill, uma escala analógica de avaliação da intensidade da dor e a Escala WHOQOL-*brief*, versão abreviada do WHOQOL-100. Os pacientes participantes da pesquisa foram em sua maioria do sexo masculino, com idade entre 30 e 49 anos, casados, aposentados, com ensino médio, lesão medular causada por queda, paraplégicos com lesão incompleta, entre um e cinco anos de lesão. As implicações dos pacientes com dor neuropática e qualidade de vida mostram que pacientes que referiram maior intensidade de dor, têm um pior resultado em relação à qualidade de vida, no fator social, que aborda relações pessoais, vida sexual e apoio que recebe dos amigos. Verificou-se que a qualidade de vida é melhor em pacientes com diagnóstico de lesão medular completa, do que em pacientes com lesão medular incompleta. E é melhor também em pacientes que tiveram o ferimento por arma de fogo como causa da lesão medular. Os pacientes com incontinência fecal referiram pior qualidade de vida no aspecto físico, assim como na questão que afirma que a dor atrapalha sua vida. Em relação a sexo, idade, estado civil, tipo de lesão, escolaridade, tempo de lesão, espasticidade, incontinência urinária e úlcera por pressão, os resultados mostram que essas variáveis não aumentam ou diminuem a ação da dor na qualidade de vida. Não se pode ignorar a dificuldade na discussão dos dados desta pesquisa, visto que a maior delas esteve relacionada à impossibilidade de comparar os dados encontrados com resultados prévios, porque a literatura é muito restrita em relação à dor e qualidade de vida após lesão medular.

PALAVRAS-CHAVE: Lesão medular. Dor. Qualidade de vida.

Aquarone RL. Central neuropathic pain: implications of spinal cord lesion for the quality of life [Dissertation]. Sao Paulo: School of Nursing, University of São Paulo, 2013.

ABSTRACT

Pain is one of the consequences of spinal cord lesion, besides in addition to bladder and bowel dysfunction, maintenance of skin integrity, changes on sexuality and reproduction, and social and family issues. Knowing the pain and how it interferes on the quality of life enables the health professional assisting the patient to identify the best treatment and how to combine methods to control neuropathic pain. This study aimed at learning the implications of neuropathic pain for the quality of life of individuals with traumatic spinal cord injuries. Its approach is quantitative, cross-sectional, exploratory, descriptive, and comparative. The data was collected by the researches herself. Collection of data included interviews with the patients by applying McGill's Pain Questionnaire, an analogic pain intensity assessment scale, and the WHOQOL-Brief Scale which is an abridged version of WHOQOL-100. The majority of the studied subjects is male, ages 30 to 49, married, retired, high school graduates, paraplegic with incomplete lesions, and whose injury to the spinal cord occurred between one to five years and has been caused by fall. The study of the implications for patients with neuropathic pain shows that the patients who report a more intense pain have the lowest quality of life in relation to social matters, which encompass personal relations, sexual life, and support from friends. It has been identified that patients with complete spinal cord lesion have better quality of life than those with incomplete lesion; also, patients whose injury was caused by gunshot have been proved to have better quality of life. Patients with fecal incontinence have reported worse quality of life from a physical perspective, being those who report more frequently that the pain interferes with their lives. In regards to sex, age, marital status, type of lesion, education level, age of lesion, spasticity, urinary incontinence, and pressure ulcer, results indicate that those variables do not increase or decrease the influence of pain in the quality of life. It is worth highlighting the difficulty to discuss the data gathered by this study, especially the impossibility to compare the collected data with previous results due to the scarceness of literature on pain and quality of life after spinal cord injury.

KEYWORDS: Spinal cord lesion. Pain. Quality of life.

Aquarone RL. Dolor neuropático central: implicaciones para la calidad de vida de las personas con lesión de la médula espinal [tesis]. Sao Paulo: Escuela de Enfermería de la Universidad de Sao Paulo, en 2013.

RESUMEN

El dolor es una de las consecuencias de la lesión de la médula espinal, además de la micción y disfunción del intestino, mantener la integridad de la piel, cambios en la sexualidad y la reproducción, asuntos sociales y familiares. Conocer el dolor y la interferencia con la calidad de vida hace que el profesional que atiende al paciente puede seguir la forma más adecuada y modalidades combinadas para el control del dolor neuropático. Este estudio tuvo como objetivo comprender las implicaciones de dolor neuropático en la calidad de vida de las personas con lesión de la médula espinal. Es la búsqueda de un enfoque cuantitativo, transversal, exploratorio, descriptivo y comparativo. Los datos fueron recolectados por el investigador propio. La colección incluye entrevistas con los pacientes, la aplicación de la Escala McGill Pain, evaluación analógica escala de intensidad del dolor y WHOQOL -brief versión, abreviada del WHOQOL -100. Los pacientes que participaron en el estudio eran en su mayoría hombres, con edades comprendidas entre los 30 y los 49 años, casado, jubilado, con la escuela secundaria, lesión de la médula espinal causada por caídas, parapléjicos con lesiones incompletas, entre uno y cinco años de lesión. Las implicaciones de los pacientes con dolor neuropático y la calidad de vida mostró que los pacientes que informaron de más dolor, tienen una peor evolución en términos de calidad de vida, el factor social, que se ocupa de las relaciones personales, la vida sexual y el apoyo que recibe de amigos. Se encontró que la calidad de vida es mejor en los pacientes con lesión completa de la médula espinal que en los pacientes con lesión medular incompleta. Y también es mejor en los pacientes que tenían la herida por arma de fuego como causa de la lesión de la médula espinal. Los pacientes con incontinencia fecal reportaron peor calidad de vida en el aspecto físico, así como la cuestión afirma que el dolor perturba su vida. En relación con el sexo, edad, estado civil, tipo de lesión, la educación, el tiempo transcurrido desde la lesión, espasticidad, incontinencia urinaria y úlceras por presión, los resultados muestran que estas variables no aumentan o disminuyen la acción del dolor en la calidad de vida. Uno no puede ignorar la dificultad en la discusión de los datos de la investigación, ya que la mayoría de ellos estaban relacionados con la imposibilidad de comparar los resultados con los datos Previos encontrados, porque la literatura y demasiado estrecha en relación con el dolor y la calidad de vida después de la lesión de la médula espinal.

PALABRAS CLAVE: lesión de la médula espinal. Dolor. Calidad de vida.

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 1 - Relação entre dor e qualidade de vida – São Paulo – 2013	48
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Características dos participantes (N=53) – São Paulo – 2013.....	44
Tabela 2-	Intensidade da dor neuropática nas variáveis relacionadas à lesão medular – São Paulo – 2013.....	46
Tabela 3-	Relação entre as variáveis estudadas e Escala McGill – São Paulo – 2013	49
Tabela 4-	Relação entre as variáveis estudadas e Escala WHOQOL– São Paulo – 2013	50
Tabela 5-	Relação entre as Escalas McGill e WHOQOL com Escala analógica de dor – São Paulo – 2013	51
Tabela 6-	Relação entre as Escalas McGill e WHOQOL com variável incontinência fecal – São Paulo – 2013.....	52
Tabela 7-	Relação entre as Escalas McGill e WHOQOL- com variável incontinência urinária – São Paulo – 2013	52
Tabela 8-	Relação entre as Escalas McGill e WHOQOL- com variável espasticidade – São Paulo – 2013	53
Tabela 9-	Relação entre as Escalas McGill e WHOQOL- com variável úlcera por pressão – São Paulo – 2013.....	54
Tabela 10-	Relação entre as Escalas McGill e WHOQOL- com variável tipo de lesão – São Paulo – 2013.....	54
Tabela 11-	Relação entre as Escalas McGill e WHOQOL- com variável causa da lesão – São Paulo – 2013	55
Tabela 12-	Relação entre as Escalas McGill e WHOQOL- com variável ocupação– São Paulo – 2013.....	56
Tabela 13-	Relação entre as Escalas McGill e WHOQOL- com variável estado civil– São Paulo – 2013	57
Tabela 14-	Relação entre as Escalas McGill e WHOQOL com variável sexo– São Paulo – 2013.....	57
Tabela 15-	Relação entre as Escalas McGill e WHOQOL com variável altura da lesão – São Paulo – 2013.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASIA	American Spinal Injury Association
AVD	Atividade de Vida Diária
EUA	Estados Unidos da América
FAB	ferimento por arma branca
FAF	ferimento por arma de fogo
GRS	Graphic Rating Scale
IASP	Associação Internacional para o Estudo da Dor
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
LMT	Lesão Medular Traumática
MQP	Questionário de Dor McGill
NRS	Numerical Rating Scale
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
SNC	Sistema Nervoso Central
TRM	Trauma Raqui-Medular
VAS	Escala Analógica-Visual
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	22
2.1 FISIOPATOLOGIA DA LESÃO MEDULAR	22
2.2 DOR NEUROPÁTICA CENTRAL	25
2.3 QUALIDADE DE VIDA E LESÃO MEDULAR.....	32
3 OBJETIVOS.....	36
3.1 GERAL	36
3.2 ESPECÍFICOS	36
4. MÉTODO	38
4.1 TIPO DE ESTUDO	38
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	38
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	38
4.4 COLETA DE DADOS	39
4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS	40
4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA	40
4.7 ANÁLISE E TRATAMENTO ESTATÍSTICO	41
5 RESULTADOS.....	43
5.1 ANÁLISE DESCRITIVA DA AMOSTRA	43
5.2 ANÁLISE DAS RELAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS.....	47
6 DISCUSSÃO	60
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
8 CONCLUSÃO	71
REFERÊNCIAS	74
APÊNDICES	85
ANEXOS	88

1 INTRODUÇÃO

Como enfermeira de um Centro de Reabilitação, na cidade de São Paulo, tenho vivenciado a complexidade do cuidado ao paciente com lesão medular. Muitas vezes, me deparei com pacientes com queimaduras extensas, fraturas nos pés, que não sabiam dizer qual a dor real, mas tinham sintomas que caracterizam crises dolorosas, bem como pacientes relatando dores constantes e incapacitantes, e a equipe, talvez por desconhecimento, ignora essas queixas, não trata e faz os pacientes acreditarem que isso não é possível ou “é assim mesmo”.

O manejo da dor, da avaliação à intervenção, o trabalho conjunto e interdisciplinar para construir conhecimento nas diversas modalidades terapêuticas que buscam eficácia no tratamento precoce e tardio da dor e tentativas para compreender e tratar melhor a dor, sobretudo com a utilização de drogas e/ou alternativas que não sejam farmacológicas, como por exemplo, fisioterapia, psicoterapia, termoterapia e/ou acupuntura, têm se apresentado como cuidado especializado, multi e interdisciplinar.

A dor é uma das conseqüências da lesão medular, somada às disfunções miccional e intestinal, à manutenção da integridade da pele, alterações na sexualidade e na reprodução, às questões sociais e familiares. Tudo está relacionado à necessidade de atenção dinâmica e especializada.

A lesão medular pode ser compreendida como uma síndrome complexa e incapacitante a qual requer abordagem holística, especializada e interdisciplinar ao binômio paciente e família/cuidador.

O paciente com dor crônica, mais especificamente neuropática, frequentemente experimenta modificações dramáticas no seu estilo de vida, que resultam do sofrimento persistente provocado pela dor, com repercussões sobre o modo como ele

percebe a sua qualidade de vida. Além do sofrimento ocasionado pela dor, somam-se as frustrações dos tratamentos sem resultados, da multiplicidade de exames pouco esclarecedores e das explicações insatisfatórias da equipe de saúde quanto à inexistência de um diagnóstico preciso ou de que pouco pode ser feito para seu alívio ⁽¹⁾.

Conhecer a dor e a interferência na qualidade de vida pode fazer com que o profissional que assiste ao paciente, consiga seguir o caminho mais adequado e conjugar modalidades para o controle da dor neuropática. Estudiosos da Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), pesquisaram artigos de 1975 até 2007, com 4.525 artigos publicados sobre dor, e observaram que o tema menos estudado é sobre dor em lesão medular, com apenas 1% dos artigos em todo o período. Os temas mais frequentemente estudados são dor crônica (17%), dor no câncer (8%) e dor em pós-operatório (7%). Acredito que a necessidade de mais estudos e conhecimentos possa nos ajudar a prestar assistência individualizada e especializada aos pacientes com lesão medular ⁽²⁾.

A lesão medular traumática (LMT) é um grande problema em saúde pública no Brasil, onde se pode observar um índice elevado de pacientes que apresentam lesão medular. O trauma raquimedular é frequente e diversificado quanto ao sexo, idade, causas, nível da lesão e à gravidade do trauma, atingindo mais jovens, com predomínio do sexo masculino, e no auge de sua produtividade ^(3, 4, 5, 6, 7).

As lesões medulares são cada vez mais frequentes devido principalmente ao aumento da violência urbana. Dentre as principais causas do trauma raqui-medular (TRM), destacam-se os acidentes automobilísticos, queda de altura, acidente por mergulho em água rasa, ferimentos por arma de fogo (FAF) e ferimento por arma branca (FAB). O índice de morbidade e mortalidade é elevado e sua incidência aumenta cerca de 4% ao ano ^(3, 4, 5).

O coeficiente de incidência de lesão medular traumática no

Brasil é desconhecido e não existem dados precisos a respeito da sua incidência e prevalência, uma vez que esta condição não é sujeita à notificação ^(4, 5).

Os dados epidemiológicos são baseados em estimativas onde é possível verificar grande variedade da incidência do TRM de país para país. No Brasil, estima-se que o coeficiente de incidência de lesão medular é de 71 novos casos por milhão de habitantes/ano ⁽⁸⁾.

Cerca de 8,6% dos leitos dos hospitais brasileiros são ocupados por pacientes com lesão medular, que constituem um gasto monetário adicional para o sistema de saúde não só na fase de cuidados agudos, mas também nos primeiros anos seguintes ao trauma ⁽⁹⁾.

Nos EUA estima-se o custo em 9,7 milhões de dólares por ano. Em um estudo de coorte prospectivo de base populacional, Johnson e col relataram gastos por paciente de quase 200.000 dólares durante os primeiros dois anos após a lesão, quando incluídos o atendimento domiciliar, serviços médicos e complicações secundárias ^(9, 10, 11).

A LMT é uma agressão à medula espinhal, que pode causar perda parcial ou total da motricidade voluntária e/ou da sensibilidade (tátil, dolorosa, profunda), além de comprometimento nos sistemas urinário, intestinal, respiratório, circulatório, sexual e reprodutivo ⁽¹²⁾.

A LMT ocorre como consequência da morte dos neurônios da medula e da interrupção da comunicação entre os axônios que se originam no cérebro e suas conexões. Esse rompimento da comunicação entre o cérebro e todas as partes do corpo que ficam abaixo da lesão determina as diferentes alterações observadas nas pessoas com LMT ⁽¹³⁾.

Esses pacientes, além do comprometimento motor e sensitivo, das diversas complicações como bexiga e intestino neurogênicos, disfunção sexual, espasticidade, úlcera por pressão e dor neuropática central, ainda sofrem com questões sociais e ambientais, pois muitos são impossibilitados de trabalhar, ter lazer,

estudar. Dentre essas complicações, a dor neuropática é a que mais compromete a qualidade de vida (QV) do paciente ⁽¹⁴⁾.

É descrito que a dor é um dos problemas mais comuns experimentados pelos indivíduos que sofreram LMT. Apesar da perda da funcionalidade ser considerada a mais significativa consequência desse tipo de lesão, a dor pode determinar a habilidade ou inabilidade do indivíduo para retornar às atividades de forma plena ⁽¹⁵⁾.

Estudos sobre QV mostraram que a dor pode interferir de maneira negativa na qualidade de vida do indivíduo com lesão medular, alterando seu humor, autopercepção da dificuldade em lidar com problemas advindos da lesão e ainda colaborar para o aparecimento de incapacidades. No Brasil, a QV tem sido pesquisada, especialmente, em condições crônicas de saúde-doença e como adjuvante na análise de intervenções terapêuticas.

Estudos com pessoas que sofreram lesão da medula espinhal praticamente inexistem, e no Brasil, ainda são poucos os trabalhos relacionando QV e lesão medular. Contudo, as consequências decorrentes desse trauma, assim como as dificuldades sociais, são realidades presentes na vida dessas pessoas e podem interferir em sua QV ^(14, 16, 17, 18, 19).

Pacientes com dor apresentam prejuízos para a vida diária de magnitude superior àqueles que, embora com lesão medular, não apresentam dor crônica associada. A identificação precoce e o tratamento adequado desses agravos contribuem para a melhora da QV desses indivíduos ⁽²⁰⁾.

A avaliação e manejo da dor, a realização das atividades de vida diária com maior grau de independência possível e recuperação da funcionalidade são essenciais nos pacientes com lesão medular. Aliviá-los dessa parcela de sofrimento constitui uma das etapas almejadas pela equipe interdisciplinar envolvida no complexo processo do restabelecimento do equilíbrio biopsicossocial e reintegração à sociedade dos lesados medulares ^(14, 21).

Avaliar a dor e sua interferência na QV é de grande importância para essas pessoas.

Conhecer a percepção de qualidade de vida de pessoas com lesão medular e dor, a partir da visão de indivíduos com paraplegia traumática, poderá subsidiar intervenções durante o processo de reabilitação para manter ou melhorar a QV dessas pessoas.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 FISIOPATOLOGIA DA LESÃO MEDULAR

As doenças crônicas não transmissíveis vêm se apresentando com aumento gradativo e significativo em nossa sociedade. Estudos revelam que a urbanização desenfreada tem contribuído para determinação deste quadro, visto que a violência urbana e o crescente índice de acidentes de trânsito e de trabalho se traduzem na elevação do número de acidentes com lesões traumáticas, em especial as lesões raquimedulares, as quais aumentam a cada ano (22, 23).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), qualquer país em tempos de paz apresenta 10% de sua população com grau maior ou menor de incapacidade. Isto significa que cerca de 18 milhões de brasileiros necessitam de cuidados reabilitadores, demonstrando a gravidade deste problema social, devido principalmente às repercussões de ordem pessoal, familiar e comunitária, acarretando gastos maiores por parte do governo que deve suprir a necessidade do indivíduo que é incapaz de ser auto-suficiente (24, 25, 26).

As doenças e lesões do Sistema Nervoso Central (SNC) e suas consequentes sequelas vêm se tornando mais incidentes e prevalentes na sociedade contemporânea, seja pelo envelhecimento geral da população, pelo aumento da sobrevida dos pacientes devido aos melhores cuidados na fase aguda das doenças e também pelo aumento da violência e das lesões traumáticas decorrentes.

As lesões do SNC são as síndromes incapacitantes mais devastadoras que acometem o homem, pois além da gravidade e irreversibilidade, geram na maioria dos casos incapacidades multifatoriais, muitas vezes graves e que exigem um programa de

reabilitação longo e oneroso, que muitas vezes não levam à melhora total do quadro, mas à melhora da adaptação do indivíduo à sua nova condição.

A reabilitação é um processo que busca o desenvolvimento das capacidades remanescentes, permitindo que o indivíduo alcance sua independência nas atividades físicas, profissionais e sociais, de acordo com seu nível de lesão ⁽²⁷⁾.

A lesão medular traumática (LMT) é uma agressão à medula espinhal, que pode causar perda parcial ou total da motricidade voluntária e/ou da sensibilidade (tátil, dolorosa, profunda), além de comprometimento nos sistemas urinário, intestinal, respiratório, circulatório, sexual e reprodutivo ^(12, 13, 28).

A LMT constitui-se em uma afecção heterogênea, podendo ocasionar desde uma fratura simples sem déficit neurológico até casos de lesão neurológica grave e lesões sistêmicas graves. A lesão medular é uma condição devastadora com enormes custos financeiros, sociais e pessoais. Um adequado entendimento da prevalência do TRM é essencial para o planejamento custo-benefício no atendimento e desenvolvimento de estratégias preventivas ^(29, 30, 31).

A lesão da medula espinhal ocorre em cerca de 15 a 20% das fraturas da coluna vertebral e a incidência desse tipo de lesão apresenta variações nos diferentes países. Estima-se que, nos Estados Unidos da América (EUA), essa cifra varia de 32 a 52 casos novos anuais por milhão de habitantes e, no Brasil, cerca de 40 casos novos anuais por milhão de habitantes, perfazendo um total de seis a oito mil casos por ano, cujo custo aproximado é de U\$ 300,000,000,00 por ano. No Brasil, onde se pode observar um índice elevado de pacientes com este tipo de lesão, estima-se que ocorram aproximadamente 6.000 novos casos por ano ^(3, 25, 32, 33, 34).

A LMT compõe 80% do total das lesões medulares, sendo causadas, geralmente, por acidentes de trânsito, FAF, FAB, quedas e acidentes de trabalho ou de prática de esporte ⁽²⁵⁾.

De acordo com as estimativas disponíveis para a população mundial, cerca de 20 a 40 indivíduos/milhão/ano, apresentam LMT, sendo que o segmento proporcionalmente mais atingido é constituído por jovens do sexo masculino e com menor grau de escolaridade.

Por definição, as lesões medulares são geralmente divididas em duas amplas categorias funcionais: tetraplegia e paraplegia. Tetraplegia refere-se à paralisia parcial ou completa dos quatro membros e tronco, incluindo os músculos respiratórios, e resulta de lesões da medula cervical. Paraplegia refere-se à paralisia parcial ou completa de parte ou ambos os membros inferiores e tronco, resultante de lesões da medula espinhal torácica, lombar ou das raízes sacrais ⁽³⁵⁾.

As lesões medulares são classificadas segundo dois critérios, que são nível neurológico da lesão e extensão ou grau da lesão em completa ou incompleta. O nível neurológico da lesão é determinado pelo mais caudal segmento sensitivo e motor preservado bilateralmente. Porém, o funcionamento motor pode estar comprometido em nível diferente do sensorial e as perdas podem ser assimétricas. Nesses casos, até quatro segmentos neurológicos podem ser descritos em um mesmo paciente: sensorial direito, sensorial esquerdo, motor direito e motor esquerdo ⁽³⁶⁾.

Uma lesão completa, no plano transversal, é definida como ausência de função motora e sensitiva nos miótomos e dermatomos inervados pelos segmentos sacrais da medula. Em uma lesão incompleta há preservação da função motora e/ou sensitiva abaixo do nível neurológico, incluindo os segmentos sacrais ⁽²⁵⁾.

A *American Spinal Injury Association* (ASIA) descreveu uma escala de deficiência para definição da extensão das lesões medulares: ⁽³⁶⁾

ASIA A - Completa: nenhuma função sensorial ou motora nos segmentos sacrais S4-S5.

ASIA B - Incompleta: nenhuma função motora, porém alguma função sensorial é preservada abaixo do nível neurológico incluindo os segmentos sacrais S4-S5.

ASIA C - Incompleta: função motora preservada abaixo do nível neurológico e mais da metade dos músculos chave abaixo do nível neurológico têm grau de força muscular abaixo de 3.

ASIA D - Incompleta: função motora preservada abaixo do nível neurológico e pelo menos metade dos músculos chave abaixo do nível neurológico têm grau de força muscular maior ou igual a 3.

ASIA E - Normal: funções motora e sensitiva normais.

2.2 DOR NEUROPÁTICA CENTRAL

Dor é definida pela Sociedade Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como experiência emocional desagradável relacionada a um dano tecidual real ou potencial, sendo dividida nos tipos “nociceptiva” e “neuropática”⁽³⁷⁾.

Após a lesão medular, é comum o desenvolvimento de dor crônica, caracterizada principalmente pela dor neuropática central ou mielopática⁽³⁸⁾. Esta é uma das complicações mais representativas e o manejo e tratamentos convencionais são ineficazes. Ela pode surgir após semanas, meses ou até anos após o trauma⁽³⁹⁾.

Manifesta-se cronicamente em 6,3% a 100% dos casos de doentes com lesões raquimedulares e é causa de grave incapacidade funcional em 27% a 46% daqueles que a padecem⁽⁴⁰⁾.

As razões que justificam a ocorrência da dor em casos de lesões raquimedulares são motivos de muitas controvérsias. Sua fisiopatologia ainda é um dos maiores desafios para os pesquisadores e a *International Association for Study of Pain* (IASP) a conceitua como consequência à lesão ou disfunção primária do sistema nervoso⁽⁴¹⁾.

Em pessoas que sofreram lesões raquimedulares, a dor pode ser dividida em quatro grupos: (1) dor músculo-esquelética (decorrente de lesão de estruturas musculares, ósseas ou ligamentares), (2) dor visceral (originada de vísceras), (3) dor neuropática no nível da lesão (secundária à lesão da raiz nervosa) e (4) dor neuropática (difusa abaixo do nível da lesão) ⁽¹⁵⁾.

A dor neuropática pode ser classificada em central ou periférica, sendo a dor central proveniente de lesões ou doenças que acometem o encéfalo ou a medula espinal (acidente vascular encefálico, traumatismos mecânicos, lesão medular, afecções desmielinizantes, doenças inflamatórias), e as dores provenientes de alterações nervosas periféricas (traumáticas, alcoólicas, diabetes, infecciosas, radiculopatias) ⁽⁴²⁾.

A dor decorrente de lesões raquimedulares pode ser consêquencia de alterações anatomofuncionais das estruturas de suporte ou das vísceras, raramente pode ter origem psicogênica e geralmente é neurogênia ⁽⁴³⁾.

Existem cerca de 20 teorias para tentar explicar os mecanismos responsáveis pelo desenvolvimento da dor neuropática⁽⁴⁴⁾. No entanto, a maioria delas é fundamentada em modelos neuroquímicos excessivamente teóricos e complexos, de pouco entendimento entre os próprios neurologistas ⁽⁴⁵⁾.

Existem várias explicações para a dor neuropática, uma delas afirma que o tecido lesado tenta se reconstituir através do fenômeno da neuroplasticidade; como não consegue se regenerar cria uma cicatriz chamada neuroma no local da lesão medular. Este neuroma proporciona manutenção da atividade ectópica local, associada à supressão do sistema modulador, causando a dor constante referida principalmente em membros inferiores ⁽⁴⁶⁾.

Os principais mecanismos envolvidos na dor neuropática central são a sensibilização central, a reorganização de campos receptivos de contatos sinápticos e do córtex cerebral, além de

modificações nos processos modulatórios descendentes e de alterações estruturais, tais como brotamento de fibras ⁽⁴⁷⁾.

Atualmente, o mecanismo mais plausível e cientificamente aceito para explicar a dor neuropática é a geração ectópica de impulsos nervosos às fibras de pequeno calibre do tipo C e AP. Após a lesão do nervo, alguns pacientes desenvolvem alteração na distribuição e conformação de canais iônicos (especialmente canais de sódio) que promovem aumento da excitabilidade axonal das fibras finas nociceptivas. Tal excitabilidade é, muitas vezes, gerada longe do foco da lesão inicial (por isso chamada de descargas ectópicas), mas capaz de acarretar o surgimento de sintomas de características neuropáticas. Não é por acaso que um dos tratamentos mais eficazes para a dor neuropática é o uso dos anticonvulsivantes que agem sobre os canais de sódio, tais como a carbamazepina e gabapentina. Para alguns estudiosos, inclusive, a dor neuropática poderia ser considerada como uma “epilepsia do nervo ou da via nociceptiva” ^(9, 47).

De qualquer maneira, a dor neuropática é fruto de lesão ou disfunção no sistema nervoso central segmentar e pode se manifestar clinicamente de várias formas: como sensação de queimação, peso, agulhada, ferroadada ou choques, podendo ou não ser acompanhada de “formigamento” ou “adormecimento” (sensações chamadas de parestesias) de uma determinada parte do corpo. É geralmente referida em regiões nas quais a sensibilidade está parcial ou totalmente comprometida e pode ser desencadeada por automatismos musculares, modificações da pressão atmosférica, umidade ambiental e emoções ⁽⁴⁶⁾.

Identificar a dor neuropática na prática clínica é uma tarefa difícil. A sensação dolorosa não pode ser mensurada objetivamente, não existindo ainda um consenso universal para o diagnóstico da dor neuropática ⁽⁴⁸⁾.

Os pacientes com dor neuropática apresentam queixas múltiplas e complexas. Diferente da dor nociceptiva, há uma pobreza

de descritores verbais para caracterização da dor neuropática. A maioria deles tenta descrever seus sintomas mediante o recurso da analogia (“é como se fosse um...”)⁽⁴⁷⁾.

A intensidade da dor e a expressão do sofrimento diferem muito de um indivíduo para outro e grande número de fatores individuais e ambientais, incluindo os aspectos genéticos, sociais, culturais, religiosos, filosóficos, experiências, anteriores e estado mental dos indivíduos podem exercer efeito exacerbado ou minimizante da expressão dolorosa⁽⁴⁹⁾.

Os fenômenos positivos da dor neuropática podem apresentar-se de forma espontânea ou evocada, em várias combinações. Os fenômenos mais comuns são:⁽⁵⁰⁾

- Alodínia: é uma manifestação comum, definida como dor consequente a um estímulo incapaz de provocar dor em situações normais. Três tipos de alodínia são descritos, baseados no estímulo gerador: alodínia mecânica (ou tátil), térmica (calor e frio) e por movimento.
- Hiperalgisia: sensação dolorosa de intensidade anormal após um estímulo nocivo e representa uma resposta exagerada a uma determinada modalidade de estímulo (p. ex. hiperalgisia térmica). Alodínia e hiperalgisia frequentemente coexistem e na prática podem ser de difícil diferenciação. Ambos os sinais positivos são considerados como cardinais para dor neuropática, mas podem também estar presentes nas dores nociceptivas.
- Hiperpatia: é caracterizada por reação dolorosa aumentada a estímulos repetitivos sublimiares ou pós-sensações dolorosas prolongadas.
- Hiperatividade autonômica: Fluxo sanguíneo, temperatura cutânea e sudorese podem estar todos aumentados ou diminuídos, variando conforme o paciente. Alterações tróficas são sinais tardios de disfunção autonômica.

Estudos recentes mostram que a maioria dos pacientes tratados para dor neuropática recebe medicação de eficácia não demonstrada ou em subdoses da medicação apropriada. A dor neuropática costuma responder pobremente aos analgésicos comuns, sendo os fármacos antidepressivos tricíclicos e anticonvulsivantes os principais representantes no tratamento deste tipo de dor, seja de origem periférica ou central ⁽⁵¹⁾.

Outras modalidades de tratamento, tais como a estimulação sensitiva (TENS, estimulação medular, cerebral profunda) e neurocirúrgicos (simpatectomia, cordotomia, neurólise radicular etc.) costumam ser oferecidas em alguns centros para pacientes refratários, mas não existe evidência científica suficientemente robusta para uma recomendação sistemática ⁽⁵²⁾.

A dor crônica, aquela que excede seis meses, sendo constante e intermitente quase sempre associada a um processo de doença crônica, pode provocar dramática mudança no estilo de vida do indivíduo devido ao sofrimento, tratamentos sem sucesso, dependência de medicamentos, isolamento social, dificuldades no trabalho e alterações emocionais ⁽⁵³⁾.

Nos últimos anos, importantes avanços ocorreram em relação à avaliação da dor com a validação de critérios objetivos. Foi de especial importância a padronização da dor como quinto sinal vital, pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), que passou a considerar prioritárias a avaliação, intervenção e reavaliação da dor no processo de qualificação (acreditação) hospitalar ⁽⁴²⁾.

Para a JCAHO, a avaliação da dor inclui: localização, intensidade da dor baseada em escala numérica, verbal, ou outras escalas; momento do início, duração e padrão da dor; fatores de alívio da dor; fatores agravantes (que pioram a dor); efeito da dor nas atividades diárias e na qualidade de vida; a eficiência do analgésico ou o alívio proporcionado por outra intervenção ⁽⁵⁴⁾.

A necessidade de precisão e controle da dor pelos profissionais de saúde reflete a busca, nas duas últimas décadas, de escalas alternativas para avaliar a intensidade da dor. Há dois tipos de instrumentos conhecidos para mensuração da dor: os unidimensionais e os multidimensionais. Os primeiros são assim chamados por permitirem a mensuração de uma única dimensão da dor ⁽⁵⁵⁾.

A denominação desses instrumentos era determinada em função da natureza das categorias escolhidas. Quando numeradas, recebiam o nome de "Escalas Numéricas"; quando apresentavam visualmente adjetivos, chamavam-se "Escalas Verbais", e as "Análogicas visuais" possibilitavam avaliações visuais. O autorrelato da dor pode ser classificado em três categorias de instrumentos: a "Escala Analógica-Visual" (VAS) mensura uma dimensão da dor, o *Graphic Rating Scale* (GRS), o qual consiste em palavras distribuídas ao longo de um "continuum" de valores crescentes, e a *Numerical Rating Scale* (NRS), que utiliza uma reta numerada (Ex. 0-5, ou 1-100), para refletir o aumento dos níveis da dor ⁽⁵⁶⁾.

Os instrumentos unidimensionais são mais frequentemente utilizados para a mensuração da dor no pós-operatório e a respectiva efetividade da terapia analgésica. Embora possuam limitações, por simplificarem por demais a experiência dolorosa, possibilitam momentos de aproximação entre o cuidador e o indivíduo com dor, podendo trazer indícios para uma compreensão subjetiva do fenômeno ⁽⁵⁷⁾.

A partir das contribuições de Melsack, desde 1965, muito foi acrescentado para avaliação multidimensional da dor, principalmente com a criação do Questionário de Dor McGill (MQP), em 1975. Esses instrumentos são de extrema valia para a avaliação multidimensional da dor crônica e aguda, no entanto necessitam da compreensão cultural e cognitiva dos descritores, bem como adaptação do tempo a ser aplicado ⁽⁵⁵⁾.

O Questionário de Dor McGill, é utilizado para se avaliar outras características da dor, além da intensidade. Foi elaborado para fornecer medidas quantitativas da dor, que pudessem ser tratadas estatisticamente e permitir comunicação das qualidades sensoriais, afetivas e avaliativas do fenômeno doloroso. Tem índices de validade e confiabilidade estabelecidos e poder discriminativo entre os diversos componentes da dor. O questionário é um índice multidimensional constituído por 4 grupos (sensitivo-discriminativo, afetivo-motivacional, cognitivo-avaliativo e miscelânea), 20 subgrupos e 78 descritores. O grupo sensorial-discriminativo (subgrupos de 1 a 10) refere-se às propriedades mecânicas, térmicas, de vividez e espaciais da dor; o grupo afetivo-motivacional (subgrupos de 11 a 15) descreve a dimensão afetiva nos aspectos de tensão, medo e respostas neurovegetativas; os descritores do componente cognitivo-avaliativo (subgrupo 16) permitem, ao doente, expressar a avaliação global da experiência dolorosa. Os subgrupos de 17 a 20 compreendem itens de miscelânea. Cada subgrupo é composto por 2 a 6 descritores qualitativamente similares, mas com nuances que os tornam diferentes em termos de magnitude. Assim, para cada descritor corresponde um número que indica sua intensidade. O paciente é instruído a marcar em cada subgrupo no máximo um descritor, porém se nenhum descritor do subgrupo caracterizar a sua dor não é necessário marcar. No fim do questionário com a soma dos valores dos descritores marcados obtém-se um valor total do questionário, o qual varia entre 0 e 78 ⁽⁵⁸⁾.

Apesar do avanço significativo na compreensão da fisiopatologia e tratamento da dor neuropática, a abordagem desse sintoma ainda é inadequada no indivíduo com lesão medular, visto que existe uma lacuna na literatura quanto a dados relacionados à prevalência, causas, características e tratamento ⁽¹⁵⁾.

2.3 QUALIDADE DE VIDA E LESÃO MEDULAR

A expressão qualidade de vida foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Baines Johnson em 1964 ao declarar que "os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas." O interesse em conceitos como "padrão de vida" e "qualidade de vida" foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos. O crescente desenvolvimento tecnológico da Medicina e ciências afins trouxe como uma consequência negativa a sua progressiva desumanização. Assim, a preocupação com o conceito de "qualidade de vida" refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida ⁽⁵⁹⁾.

Qualidade de vida é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como: "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". Essa definição deixa implícita a ideia de que o conceito de QV é subjetivo, multidimensional e inclui elementos de avaliação tanto positivos como negativos ⁽⁵⁹⁾.

A OMS propõe que a QV é multifatorial, referendando-se a partir das seguintes dimensões: (1) saúde física, (2) saúde psicológica, (3) nível de independência (em aspectos de mobilidade, atividades diárias, dependência de medicamentos e cuidados médicos e capacidade laboral), (4) relações sociais e (5) meio ambiente ⁽⁶⁰⁾.

As lesões medulares, devido à sua gravidade e irreversibilidade, exigem, para melhoria da qualidade de vida dos indivíduos que sofreram esse trauma, um programa de reabilitação longo e que busca a adaptação a uma nova vida. As incapacidades

e as dificuldades que essas pessoas vivenciam na reintegração familiar e social interferem na sua QV e é um desafio aos profissionais dos programas de reabilitação ⁽²⁵⁾.

Estudos sobre a avaliação da QV em indivíduos com lesão medular, mesmo com o uso de diferentes escalas, mostra que, tanto em estudos nacionais como em outros países, os escores de avaliação de qualidade de vida são considerados baixos ⁽¹⁴⁾.

Devido à necessidade de instrumentos curtos e rápida aplicação, foi, então, desenvolvida a versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-*brief*, cuja versão final ficou composta por 26 questões. A primeira questão refere-se à QV de modo geral e a segunda, à satisfação com a própria saúde. As outras 24 estão divididas nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, sendo um instrumento que pode ser utilizado tanto para populações saudáveis como para populações acometidas por agravos e doenças crônicas. Além do caráter transcultural, os instrumentos WHOQOL valorizam a percepção individual da pessoa, podendo avaliar qualidade de vida em diversos grupos e situações ⁽⁶¹⁾.

A versão em português foi realizada segundo metodologia preconizada pelo Centro WHOQOL para o Brasil e apresentou características psicométricas satisfatórias (ANEXO 4) ⁽⁶²⁾.

A QV tem uma composição complexa, por isso talvez não seja surpreendente que não haja nem uma definição acordada, nem uma forma padrão de medida. Isto não é devido à falta de ideias. Existem mais de 100 instrumentos que se propõem medir a QV de alguma forma, mas cada um contém uma mistura idiossincrática de variáveis dependentes ⁽⁶³⁾.

É notável que muitos instrumentos de QV tenham sido desenvolvidos para grupos altamente selecionados na população, particularmente no que diz respeito às escalas concebidas para monitorar as condições médicas ou procedimentos. Devido a isto, eles não são adequados para utilização com a população em geral.

Contudo, mesmo as escalas mais gerais que foram concebidas não podem ser usadas em toda população. Aqueles criados para a população adulta em geral não podem ser usados em alguns subgrupos da população, como pessoas com deficiência cognitiva e crianças. Isto é uma limitação importante uma vez que significa que a QV destes grupos não pode ser referenciada de volta para a população em geral ⁽⁶³⁾.

A avaliação da QV é importante porque amplia as decisões da equipe de saúde, as quais se estendem aos programas e políticas assistenciais. Muitos autores são unânimes em afirmar que o fracasso de muitos programas, se deve ao fato de que eles estão ancorados na percepção dos profissionais de saúde, com intervenções desconectadas das condições sociais de qualidade de vida e, desta forma, havendo pouca investigação e valorização das reais necessidades do paciente, suas crenças e motivações ⁽⁶⁴⁾.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Conhecer as implicações da dor neuropática na qualidade de vida de indivíduos com lesão medular traumática.

3.2 ESPECÍFICOS

Avaliar a dor em indivíduos com lesão medular traumática, segundo nível e extensão da lesão medular, tempo de lesão, causa externa.

Avaliar a qualidade de vida em indivíduos com lesão medular traumática, segundo dor, nível e extensão da lesão medular, tempo de lesão medular.

Associar a dor neuropática e qualidade de vida em indivíduos com lesão medular traumática.

4. MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, do tipo transversal, exploratória e descritiva.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida em duas instituições, sendo um hospital-escola governamental com um instituto especializado no atendimento de pessoas com afecções do aparelho locomotor, localizado no município de São Paulo. A outra é uma instituição beneficente, particular, de grande porte também localizada no município de São Paulo.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra foi composta com base nos seguintes critérios:

- - inclusão: pessoas com lesão medular traumática, de ambos os sexos, com idade mínima de 18 anos, com lesão medular de extensão completa ou incompleta, com, no mínimo, um ano de lesão medular, que já tinham concluído um programa de reabilitação, em condições de responder verbalmente às perguntas, em assistência nas instituições onde se desenvolveu a pesquisa;
- - exclusão: pessoas com menos de um ano de lesão, que apresentaram lesão cerebral associada, como traumatismo crânio-encefálico e demais patologias que afetam suas funções cognitivas e da fala e pacientes que referiram ausência de sensação dolorosa ou que nunca tiveram dor.

As lesões medulares foram classificadas em completas ou incompletas, registradas em prontuários, segundo a ASIA (Anexo 1). Esta pesquisa baseou-se nesta classificação, no entanto agrupou lesão completa (ASIA A) e lesões incompletas (ASIA B, C ou D). Nenhum sujeito participante da pesquisa foi classificado como ASIA E.

A seleção dos pacientes foi de forma sequencial, conforme agenda de consulta nas instituições em dias e horários específicos para cada instituição envolvida, bem como pela aceitação de participação na pesquisa.

A amostra foi composta por 53 indivíduos, os quais atenderam aos critérios de inclusão. Somente nove pacientes não participaram da pesquisa, por não apresentarem queixa dolorosa conforme critério de exclusão.

Caso o paciente tenha tido mais de uma consulta neste período de coleta de dados, foi considerada apenas sua primeira avaliação.

4.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados pela própria pesquisadora.

A coleta incluiu entrevista com os pacientes, aplicando Escala de Avaliação da Dor de McGill (ANEXO 2), uma escala analógica de avaliação da intensidade da dor (ANEXO 3), onde zero significava completamente sem dor e dez com extrema dor, e a escala WHOQOL-*brief*, versão abreviada do WHOQOL-100 (ANEXO 4).

A coleta de dados também envolveu pesquisa de dados em prontuário, principalmente relacionados ao exame físico e neurológico, nível de lesão e descrição do diagnóstico de dor, principalmente neuropática. O tempo de coleta de dados para cada paciente variou de 20 a 40 minutos.

A entrevista foi realizada em ambiente reservado, autorizada pela instituição, na presença da pesquisadora e do paciente, permitindo-se a presença do cuidador ou acompanhante do referido paciente caso o mesmo assim o desejasse, porém sem a interferência deste nas respostas às perguntas.

4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Um dos assuntos fundamentais em avaliação de qualidade de vida é determinar o que é importante para o indivíduo, especialmente quando o instrumento é para uso em diferentes culturas. Sobre isso, uma análise realizada pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS demonstrou que é possível desenvolver uma medida de qualidade de vida aplicável e válida para uso em diversas culturas e organizou um projeto colaborativo em 15 centros, cujo resultado foi a elaboração do *World Health Organization Quality of Life-100* (WHOQOL-100) ⁽⁶¹⁾.

A dor foi avaliada inicialmente por uma escala analógica (ANEXO 3), questionando o paciente quanto a intensidade da dor sendo que 0 significava ausência total de dor e 10 a dor máxima suportável pelo paciente. Também foi avaliada através do Questionário para Dor McGill (ANEXO 2).

4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Foram respeitados os aspectos éticos concernentes à Resolução de nº 196 de 10 de outubro de 1996, que delimitam diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Os pacientes foram esclarecidos sobre a pesquisa,

mediante termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE 1), apresentado imediatamente antes de sua avaliação.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e autorização da instituição (Anexo X) antes de sua realização. Após o parecer favorável, deu-se início à coleta de dados ⁽⁶⁵⁾.

4.7 ANÁLISE E TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Os dados foram organizados em planilha eletrônica e descritos como média e desvio-padrão para variáveis contínuas e frequências relativas e absolutas para variáveis categóricas.

Os resultados foram apresentados na forma de gráficos e tabelas e discutidos confrontando-os com a literatura nacional e internacional.

Os dados foram associados e correlacionados conforme variáveis de interesse e analisados segundo nível e extensão da lesão, tempo de lesão (agudo e crônico), segundo causa externa.

A relação entre McGill e WHOQOL foi medida com o coeficiente de correlação de Pearson. Associação entre essas duas escalas com outras variáveis numéricas foi feita com coeficiente de correlação de Pearson; para variáveis categóricas foi utilizado teste t quando havia duas categorias e ANOVA ou teste de Kruskal-Wallis para quando havia mais de duas categorias.

Comparações *post hoc* foram feitas pelo método de Tukey no caso de ANOVA e pelo método de Steel-Dwass-Critchlow-Fligner no caso do teste de Kruskal-Wallis.

Todas as análises foram feitas pelo XLSTAT 2013.4 e o nível de significância adotado foi de 5%.

5 RESULTADOS

Foram avaliados 53 indivíduos com diagnóstico de lesão medular, todos com dor neuropática associada. Os resultados são apresentados em forma de tabelas, para facilitar a visualização dos dados.

Estes são apresentados da seguinte forma: primeiramente são demonstradas as características e intensidade da dor dos pacientes e após, o resultado da Qualidade de Vida destes pacientes.

5.1 ANÁLISE DESCRITIVA DA AMOSTRA

Os pacientes participantes da pesquisa foram, em sua maioria, do sexo masculino, com idade entre 30 e 49 anos, casados, aposentados, com ensino médio, lesão medular causada por queda, paraplégicos com lesão incompleta, entre um e cinco anos de lesão (Tabela 1).

Tabela 1- Características dos participantes (N=53) – São Paulo – 2013

Categoria	N	(%)
Sexo		
Masculino	40	(75,0)
Feminino	13	(25,0)
Idade		
18 – 29 anos	6	(12,0)
30 – 39 anos	15	(28,0)
40 – 49 anos	15	(28,0)
50 – 59 anos	9	(17,0)
60 anos ou mais	8	(15,0)
Estado civil		
Solteiro	17	(32,0)
Casado	32	(60,0)
Outros	4	(8,0)
Escolaridade		
Analfabeto	1	(2,0)
Sabe apenas assinar o nome	2	(4,0)
Fundamental	17	(32,0)
Médio	18	(34,0)
Graduação	11	(21,0)
Pós Graduação	4	(7,0)
Ocupação		
Desempregado	3	(5,0)
Aposentado	29	(55,0)
Autônomo	5	(9,0)
Celetista	16	(31,0)
Etiologia		
FAF	8	(15,0)
Queda	24	(45,0)
Acidente de trânsito	16	(31)
Outros (traumatica)	5	(9,0)
Nível Neurológico		
Paraplégico	32	(60,0)
Tetraplégico	21	(40,0)
Tipo de lesão		
Incompleta	31	(58,0)
Completa	22	(42,0)
Tempo de lesão medular		
1 – 5 anos	16	(31,)
6 – 10 anos	15	(28,0)
11 – 15 anos	5	(9,0)
16 – 20 anos	9	(17,0)
Acima de 20 anos	8	(15,0)

Com relação à intensidade da dor, neste estudo, o resultado foi que 70% dos pacientes com dor neuropática a caracterizam como forte a intensa, com valor superior a cinco na Escala Visual Analógica. Os indivíduos com lesão medular do sexo masculino, com idade entre 30 e 39 anos, casados, aposentados, com ensino fundamental, etiologia da lesão por queda, paraplégicos, com lesão incompleta e tempo de lesão entre um e cinco anos, são os que mais sofrem com a dor, atribuindo nota superior a cinco segundo a Escala Visual Analógica, caracterizando uma dor forte a intensa (Tabela 2).

Tabela 2- Intensidade da dor neuropática nas variáveis relacionadas à lesão medular – São Paulo – 2013

Categoria	Esc. Analógica ≤ 5		Dor > 5	
	Total	(%)	Total	(%)
Sexo				
Masculino	15	(94%)	25	(67,5%)
Feminio	1	(6%)	12	(32,5%)
Idade				
18 – 29 anos	2	(12,5%)	4	(11%)
30 – 39 anos	4	(25%)	11	(30%)
40 – 49 anos	5	(31%)	10	(27%)
50 – 59 anos	2	(12,5%)	7	(19%)
60 anos ou mais	3	(19%)	5	(13%)
Estado civil				
Solteiro	4	(25%)	13	(35%)
Casado	12	(75%)	20	(54%)
Outros	0	(0%)	4	(11%)
Escolaridade				
Analfabeto/ Sabe assinar o nome	2	(12,5%)	1	(3%)
Fundamental	5	(31,25%)	12	(32%)
Médio	8	(50%)	10	(27%)
Graduação/ Pós Graduação	1	(6,25%)	14	(38%)
Ocupação				
Desempregado	1	(6,25%)	2	(5,5%)
Aposentado	10	(62,5%)	19	(51%)
Autônomo/ Celetista	5	(31,25%)	16	(43, 5%)
Etiologia				
FAF	2	(12,5%)	6	(16%)
Queda	8	(50%)	16	(44%)
Acidente de trânsito	6	(37,5%)	10	(27%)
Outros (traumatica)	0	(0%)	5	(13%)
Nível Neurológico				
Paraplégico	13	(81,25%)	28	(75%)
Tetraplégico	3	(18,75%)	9	(25%)
Tipo de lesão				
Incompleta	8	(50%)	23	(62%)
Completa	8	(50%)	14	(38%)
Tempo de lesão medular				
1 – 5 anos	4	(25%)	12	(32%)
6 – 16 anos	6	(37,5%)	9	(25%)
11 – 15 anos	1	(6,25%)	4	(11%)
16 – 20 anos	4	(25%)	5	(13%)
Acima de 20 anos	1	(6,25%)	7	(19%)

5.2 ANÁLISE DAS RELAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS

A avaliação da qualidade de vida ficou com o p-valor calculado maior do que o nível de significância $\alpha = 0,05$. Não há diferença significativa entre as variáveis e a qualidade de vida.

Ao analisar os dados, entre as variáveis e escalas de dor e qualidade de vida, observamos que pacientes que referiram maior intensidade de dor, têm uma pior relação em qualidade de vida, no fator social, que aborda relações pessoais, vida sexual e apoio que recebe dos amigos (gráfico 1).

Neste estudo, verificou-se que a qualidade de vida é melhor em pacientes com diagnóstico de lesão medular completa, do que em pacientes com lesão medular incompleta. E é melhor também em pacientes que tiveram o ferimento por arma de fogo como causa da lesão medular.

Os pacientes com incontinência fecal referiram pior qualidade de vida no aspecto físico, assim como a questão que afirma que a dor atrapalha sua vida.

Em relação a sexo, idade, estado civil, tipo de lesão, escolaridade, tempo de lesão, espasticidade, incontinência urinária e úlcera por pressão, os resultados mostram que essas variáveis não aumentam ou diminuem a ação da dor na qualidade de vida.

Seguem os dados em forma de gráfico e tabelas.

Gráfico 1- Relação entre dor e qualidade de vida– São Paulo – 2013

Tabela 3- Relação entre as variáveis estudadas e Escala McGill – São Paulo - 2013

	McGill n descritores		McGill índice dor	
	Média	Valor-p	Média	Valor-p
Escala analógica		< 0,01		< 0,01
≤ 5	9.06		17.12	
> 5	14.54		32.05	
Sexo		0.08		0.28
Masculino	12.20		26.30	
Feminino	15.00		31.38	
Causa do acidente		0.49		0.35
FAF	15.37		36.50	
Queda	12.08		23.60	
acidente de trânsito	12.72		28.00	
Outros	13.25		30.25	
Incontinência fecal		0.88		0.88
Não	12.94		27.35	
Sim	12.71		28.07	
Incontinência urinária		0.60		0.09
Não	12.53		24.35	
Sim	13.28		31.12	
Espasticidade		0.51		0.38
Não	13.23		28.88	
Sim	12.263		25.15	
Úlcera por pressão		0.25		0.45
Não	13.62		28.96	
Sim	12.00		25.83	
Tipo de lesão		0.31		0.22
Completa	12.04		24.59	
Incompleta	13.48		29.64	
Ocupação		0.53		0.50
Desempregado	14.00		26.66	
Aposentado	12.33		26.63	
Empregado	14.07		30.07	
Escolaridade		0.31		0.26
Fundamental	12.70		26.45	
Superior	14.46		32.73	
Médio	11.77		24.44	
Estado Civil		0.57		0.21
Casado	12.56		25.50	
Solteiro	13.38		30.66	
Nível da lesão		0.42		0.47
Tetraplégico	12.19		25.71	
Paraplégico	13.34		28.75	

Tabela 4- Relação entre as variáveis estudadas e Escala WHOQOL– São Paulo – 2013

	WHOQOL total		Valor-p
	Média	DP	
Escala analógica			0.79
<= 5	60.68	21.36	
> 5	62.00	13.71	
Sexo			0.52
Masculino	62.43	17.68	
Feminino	59.07	10.98	
Causa do aciente			0.09
FAF	74.00	13.65	
queda	61.00	13.82	
acidente de trânsito	58.52	18.91	
outros	53.25	13.30	
Incontinência fecal			0.14
Não	63.60	16.72	
Sim	56.14	13.93	
Incontinência urinária			0.85
Não	61.18	18.50	
Sim	62.04	13.73	
Espasticidade			0.94
Não	61.70	16.41	
Sim	61.38	16.35	
UP			0.95
Não	61.46	16.86	
Sim	61.75	15.82	
Definição			< 0,01
Completa	70.04	17.22	
Incompleta	55.40	12.43	
Ocupação			0.12
Desempregado	78.00	7.93	
Aposentado	60.74	15.08	
Empregado	60.21	19.06	
Escolaridade			0.25
Fundamental	58.05	12.45	
Superior	67.35	15.99	
Médio	61.05	19.47	
Estado Civil			0.33
Casado	63.41	14.78	
Solteiro	58.90	18.21	
Altura			0.80
Tetraplégico	62.28	14.29	
Paraplégico	61.12	17.64	

*FAF diferente de queda

Após análise estatística, verificou-se que a qualidade de vida é melhor em pacientes com diagnóstico de lesão medular completa, do que

em pacientes com lesão medular incompleta. E é melhor também em pacientes que tiveram o ferimento por arma de fogo como causa da lesão medular.

Tabela 5- Relação entre as Escalas McGill e WHOQOL com Escala analógica de dor – São Paulo – 2013

Variáveis	Resultados	Média	Desvio padrão
Escala dor McGill descritores x dor menor que 5	16	9.06	4.20
Escala dor McGill descritores x dor maior que 5	37	14.54	4.56
Escala McGill índice de dor x dor menor que 5	16	17.12	8.86
Escala McGill índice de dor x dor maior que 5	37	32.05	14.75
Escala WHOQOL Físico x dor menor que 5	16	62.94	22.08
Escala WHOQOL Físico x dor maior que 5	37	59.82	20.08
Escala WHOQOL Psicológico x dor menor que 5	16	66.40	21.21
Escala WHOQOL Psicológico x dor maior que 5	37	68.51	14.31
Escala WHOQOL Social x dor menor que 5	16	57.29	24.31
Escala WHOQOL Social x dor maior que 5	37	61.80	19.45
Escala WHOQOL Meio Ambiente x dor menor que 5	16	55.27	25.86
Escala WHOQOL Meio Ambiente x dor maior que 5	37	58.94	16.11
TOTAL menor que 5	16	60.68	21.36
TOTAL maior que 5	37	62.00	13.71

A diferença entre as médias é igual a 0. Como o p-valor calculado é maior do que o nível de significância $\alpha = 0,05$, não se pode rejeitar a hipótese nula. Não há diferença significativa entre pacientes que relataram dores maiores ou menores que score 5, quando comparados aos scores das Escalas McGill e descritores da WHOQOL.

Tabela 6- Relação entre as Escalas McGill e WHOQOL com variável incontinência fecal
– São Paulo – 2013

Variáveis	Resultados	Média	Desvio padrão
Escala dor McGill descritores x inc. fecal não	39	12.94	4.93
Escala dor McGill descritores x inc. fecal sim	14	12.71	5.70
Escala McGill índice de dor x inc. fecal não	39	27.35	14.81
Escala McGill índice de dor x inc. fecal sim	14	28.07	15.59
Escala WHOQOL Físico x inc. fecal não	39	64.75	21.02
Escala WHOQOL Físico x inc. fecal sim	14	50.00	15.08
Escala WHOQOL Psicológico x inc. fecal não	39	68.09	17.28
Escala WHOQOL Psicológico x inc. fecal sim	14	67.26	14.96
Escala WHOQOL Social x inc. fecal não	39	60.96	22.85
Escala WHOQOL Social x inc. fecal sim	14	58.92	15.14
Escala WHOQOL Meio Ambiente x inc. fecal não	39	60.11	19.09
Escala WHOQOL Meio Ambiente x inc. fecal sim	14	51.56	19.67
TOTAL inc. fecal não	39	63.60	16.72
TOTAL inc. fecal sim	14	56.14	13.93

A diferença entre as médias é diferente de 0. Como o p-valor calculado é menor que o nível de significância $\alpha = 0,05$, deve-se rejeitar a hipótese nula e aceitar que incontinência fecal altera a qualidade de vida da população do estudo, quando comparados aos scores das Escalas McGill e descritores da WHOQOL

Tabela 7- Relação entre as Escalas McGill e WHOQOL- com variável incontinência urinária – São Paulo – 2013

Variáveis	Resultados	Média	Desvio padrão
Escala dor McGill descritores x inc. urinária não	28	12.53	5.022
Escala dor McGill descritores x inc. urinária sim	25	13.28	5.24
Escala McGill índice de dor x inc. urinária não	28	24.35	12.02
Escala McGill índice de dor x inc. urinária sim	25	31.12	17.07
Escala WHOQOL Físico x inc. urinária não	28	59.92	23.08
Escala WHOQOL Físico x inc. urinária sim	25	61.71	17.84
Escala WHOQOL Psicológico x inc. urinária não	28	66.35	18.88
Escala WHOQOL Psicológico x inc. urinária sim	25	69.50	13.80
Escala WHOQOL Social x inc. urinária não	28	61.72	22.79
Escala WHOQOL Social x inc. urinária sim	25	59.00	19.08
Escala WHOQOL Meio Ambiente x inc. urinária não	28	58.10	21.11
Escala WHOQOL Meio Ambiente x inc. urinária sim	25	57.50	17.88
TOTAL inc. urinária não	28	61.18	18.50
TOTAL inc. urinária sim	25	62.04	13.73

A diferença entre as médias é igual a 0. Como o p-valor calculado é maior do que o nível de significância $\alpha = 0,05$, não se pode rejeitar a hipótese nula. Não há diferença significativa entre pacientes com ou sem relato de incontinência urinária, quando comparados aos scores das Escalas McGill e descritores da WHOQOL.

Tabela 8- Relação entre as Escalas McGill e WHOQOL- com variável espasticidade – São Paulo – 2013

Variáveis	Resultados	Média	Desvio padrão
Escala dor McGill descritores x espasticidade sim	34	13.23	5.21
Escala dor McGill descritores x espasticidade não	19	12.26	4.94
Escala McGill índice de dor x espasticidade sim	34	28.88	14.62
Escala McGill índice de dor x espasticidade não	19	25.15	15.40
Escala WHOQOL Físico x espasticidade sim	34	61.34	20.79
Escala WHOQOL Físico x espasticidade não	19	59.72	20.63
Escala WHOQOL Psicológico x espasticidade sim	34	69.11	15.11
Escala WHOQOL Psicológico x espasticidade não	19	65.50	19.21
Escala WHOQOL Social x espasticidade sim	34	58.33	22.66
Escala WHOQOL Social x espasticidade não	19	64.35	17.10
Escala WHOQOL Meio Ambiente x espasticidade sim	34	57.07	19.60
Escala WHOQOL Meio Ambiente x espasticidade não	19	59.20	19.60
TOTAL espasticidade sim	34	61.70	16.41
TOTAL espasticidade não	19	61.38	16.35

A diferença entre as médias é igual a 0. Como o p-valor calculado é maior do que o nível de significância $\alpha = 0,05$, não se pode rejeitar a hipótese nula. Não há diferença significativa entre pacientes com ou sem espasticidade, quando comparados aos scores das Escalas McGill e descritores da WHOQOL.

Tabela 9- Relação entre as Escalas McGill e WHOQOL- com variável úlcera por pressão
– São Paulo – 2013

Variáveis	Resultados	Média	Desvio padrão
Escala dor McGill descritores x não úlcera pressão	29	13.62	5.04
Escala dor McGill descritores x sim úlcera pressão	24	12.00	5.11
Escala McGill índice de dor x não úlcera pressão	29	28.96	13.59
Escala McGill índice de dor x sim úlcera pressão	24	25.83	16.42
Escala WHOQOL Físico x não úlcera pressão	29	60.71	22.25
Escala WHOQOL Físico x sim úlcera pressão	24	60.86	18.85
Escala WHOQOL Psicológico x não úlcera pressão	29	67.56	16.71
Escala WHOQOL Psicológico x sim úlcera pressão	24	68.22	16.70
Escala WHOQOL Social x não úlcera pressão	29	58.92	23.34
Escala WHOQOL Social x sim úlcera pressão	24	62.15	18.05
Escala WHOQOL Meio Ambiente x não úlcera pressão	29	57.81	20.85
Escala WHOQOL Meio Ambiente x sim úlcera pressão	24	57.81	18.08
TOTAL não úlcera pressão	29	61.46	16.86
TOTAL sim úlcera pressão	24	61.75	15.82

A diferença entre as médias é igual a 0. Como o p-valor calculado é maior do que o nível de significância $\alpha = 0,05$, não se pode rejeitar a hipótese nula. Não há diferença significativa entre pacientes com ou sem úlcera por pressão, quando comparados aos scores das Escalas McGill e descritores da WHOQOL.

Tabela 10- Relação entre as Escalas McGill e WHOQOL- com variável tipo de lesão –
São Paulo – 2013

Variáveis	Resultados	Média	Desvio padrão
Escala dor McGill descritores x lesão completa	22	12.04	4.89
Escala dor McGill descritores x lesão incompleta	31	13.48	5.22
Escala McGill índice de dor x lesão completa	22	24.59	12.35
Escala McGill índice de dor x lesão incompleta	31	29.64	16.30
Escala WHOQOL Físico x lesão completa	22	73.53	19.85
Escala WHOQOL Físico x lesão incompleta	31	51.42	15.59
Escala WHOQOL Psicológico x lesão completa	22	74.05	16.81
Escala WHOQOL Psicológico x lesão incompleta	31	63.33	15.05
Escala WHOQOL Social x lesão completa	22	67.80	19.96
Escala WHOQOL Social x lesão incompleta	31	55.00	20.24
Escala WHOQOL Meio Ambiente x lesão completa	22	64.63	20.84
Escala WHOQOL Meio Ambiente x lesão incompleta	31	52.81	16.98
TOTAL lesão completa	22	70.04	17.22
TOTAL lesão incompleta	31	55.40	12.43

As amostras não vêm da mesma população. Como o p-valor calculado é menor que o nível de significância $\alpha = 0,05$, deve-se rejeitar a hipótese nula e aceitar a hipótese que pacientes com lesão medular completa tem melhor qualidade de vida, quando comparados aos scores das Escalas McGill e descritores da WHOQOL.

Tabela 11-Relação entre as Escalas McGill e WHOQOL- com variável causa da lesão – São Paulo – 2013

Variáveis	Resultados	Média	Desvio padrão
Escala dor McGill descritores x FAF	8	15.37	4.59
Escala dor McGill descritores x queda	23	12.08	4.83
Escala dor McGill descritores x acidente de trânsito	18	12.72	5.67
Escala dor McGill descritores x outros	4	13.25	4.99
Escala dor McGill índice de dor x FAF	8	36.50	19.84
Escala dor McGill índice de dor x queda	23	23.60	11.03
Escala dor McGill índice de dor x acidente de trânsito	18	28.00	15.63
Escala dor McGill índice de dor x outros	4	30.25	17.15
Físico x FAF	8	79.91	14.40
Físico x queda	23	56.21	16.65
Físico x acidente de trânsito	18	60.50	23.46
Físico x outros	4	50.00	20.82
Psicológico x FAF	8	76.04	12.35
Psicológico x queda	23	69.92	14.37
Psicológico x acidente de trânsito	18	63.72	19.86
Psicológico x outros	4	57.29	14.97
Social x FAF	8	69.79	20.86
Social x queda	23	63.04	19.27
Social x acidente de trânsito	18	53.92	23.03
Social x outros	4	54.16	17.34
Meio Ambiente x FAF	8	67.57	18.14
Meio Ambiente x queda	23	57.74	18.29
Meio Ambiente x acidente de trânsito	18	54.59	21.02
Meio Ambiente x outros	4	52.34	22.15
TOTAL FAF	8	74.00	13.65
TOTAL queda	23	61.00	13.82
TOTAL acidente de trânsito	18	58.52	18.91
TOTAL outros	4	53.25	13.30

Como o p-valor calculado é menor que o nível de significância $\alpha = 0,05$, deve-se rejeitar a hipótese nula e aceitar a hipótese que pacientes que tiveram a causa da lesão medular por FAF têm melhor qualidade de vida em relação a outras causas que levaram à lesão medular.

Tabela 12-Relação entre as Escalas McGill e WHOQOL- com variável ocupação– São Paulo – 2013

Variáveis	Resultados	Média	Desvio padrão
Escala dor McGill descritores x desempregado	3	14.00	3.60
Escala dor McGill descritores x aposentado	36	12.33	5.23
Escala dor McGill descritores x empregado	14	14.07	5.03
Escala McGill índice de dor x desempregado	3	26.66	11.67
Escala McGill índice de dor x aposentado	36	26.63	16.07
Escala McGill índice de dor x empregado	14	30.07	12.60
Físico x desempregado	3	80.95	10.91
Físico x aposentado	36	59.28	20.13
Físico x empregado	14	60.20	21.87
Psicológico x desempregado	3	83.33	11.02
Psicológico x aposentado	36	66.42	16.81
Psicológico x empregado	14	68.15	15.98
Social x desempregado	3	80.55	9.62
Social x aposentado	36	60.23	20.91
Social x empregado	14	56.54	21.22
Meio Ambiente x desempregado	3	68.75	9.37
Meio Ambiente x aposentado	36	57.76	16.92
Meio Ambiente x empregado	14	55.58	26.20
TOTAL desempregado	3	78.00	7.93
TOTAL aposentado	36	60.74	15.08
TOTAL empregado	14	60.21	19.06

A diferença entre as médias é igual a 0. Como o p-valor calculado é maior do que o nível de significância $\alpha = 0,05$, não se pode rejeitar a hipótese nula. Ou seja, não há diferença significativa entre as diferentes ocupações do grupo estudado.

Tabela 13-Relação entre as Escalas McGill e WHOQOL- com variável estado civil– São Paulo – 2013

Variáveis	Resultados	Média	Desvio padrão
Escala dor McGill descritores x casado	32	12.56	5.32
Escala dor McGill descritores x solteiro	21	13.38	4.80
Escala McGill índice de dor x casado	32	25.50	13.49
Escala McGill índice de dor x solteiro	21	30.66	16.61
Físico x casado	32	62.67	20.53
Físico x solteiro	21	57.99	20.76
Psicológico x casado	32	68.28	16.93
Psicológico x solteiro	21	67.26	16.36
Social x casado	32	60.21	20.94
Social x solteiro	21	60.71	21.43
Meio Ambiente x casado	32	61.08	15.78
Meio Ambiente x solteiro	21	52.97	23.41
TOTAL casado	32	63.41	14.78
TOTAL solteiro	21	58.90	18.21

A diferença entre as médias é igual a 0. Como o p-valor calculado é maior do que o nível de significância $\alpha = 0,05$, não se pode rejeitar a hipótese nula. Não há diferença significativa entre estado civil dos pacientes estudados, quando comparados aos scores das Escalas McGill e descritores da WHOQOL.

Tabela 14-Relação entre as Escalas McGill e WHOQOL com variável sexo– São Paulo – 2013

Variáveis	Resultados	Média	Desvio padrão
Escala dor McGill descritores x masculino	40	12.20	5.18
Escala dor McGill descritores x feminino	13	15.00	4.32
Escala McGill índice de dor x masculino	40	26.30	15.03
Escala McGill índice de dor x feminino	13	31.38	14.24
Físico x masculino	40	62.27	21.86
Físico x feminino	13	56.31	15.91
Psicológico x masculino	40	68.48	18.23
Psicológico x feminino	13	66.02	10.32
Social x masculino	40	60.89	21.21
Social x feminino	13	58.97	20.82
Meio Ambiente x masculino	40	58.01	20.87
Meio Ambiente x feminino	13	57.21	15.00
TOTAL masculino	40	62.43	17.68
TOTAL feminino	13	59.07	10.98

A diferença entre as médias é igual a 0. Como o p-valor calculado é maior do que o nível de significância $\alpha = 0,05$, não se pode rejeitar a hipótese nula. Não há diferença significativa entre homens e mulheres quando comparados aos scores das Escalas McGill e descritores da WHOQOL.

Tabela 15-Relação entre as Escalas McGill e WHOQOL com variável altura da lesão – São Paulo – 2013

Variáveis	Resultados	Média	Desvio padrão
Escala dor McGill descritores x tetraplégico	21	12.19	4.91
Escala dor McGill descritores x paraplégico	32	13.34	5.23
Escala McGill índice de dor x tetraplégico	21	25.71	12.40
Escala McGill índice de dor x paraplégico	32	28.75	16.37
Físico x tetraplégico	21	59.69	18.49
Físico x paraplégico	32	61.52	22.10
Psicológico x tetraplégico	21	68.25	16.42
Psicológico x paraplégico	32	67.60	16.89
Social x tetraplégico	21	58.33	18.81
Social x paraplégico	32	61.82	22.44
Meio Ambiente x tetraplégico	21	61.16	16.40
Meio Ambiente x paraplégico	32	55.54	21.20
TOTAL tetraplégico	21	62.28	14.29
TOTAL paraplégico	32	61.12	17.64

A diferença entre as médias é igual a 0. Como o p-valor calculado é maior do que o nível de significância $\alpha = 0,05$, não se pode rejeitar a hipótese nula. Não há diferença significativa entre tetraplégico e paraplégico, quando comparados aos scores das Escalas McGill e descritores da WHOQOL.

6 DISCUSSÃO

Estudos publicados em diversos países, mostram que 85% dos pacientes com dor, principalmente neuropática (encontrada em 57,6% dos pacientes estudados) são do sexo masculino, com idade média de 33,2 anos. A principal etiologia são as quedas, seguidas da FAF, acidente de trânsito e outras ⁽⁷⁰⁾.

Um estudo na Suíça com dor neuropática especificamente, mostrou uma prevalência de 26% num grupo de 402 pacientes com lesão traumática. Também não foi encontrado, neste estudo, correlação entre a presença de dor e idade, nível e tipo de lesão (completa ou incompleta), apenas que 13% eram ao nível da lesão e 27% abaixo da lesão. Nos Estados Unidos da América (EUA), ao avaliar indivíduos com lesão medular, não foi encontrada correlação estatisticamente significativa entre a prevalência de dor e aspectos demográficos e variáveis médicas, incluindo nível de lesão ^(71, 72).

Diferenças significativamente maiores foram encontradas nos indivíduos com lesão torácica, que apresentaram prevalência maior de dor músculo-esquelética (92%), quando comparados ao grupo geral (72%). Não foram identificadas diferenças na prevalência da dor neuropática entre os diferentes níveis de lesão ⁽⁷³⁾.

No acompanhamento dos indivíduos do estudo anterior, ao longo de cinco anos, houve relato da associação entre dor neuropática abaixo do nível da lesão e tetraplegia e esse tipo de dor esteve presente em 50% dos tetraplégicos comparados com 18% dos paraplégicos ⁽⁷³⁾. No entanto, os dados apresentados por outros autores não corroboraram esse resultado. Turner e col. descreveram menor prevalência de dor neuropática ao nível da lesão naqueles com lesões entre C1 e C4 que naqueles com lesões entre L1 e S4 ou S5, mas não encontraram correlação estatística entre os dois parâmetros ⁽⁷⁴⁾. Ravenscroft e col. não confirmaram nenhum tipo de associação entre o nível de lesão e a prevalência de dor ⁽⁷⁵⁾.

Na Inglaterra, um estudo sobre dor crônica em geral após lesão medular, concluiu que os pacientes com lesões completas possuem mais dor que os demais ($p < 0,05$) ⁽⁷³⁾.

Nos EUA, outro estudo sobre a dor em geral após lesão medular, indicou a prevalência de aproximadamente 80% dessa dor. O estudo afirma que ela não é mais comum em homens ou mulheres, bem como não há diferenças entre as intensidades de dor em ambos os sexos. Também não há distinção entre faixa etária. No entanto, o estudo aponta que a prevalência de dor é maior nos indivíduos que estavam trabalhando quando ocorreu a lesão medular, que tinham maior grau de escolaridade e paraplegia, lesão incompleta e causada por atos violentos, confirmando os dados encontrados neste estudo, onde a queda teve a prevalência maior de dor ⁽⁷⁶⁾.

Outro estudo com 81 pacientes com dor mielopática crônica mostrou que o sexo masculino, com idade de 46,4 anos em média, com nível de lesão torácico (44,4%) e causado por FAF (43,2%) foi o perfil de pacientes mais atingidos por este tipo de dor ⁽⁷⁷⁾.

Dois estudos distintos sobre o tema, afirmam que 1/3 dos pacientes com dor após lesão medular classificam a intensidade desta dor como forte/intensa ^(78, 79).

A espasticidade está presente de forma moderada ou intensa nos pacientes com dor mielopática, provavelmente devido à reorganização sináptica ⁽⁷⁷⁾.

Em um estudo longitudinal de cinco anos, ao relacionar a dor com os fatores psicológicos e a incapacidade física, os dados obtidos foram surpreendentes. A dor foi a terceira dificuldade mais citada, associada à lesão medular, depois apenas da incapacidade motora e da disfunção sexual, respectivamente ⁽⁸⁰⁾. Os pacientes com dor também foram os que demonstraram maior alteração de humor, segundo o Inventário de Humor de Kessler e Mroczek, quando comparados com pacientes sem dor ⁽⁸⁰⁾.

Utilizando a Classificação de Dor Crônica de Von Korff e col., foi examinada a relação entre a intensidade da dor e interferência nas atividades de vida diária, incluindo o trabalho e as atividades sociais e os resultados mostraram que a dor crônica originou incapacidade em 28,7%, com 12,3% dos pacientes classificados como grau III (alta incapacidade – dor moderadamente limitante) e 16,4% como grau IV (alta incapacidade - dor gravemente limitante) ⁽⁸⁰⁾.

Segundo vários autores, a dor após lesão medular deve ter um manejo adequado, visto que interfere no processo de reabilitação dos portadores de lesão medular, afetando o desenvolvimento das atividades de vida diária e qualidade de vida. Além disso, interfere significativamente no humor, levando a quadros de depressão e até suicídio ^(81, 82, 86).

As pessoas com lesão medular apresentam menores escores nos índices de QV quando comparados com a população em geral, mas não há diferença entre paraplégicos e tetraplégicos. Os itens menores de QV são funcionalidade, dor, saúde em geral e vitalidade. Conforme aumentam as complicações como a dor, por exemplo, decai a QV ⁽⁹⁴⁾.

Um estudo realizado na Austrália recentemente, em 2009, que não analisou especificamente a dor neuropática, mas a dor como um todo após lesão medular, detectou que estão relacionados a esta dor altos índices de ansiedade e depressão, que comprometem o processo de reabilitação desses pacientes. Também há um comprometimento importante da funcionalidade e dos fatores psicológicos ⁽⁹⁵⁾.

Uma pesquisa espanhola encontrou que 45,2% dos pacientes com lesão medular relataram que a dor interfere negativamente no sono, atividades de vida diária (AVD), aspectos sociais e de lazer. E quando a dor é de maior intensidade, a interferência é ainda maior, com significância estatística para o sono ($p=0,027$). Vale ressaltar que muitas medicações usadas por esses pacientes também podem

interferir na qualidade do sono e nas funções vesicais, intestinais e sexuais ⁽⁹⁶⁾.

Em um estudo latino, houve significância estatística entre a presença de dor e impacto negativo na percepção de bem-estar psicológico, pois os pacientes com dor tem um mal-estar maior. No domínio Atividades e Participação, as categorias mais afetadas, quando as pessoas com lesão medular, porém sem dor associada, são o banho, toalete e vestuário. Além disso, as pessoas com dor também têm mais dificuldades em seu autocuidado, nas tarefas domésticas e nas atividades de lazer, porque poucos saem de casa ⁽⁹⁷⁾.

Um estudo realizado em Fortaleza, também mostra que o paciente com dor neuropática central, secundária à lesão medular possui baixa capacidade funcional e precária rede social de apoio, quando comparado com pacientes com as mesmas condições, porém sem dor associada ⁽⁹⁸⁾.

Em um estudo com 147 portadores de lesão medular nos EUA, ao avaliar a dor crônica em geral, o resultado mostrou que a dor leva à diminuição da função psicológica e social e quanto mais intensa, mais dificuldade nas atividades de vida diária ⁽⁹⁹⁾.

Duas categorias se destacam: o clima e o apoio e atitude de amigos. No primeiro caso, a maioria dos pacientes com dor refere que o frio é um agravante para a dor, ao passo que o calor um atenuante, o que significa que o clima exerce forte influência na vida dessas pessoas. Em relação à atitude e apoio dos amigos, as pessoas com dor estão muito em desvantagem, porque referem que muitas vezes esses amigos não acreditam no seu relato de dor, ignorando-as, ou então não suportam ouvir as reclamações constantes e isso acaba afastando os amigos da vida dessas pessoas ⁽²⁶⁾.

A literatura aponta para um comprometimento da QV das pessoas com lesão medular.

Em relação à QV, pesquisas em diferentes países confirmam maior comprometimento do domínio “aspectos sociais” nos pacientes com lesão medular, corroborando os resultados do presente estudo ^(78, 79, 83).

Tanto a capacidade funcional quanto os aspectos sociais são fatores importantes dentro do contexto da QV, visto que essa engloba desde os aspectos físicos até os mentais, sociais e espirituais ⁽⁸⁶⁾.

As sequelas decorrentes do TRM, assim como as dificuldades sociais, fazem com que os níveis de QV destes indivíduos sejam inferiores aos da população em geral, mesmo em países desenvolvidos ⁽⁶⁶⁾.

Alguns estudos, incluindo um realizado na Turquia, comprovam esta afirmação. Foram avaliados, 50 pacientes sobreviventes à LMT e também 40 pessoas com a mesma idade, porém sem lesão medular. O resultado mostrou que o escore de QV foi significativamente baixo no grupo dos pacientes com LMT. Em outro trabalho, desta vez realizado em Hong Kong com 58 pacientes, também encontrou-se diferença significativa na QV em diferentes grupos etários, entre pessoas com paraplegia incompleta e completa, quando os dados foram comparados com populações saudáveis e com outras doenças ^(67, 68).

Em um estudo comparativo entre 30 pessoas com LMT e 32 pessoas saudáveis, os autores chegaram à conclusão que a lesão afeta a QV, porém principalmente prejudicando o domínio físico, o que contradiz os estudos citados acima. Assim, o estudo mostrou correlação apenas entre o componente físico e o grau de incapacidade do paciente, ou seja, quanto maior a gravidade do comprometimento decorrente da lesão medular, menor o escore do aspecto físico relacionado com a QV ⁽⁶⁹⁾.

Os estudos, no entanto, diferem em relação aos domínios mais comprometidos, de acordo com o instrumento empregado e a amostra estudada. Em algumas pesquisas, as relações sociais estão

mais comprometidas. Em outros, os fatores ambientais comprometeram de forma importante a QV das pessoas, principalmente no que diz respeito à participação social. Nesse sentido, uma revisão na literatura sobre qualidade de vida e lesão medular, no período de 1990 a 2003, observou que a maioria dos estudos mostrava uma insatisfação com a vida após a lesão, e essa insatisfação estava relacionada principalmente às desvantagens sociais que o indivíduo passava a enfrentar ^(14, 64, 79, 83).

Já estudo realizado no Canadá, com 587 portadores de lesão medular, membros do Quebec Paraplegic Association, concluiu que idade, emprego e hospitalização são fatores que interferem na inserção social dessa população, assim como em sua QV ⁽⁸⁵⁾.

Após uma lesão medular, a qualidade de vida é afetada e uma busca por um novo equilíbrio, de acordo com as novas limitações, é almejado. No entanto, quando a lesão vem acompanhada de complicações, principalmente de dor neuropática, este equilíbrio torna-se difícil de ser alcançado. As principais complicações que diminuíram os escores nos domínios da QV foram dor neuropática, espasticidade, bexiga e intestino neurogênico. Essas complicações têm maiores efeitos negativos sobre a QV ⁽⁸⁶⁾.

Outros estudiosos também afirmam que os pacientes que apresentam dor têm os menores escores em todos os domínios da QV. No entanto, um estudo realizado nos EUA, demonstra que os aspectos sociais, naquele país, não estão tão afetados. Uma justificativa pode ser as características das redes sociais de apoio, principalmente no que se refere à saúde, mais valorizadas naquele país ^(86, 87).

Muitos estudos, realizados mundialmente por pesquisadores interessados no tema, apontam para o fato de a dor ter um grande impacto nos múltiplos domínios da QV, principalmente nos aspectos físico e mental, sendo as áreas mais afetadas a da mobilidade, integração social e autossuficiência financeira ^(88, 89).

A avaliação da relação entre a QV e a presença de dor neuropática central em indivíduos com LMT demonstrou que, quanto mais intensa é a dor, maior será seu efeito negativo na QV, em especial no que se refere à capacidade funcional. Esta relação foi também relatada em um estudo australiano, que teve a participação de 106 pessoas com LMT, que preencheram 2 questionários para avaliação da QV. Neste estudo, os resultados apontaram que a intensidade da dor reduziu a QV dos pacientes, em comparação com a população geral australiana. Os autores concluíram que a dor leva à limitação física e esta, por sua vez, gera consequências indesejáveis na vida do indivíduo ^(90, 91).

As dificuldades e comprometimento da QV, observados nos pacientes com lesão medular, devem-se ao fato de as modificações provocadas pela lesão ainda não poderem ser revertidas pelos recursos científicos atuais, embora estes recursos já tenham progredido muito nos últimos anos. Um estudo com 45 pacientes em condições crônicas de saúde, demonstrou que o indivíduo se depara com “novas incumbências” e problemas de ordem social, econômica e pessoal, muitas vezes de difícil enfrentamento. Além disso, demonstrou também que as alterações no estilo de vida do paciente podem ser graduais ou cumulativas, mas não ocorrem todas ao mesmo tempo ^(92, 93).

Neste contexto, é importante avaliar, nas pessoas com lesão medular, esses aspectos envolvidos na dor para que o manejo e as intervenções para seu alívio sejam baseados no comportamento cognitivo dos pacientes. Aliado a isso, o melhor tratamento é baseado na compreensão dos mecanismos da dor ⁽²⁶⁾.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao conviver com pacientes com lesão medular, um relato era comum: a dor. As queixas, muitas vezes, superavam as limitações físicas, sempre tendo a impressão que pacientes com lesões completas e com níveis mais altos, tinham mais queixas dolorosas e pior qualidade de vida. Mas todos eram unânimes em afirmar que a dor interferia na qualidade de vida.

Na pesquisa, todas as pessoas abordadas, queixavam-se de quanto a dor era incapacitante e atormentava e quanto atrapalhava sua reabilitação, quanto sua qualidade de vida era ruim, principalmente por causa da dor.

A associação entre o grau da lesão e a expressão da dor não foi confirmada em nenhum dos estudos avaliados.

Muitas vezes, as impressões sobre a relação direta entre dor e baixa qualidade de vida, trazidas da clínica, não conseguem ser confirmadas em estudos controlados. No entanto, mesmo considerando essas dificuldades, todos os estudos analisados mostraram que a dor pode interferir de maneira negativa na qualidade de vida do indivíduo com lesão medular, alterando seu humor, a autopercepção da dificuldade em lidar com os problemas advindos da lesão e ainda colaborar para o aparecimento de incapacidades ^(73, 92, 73, 75, 80).

A avaliação de pacientes com dor neuropática secundária à lesão medular, pode causar mudanças permanentes no estilo de vida, o que pode diminuir a qualidade de vida, evidenciadas pela menor capacidade funcional para a realização das atividades de vida diária e pelo comprometimento social.

Pacientes com dor apresentam prejuízos para a vida diária de magnitude superior àqueles que, embora com lesão medular, não apresentam dor crônica associada. A avaliação e o manejo da dor, a realização das atividades de vida diária com o maior grau de

independência possível, a recuperação da funcionalidade são essenciais para pacientes com lesão medular^(20, 21).

Aliviá-los dessa parcela do sofrimento constitui apenas uma das etapas almejadas pela equipe interdisciplinar envolvida no complexo processo do restabelecimento do equilíbrio biopsicossocial e de reintegração à sociedade.

A grande dificuldade dos pacientes em lidar com a dor após a lesão medular propõe aos profissionais o desafio da abordagem multimodal e a busca de tratamentos mais efetivos. Todas as dificuldades encontradas para a comparação dos trabalhos selecionados demonstraram a necessidade premente de harmonização entre os termos, classificações e conceitos utilizados nas pesquisas conduzidas com pessoas com lesão medular que apresentam dor. Somente dessa forma será possível produzir conhecimento claro e objetivo, que auxilie no desenvolvimento de melhores alternativas para o tratamento da dor no paciente com lesão medular.

8 CONCLUSÃO

Mediante os resultados desta pesquisa é possível afirmar que a lesão medular, além de todas as dificuldades diversas no dia a dia da pessoa que precisa conviver com esta nova condição de vida, tem como um dos agravantes a dor neuropática.

A dor neuropática está presente em muitos desses pacientes e sua intensidade foi caracterizada como forte a intensa, com valor superior a cinco na Escala Visual Analógica.

A avaliação da qualidade de vida ficou com o p-valor calculado maior do que o nível de significância $\alpha = 0,05$. Não há diferença significativa entre as variáveis e a qualidade de vida.

As implicações dos pacientes com dor neuropática e qualidade de vida mostram que pacientes que referiram maior intensidade de dor, têm uma pior relação em qualidade de vida, no fator social, que aborda relações pessoais, vida sexual e apoio que recebem dos amigos.

Neste estudo, verificou-se que a qualidade de vida é melhor em pacientes com diagnóstico de lesão medular completa, do que em pacientes com lesão medular incompleta. E é melhor também em pacientes que tiveram o ferimento por arma de fogo como causa da lesão medular.

Os pacientes com incontinência fecal referiram pior qualidade de vida no aspecto físico, assim como a questão que afirma que a dor atrapalha sua vida.

Em relação a sexo, idade, estado civil, tipo de lesão, escolaridade, tempo de lesão, espasticidade, incontinência urinária e úlcera por pressão, os resultados mostram que essas variáveis não aumentam ou diminuem a ação da dor na qualidade de vida.

O estudo também mostrou que o uso da escala WHOQOL – ABREVIADO, para avaliar a qualidade de vida e o questionário de

McGill, comumente usado para dor neuropática são efetivos para um resultado adequado.

Não se pode ignorar a dificuldade na discussão dos dados desta pesquisa, visto que a maior delas esteve relacionada à impossibilidade de comparar os dados encontrados com resultados prévios, porque a literatura é muito restrita em relação à dor e qualidade de vida após lesão medular.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- 1- Barros N. Qualidade de vida no doente com dor. In: Teixeira MJ, editor. Dor: contexto interdisciplinar. Curitiba: Maio; 2003. p;
- 2- Mogil JS, Simmonds K, Simmonds MJ. Pain research from 1975 to 2007: a categorical and bibliometric meta-trend analysis of every Research Paper published in the journal, Pain. Pain. 2009; 142(1-2): 48-58.
- 3- Gonçalves AM, 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 Méd ABC. 2007; 32(2):64-6.
- 4- Campos MF, Ribeiro AT, Listik S, Pereira CA, Andrade Sobrinho J, Rapoport A. Epidemiologia do traumatismo da coluna vertebral. Rev Col Bras Cir. 2008; 35(2):88-93.
- 5- Solino JL, Melo MF, Silva DH, Elias N. Traumatismos da coluna vertebral: avaliação da etiologia, incidência e frequência. Rev Bras Ortop. 1990; 25(6):185-90.
- 6- Faro AC. Estudo das alterações da função sexual em homens paraplégicos [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 1991.
- 7- Pickett GE, Campos-Benitez M, Keller JL, Duggal N. Epidemiology of traumatic spinal cord injury in Canada. Spine (Phila Pa 1976). 2006; 31(7):799-805.
- 8- Masini M. Estimativa da incidência e prevalência de lesão medular no Brasil. J Bras Neurocir. 2001; 12(2):97-100.
- 9- da Paz AC, Beraldo PS, Almeida MC, Neves EG, Alves CM, Khan P. Traumatic injury to the spinal cord. Prevalence in Brazilian hospitals. Paraplegia. 1992; 30(9):636-40.
- 10- Johnson RL, Brooks CA, Whiteneck GG. Cost of traumatic spinal cord injury in a population-based registry. Spinal Cord. 1996; 34(8):470-80.

- 11- Wyndaele M, Wyndaele JJ. Incidence, prevalence and epidemiology of spinal cord injury: what learns a worldwide literature survey? *Spinal Cord*. 2006; 44(9):523-9.
- 12- Siscão MP, Pereira C, Arnal RL, Foss MH, Marino LH. Trauma raquimedular: caracterização em um Hospital Público. *Arq Ciênc Saúde*. 2007;14(3):145-7.
- 13- Venturini DA, Decesaro MN, Marcon SS. Conhecendo a história e as condições de vida de indivíduos com lesão medular. *Rev Gaúcha Enferm*. 2006; 27(2):219-29.
- 14- Vall J, Braga VA, Almeida PC. Estudo da qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática. *Arq Neuropsiquiatr*. 2006; 64(2 B):451-5.
- 15- Siddall PJ, Taylor DA, Cousins MJ. Classification of pain following spinal cord injury. *Spinal Cord*. 1997;35(2):69-75.
- 16- Miguel M, Kraychete DC. Dor no paciente com lesão medular: uma revisão. *Rev Bras Anesthesiol*. 2009; 59(3):350-7.
- 17- Lima AF. Qualidade de vida em pacientes do sexo masculino dependentes de álcool [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.
- 18- Fleck MP, Lima AF, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VR, et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(4): 431-8.
- 19- Roque VM, Forones NM. Avaliação da qualidade de vida e toxicidades em pacientes com câncer colorretal tratados com quimioterapia adjuvante baseada em fluoropirimidinas. *Arq Gastroenterol*. 2006; 43(2):94-101.
- 20- Pimenta CA. Dor crônica, terapia cognitiva comportamental e o enfermeiro. *Rev Psiquiatr Clin (São Paulo)*. 2001; 28(6):288-94.
- 21- Teixeira MJ. Fisiopatologia da dor neuropática. *Rev Med*. 1999; 78(2):53-84.

- 22- Spósito MM, Laredo Filho J, Braga FM, Novo NF. Paraplegia por lesão medular: estudo epidemiológico em pacientes atendidos para reabilitação. *Rev Paul Med.* 1986; 104(4):196-202.
- 23- Faro AC. Percepção das esposas de pacientes portadores de lesão traumática de medula espinhal, sobre a lesão medular. *Rev Saúde Distrito Federal.* 1992; 3(3):77-81.
- 24- Demenech AA. Lesado medular: uma ajuda. *Enfoque (São Paulo).* 1989; 17(1):19-25.
- 25- Lianza S, Casalis ME, Greve JM, Eichberg R. A lesão medular. In: Lianza S. *Medicina de reabilitação.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p.299-322.
- 26- Vall J. Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) em pessoas com dor neuropática secundária à lesão medular [tese]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2010.
- 27- Greve JM. Reabilitação na lesão da medula espinhal. *Rev Med.* 1999; 78(2):276-86.
- 28- Monteiro W, Silva FF, Fatarelli IF. Evolução clínica da marcha em um indivíduo com lesão medular incompleta: relato de caso. *Fisioter Pesqui.* 2006; 13(1):30-6.
- 29- Anderle DV, Joaquim AF, Soares MS, Miura FK, Leopoldo e Silva F, Veiga JC, et al. Avaliação epidemiológica dos pacientes com traumatismo raquimedular operados no Hospital Estadual "Professor Carlos da Silva Lacaz". *Coluna/Columna.* 2010; 9(1):58-61.
- 30- Pereira CU, Carvalho LF, Santos EA. Complicações clínicas do traumatismo raquimedular: pulmonares, cardiovasculares, geniturinárias e gastrintestinais. *Arq Bras Neurocir.* 2010; 29(3):110-7.
- 31- Rahimi-Movaghar V, Saadat S, Rasouli MR, Ganji S, Ghahramani M, Zarei MR, et al. Prevalence of spinal cord Injury in Tehran, Iran. *J Spinal Cord.* 2009; 32(4):428-31.
- 32- Meyers AR. The epidemiology of traumatic spinal cord injury in the United States. In: Nesathurai S. *The rehabilitation of people with spinal cord injury.* Boston: Boston Medical Center; 2001, p.9-13.

- 33- Venturini DA, Decésaro MN, Marcon SS. Alterações e expectativas vivenciadas pelos indivíduos com lesão raquimedular e suas famílias. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(4):589-96.
- 34- Schmitz TJ. Lesão medular traumática. In: O'Sullivan SB, Schmitz TJ. *Fisioterapia: avaliação e tratamento*. 4ª ed. São Paulo: Manole; 2004. p.874-87.
- 35- Lundy-Ekman L. *Neurociência: fundamentos para a reabilitação*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2000. p.191-2.
- 36- Merskey H, Bogduk N, editors. *Classification of chronic pain* [Internet]. Seattle: International Association for the Study of Pain; 1994 [cited 2012 Feb 27]. Available from: <http://www.iasp-pain.org/terms-p.html>.
- 37- Burchiel KJ, Hsu FP. Pain and spasticity after spinal cord injury: mechanisms and treatment. *Spine (Phila PA 1976)*. 2001; 26(24 Suppl):S146-60.
- 38- Greve JM, Gal PL, Seguchi HH, Teixeira MJ, Battistella LR. Atuação fisiátrica nas dores incapacitantes. *Med Reabil*. 1987; (15):3-7.
- 39- Teixeira MJ, Yeng LT, Rogano LA, Dobbro E, Barrero H. Dor em doentes com lesões medulares. *Dor é coisa séria*. Vol 4, n.º 3 junho 2008.
- 40- Pain terms: a list with definitions and notes usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain*. 1979; 6(3):249.
- 41- Baron R. Mechanisms of disease: neuropathic pain – a clinical perspective. *Nat Clin Pract Neurol*. 2006; 2(2):95-106.
- 42- Addison RG. Chronic pain syndrome. *Am J Med*. 1984; 77(3A):54-8.
- 43- Devor M. Neuropathic pain: what do we do with all these theories? *Acta Anaesthesiol Scand*. 2001; 45(9):1121-7.
- 44- Woolf CJ, Salter MW. Neuronal plasticity: increasing the gain in pain. *Science*. 2000; 288(5472):1765-9.

- 45- Teixeira MJ, Rogano LA, Dobbro EL. Lesão da medula espinal e cauda eqüina. *Rev Med (São Paulo)*. 1999; 78(2 Pt 2):201-7.
- 46- Schestatsky P. Definição, diagnóstico e tratamento da dor neuropática. *Rev HCPA*. 2008; 28(3):177-87.
- 47- Treede RD, Jensen TS, Campbell JN, Cruccu G, Dostrovsky JO, Griffin JW, et al. Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical a research purposes. *Neurology*. 2007; 70(18):1630-5.
- 48- Costa CM, Santos TJ, Rocha NM. Reflexões sobre dor neuropática crônica. *Rev Dor*. 2004; 5(4):430-3.
- 49- Bennett MI. Theories, history and current taxonomy. In: Bennett MI, editor. *Neuropathic pain*. Oxford: Oxford University Press; 2006. p.3-9.
- 50- Finnerup NB, Johannesen IL, Sindrup SH, Bach FW, Jensen TS. Pain and dysesthesia in patients with spinal cord injury: a postal survey. *Spinal Cord*. 2001; 39(5):256-62.
- 51- Bennett MI, Smith BH, Torrance N, Lee AJ. Can pain can be more or less neuropathic? Comparison of symptom assessment tools with ratings of certainty by clinicians. *Pain*. 2006; 122(3):289-94.
- 52- Andrade Filho AC. *Dor: diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Roca; 2001. p.121-7.
- 53- Lynch M. Pain as the fifth vital sign. *J intraven Nurs*. 2001; 24(2):85-94.
- 54- Toniolli AC, Pagliuca LM. Tecnologia tátil para a avaliação da dor em cegos. *Rev Lat-Am Enferm [Internet]*. 2003 Mar [citado 2012 Maio 1]; 11(2): [cerca de 6p]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n2/v11n2a12.pdf>
- 55- Tollison CD. *Handbook of pain management*. 2nd ed. Massachussets: Mosby; 1994. Definitions of the pain; p.
- 56- Pereira LV, Sousa FA. Mensuração e avaliação da dor pós-operatória: uma breve revisão. *Rev Lat-Am Enferm*. 1998; 6(3):77-84.

- 57- Pimenta CA, Teixeira MJ. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*. 1996; 30(3):473-83.
- 58- Fleck MP, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr*. 1999; 21(1):19-28.
- 59- Souza RA, Carvalho AM. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da psicologia. *Estud Psicol*. 2003; 8(3):515-23.
- 60- World Health Organization. The WHOQOL Group. WHOQOL: measuring quality of life. Geneva: WHO; 1997 (MAS/MNH/PSF/97.4).
- 61- Kluthcovsky AC, Kluthcovsky FA. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*[Internet]. 2009 [citado 2013 Set 10]; 31(3 Supl): [cerca de 12p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n3s0/v31n3a07s1.pdf>
- 62- Cummins RA. The domains of life satisfaction: an attempt to order chaos. *Soc Indic Res*. 1996; 38: 303-28.
- 63- Kreuter M, Siösteen A, Erholm B, Byström U, Brown DJ. Health and quality of life of persons with spinal cord lesion in Australia and Sweden. *Spinal Cord*. 2005; 43(2):123-9.
- 64- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. *Mundo Saúde*. 1996; 21(1):52-61.
- 65- Bampi LN, 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.
- 66- Unalan H, Gençosmanoğlu B, Akgün K, Karamehmetoğlu S, Tuna H, Ones K, et al. Quality of life of primary caregivers of spinal cord injury survivors living in the community: controlled study with short form-36 questionnaire. *Spinal Cord*. 2001; 39(6):318-22.

- 67- Hu Y, Mak JN, Wong YW, Leong JC, Luk KD. Quality of life of traumatic spinal cord injured patients in Hong Kong. *J Rehabil Med*. 2008; 40(2):126-31.
- 68- Celik B, Gultekin O, Beydogan A, Caglar N. Domain-specific quality of life assesment in spinal cord injured patients. *Int J Rehabil Res*. 2007; 30(2):97-101.
- 69- Namihira MC, Souza DR, Castro AW. Avaliação da dor em lesão medular: estudo retrospectivo em pacientes do Grupo de Lesão Medular da Divisão de Medicina Física e Reabilitação do Instituto de Ortopedia e Traumatologia – HCFMUSP. In: *Anais do 20.º Congresso Brasileiro de Medicina Física e Reabilitação*; 2006 jul 14-16; Belo Horizonte. Belo Horizonte: 2006.
- 70- Werhagen L, Budh CN, Hultling C, Molander C. Neuropathic pain after traumatic spinal cord injury – relations to gender, spinal level, completeness, and age at the time of injury. *Spinal Cord*. 2004; 42(12):665-73.
- 71- Ullrich PM, Jensen MP, Loeser JD, Cardenas DD. Pain intensity, pain interference and characteristics of spinal cord injury. *Spinal Cord*. 2008; 46(6):451-5.
- 72- Siddall PJ, Taylor DA, McClelland JM, Rutkowski SB, Cousins MJ. Pain report and the relationship of pain to physical factors in the first 6 months following spinal cord injury. *Pain*. 1999; 81(1/2):187-97.
- 73- Ravenscroft A, Ahmed YS, Burnside IG. Chronic pain after SCI. A patient survey. *Spinal Cord*. 2000; 38(10):611-4.
- 74- Turner JA, Cardenas DD, Warms CA, McClellan CB. Chronic pain associated with spinal cord injuries: a community survey. *Arch Phys Med Rehabil*. 2001; 82(4):501-9.
- 75- Cardenas DD, Bryce TN, Shem K, Richards JS, Elhefni H. Gender and minority differences in the pain experience of people with spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2004; 85(11):1774-81.
- 76- Rogano LA. Dor crônica decorrente de mielopatias: aspectos clínicos e terapeuticos [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina; 2001.

- 77- Bonica JJ. Introduction: semantic, epidemiologic, and educational issues. In: Casey KL, editor. Pain and central nervous system disease: the central pain syndromes. New York: Raven Press; 1991. p.13-29.
- 78- Siddall PJ, Yezierski RP, Loeser JD. Taxonomy and epidemiology of spinal cord injury pain. In: Yersierski RP, Burchiel KJ, editors. Spinal cord injury pain: assessment, mechanisms, management. Seattle: IASP Press; 2002. p.9-24. Progress in Pain Research and Management, vol 23.
- 79- Siddall PJ, McClelland JM, Rutkowski SB, Cousins MJ. A longitudinal study of the prevalence and characteristics of pain in the first 5 years following spinal cord injury. Pain. 2003; 103(3):249-57.
- 80- Whiteneck G, Meade MA, Dijkers M, Tate DG, Bushnik T, Forchheimer MB. Environmental factors and their role in participation and life satisfaction after spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil. 2004; 85(11):1793-803.
- 81- Hammell KW. Exploring quality of life following high spinal cord injury: a review and critique. Spinal Cord. 2004; 42(9):491-502.
- 82- Tate DG, Riley BB, Perna R, Roller S. Quality of life issues among women with physical disabilities or breast cancer. Arch Phys Med Rehabil. 1997; 78(12 Suppl 5):S18-25.
- 83- Leduc BE, Lepage Y. Health-related quality of life after spinal cord injury. Disabil Rehabil. 2002; 24(4):196-202.
- 84- Westgren N, Levi R. Quality of life and traumatic spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil. 1998; 79(11):1433-9.
- 85- Lucke KT, Coccia H, Goode JS, Lucke JF. Quality of life in spinal cord injured individuals and their caregivers during the initial 6 months following rehabilitation. Qual Life Res. 2004; 13(1):97-110.
- 86- Putzke JD, Richards JS, Dowler RN. The impact of pain in spinal cord injury: a case-control study. Rehabil Psychol. 2000; 45(4):386-401.

- 87- Price GL, Kendall M, Amsters DI, Pershouse KJ. Perceived causes of change in function and quality of life for people with long duration spinal cord injury. *Clin Rehabil.* 2004; 18(2):164-71.
- 88- Vall J, Batista-Braga VA, Almeida PC. [Central neuropathic pain and its relation to the quality of life of a person with a traumatic spinal cord injury]. *Rev Neurol.* 2006; 42(9):525-9. Spanish
- 89- Middleton J, Tran Y, Craig A. Relationship between quality of life and self-efficacy in persons with spinal cord injuries. *Arch Phys Med Rehabil.* 2007; 88(12):1643-8.
- 90- Salvador LA, Tarnhovi EG. Estudo comparativo da qualidade de vida em indivíduos com trauma raquimedular praticantes e não-praticantes de atividades físicas, utilizando o questionário genérico SF-36 [Internet] [citado 2004 Dez 20]. Disponível em: <http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/traumato/raquimedular/raquimedular.htm>
- 91- Trentini M, Silva DG, Leimann AH. Mudanças no estilo de vida enfrentadas por pacientes em condições crônicas de saúde. *Rev Gaúch Enferm.* 1990; 11(1):18-28.
- 92- Rintala D, Loubser PG, Castro J, Hart KA, Fuhrer MJ. Chronic pain in a community-based sample of men with spinal cord injury: prevalence, severity and relationship with impairment, disability, handicap, and subjective well-being. *Arch Phys Med Rehabil.* 1999; 79(6):604-14.
- 93- Widerström-Noga E. Chronic pain and nonpainful sensations after spinal cord injury: is there a relation? *Clin J Pain.* 2003; 19(1):39-47.
- 94- Lidal IB, Veenstra M, Hjeltne N, Biering-Sorensen F. Health-related quality of life in persons with long-standing spinal cord injury. *Spinal Cord.* 2008; 46(11):710-5.
- 95- Nicholson Perry K, Nicholas MK, Middleton J. Spinal cord injury-related pain in rehabilitation: a cross-sectional study of relationships with cognitions, mood and physical function. *Eur J Pain.* 2009; 13(5):511-7.

- 96- Barca Buyo A, Ferreiro Velasco ME, Montoto Marqués A, Salvador De La Barrera S, Gómez Vázquez M, Rodríguez Sotillo A. Dolor crónico después de la lesión medular: prevalencia, características y factores relacionados. *Rehabilitación*. 2004; 38(5):221-6.
- 97- Soler MD, Saurí-Ruiz J, Curcoll-Galleml ML, Benito-Penalva J, Opisso-Salleras E, Chamarro-Lusar A, et al. Características del dolor neuropático crónico y su relación con el bienestar psicológico en pacientes con lesión medular. *Rev Neurol*. 2007; 44(1):3-9.
- 98- Vall J. Braga VA. Dor neuropática central após lesão medular traumática: capacidade funcional e aspectos sociais. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2005; 9(3):404-10.
- 99- Jensen MP, Hoffman AJ, Cardenas DD. Chronic pain in individuals with spinal cord injury: a survey and longitudinal study. *Spinal Cord*. 2005; 43(12):704-12.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EE/USP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: Dor e funcionalidade na pessoa com lesão medular: implicações na qualidade de vida, que tem como objetivos: Avaliar as implicações da dor e da funcionalidade na qualidade de vida, nos pacientes com lesão medular traumática.

A pesquisa terá duração de 1 ano, com o término previsto para junho/ 2013.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de escala de qualidade de vida, questionário de dor e avaliação da funcionalidade.

Sr(a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada à sua participação. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar e divulgar o conhecimento científico para a área de enfermagem na assistência às pessoas com lesão medular e no ensino da Enfermagem.

Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Desde já agradecemos!

Rita Lacerda Aquarone - Pesquisador Principal EE/USP
Cel: (11) 996855041 e-mail: rita_lacerd@yahoo.com.br
Comitê de Ética em Pesquisa EE/USP
Telefone: (11) 3061-7548 email: edipesq@usp.br
São Paulo, ____ de _____ de 20____.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: _____ (assinatura)

APÊNDICE 2

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DOS SUJEITOS DA PESQUISA

1- Número Entrevista:		2- Data:	
3- Sexo: 3.1- () feminino 3.2- () masculino	4- Idade:		5- Estado civil:
6- Escolaridade: 6.1- () analfabeto 6.2- () sabe apenas assinar o nome 6.3- () Fundamental 6.4- () Médio 6.5- () Graduação 6.6- () Pós-Graduação		7- Ocupação: 7.1- () Desempregado 7.2- () Aposentado 7.3- () Autônomo 7.4- () Celetista 7.5- () Outros: _____	
8- Tempo/ ano de lesão:	9- Grau ou extensão: 9.1- () completa 9.2- () incompleta		10- Classificação segundo ASIA:
11- Causa da lesão (conforme CID10): 11.1- () Projétil de revólver 11.2- () acidente de trânsito, tipo especificado: _____ 11.3- () queda, salto ou empurrado, intenção não determinada: _____ 11.4- () contato com faca, espada ou punhal 11.5- () Mergulho ou pulo na água causando outro traumatismo que não afogamento ou submersão 11.6 () outros: _____		12- Complicações da lesão: 12.1- Continente Urinário: () sim () não 12.2- Continente fecal: () sim () não 12.3- Úlcera por pressão: () sim onde: _____ () não 12.4- Espasticidade: () sim () não	
Programa de Reabilitação:		() realizou tempo: _____ () em programa ainda desde: _____	

FONTE: elaborada pela autora

ANEXOS

ANEXO 1

Nas lesões completas há ausência da função motora e sensitiva abaixo do nível da lesão e nas incompletas há preservação parcial da função sensitiva e/ou motora abaixo do nível neurológico. Desta maneira, o grau de deficiência é classificado em *Asia Impairment Scale* (AIS), da seguinte forma:

- a) AIS A - lesão completa, sem função motora ou sensitiva abaixo do nível da lesão;
- b) AIS B - lesão incompleta, sem função motora abaixo do nível da lesão, porém com sensibilidade preservada;
- c) AIS C - lesão incompleta, havendo preservação da função sensitiva e motora abaixo do nível da lesão, no entanto a força muscular tem seu grau diminuído (> 0 e < 3);
- d) AIS D - lesão incompleta, havendo preservação da função sensitiva e motora abaixo do nível da lesão, com força muscular ≥ 3 e ≤ 5 ;
- e) AIS E - as funções sensitivas e motoras são normais.

ANEXO 2

Questionário de McGill – Avaliação do Padrão da Dor

Assinale, no máximo, uma expressão de cada grupo. Não assinale palavras que não se aplicam.

Escolha dentre estas, as expressões que melhor descrevam sua dor atual.

1- () 1- Vibração () 2- Tremor () 3- Pulsante () 4- Latejante () 5- Como batida () 6- Como Pancada	6- () 1- Fisgada () 2- Puxão () 3- Torção 7- () 1- Calor () 2- Queimação () 3- Fervente () 4- Em brasa 8- () 1- Formigamento () 2- Coceira () 3- Ardor () 4- Ferroada 9- () 1- Mal localizada () 2- Dolorida () 3- Machucada () 4- Doida () 5- Pesada 10- () 1- Sensível () 2- Esticada () 3- Esfolante () 4- Rachando 11- () 1- Cansativa () 2- Exhaustiva	12- () 1- Enjoada () 2- Suficante 13- () 1- Castigante () 2- Atormenta () 3- Cruel 14- () 1- Amedrontada () 2- Apavorante () 3- Aterrorizante () 4- Maldita () 5- Mortal 15- () 1- Miserável () 2- Enloquecedora 16- () 1- Chata () 2- Que incomoda () 3- Desgastante () 4- Forte () 5- Insuportável 17- () 1- Espalha () 2- Irradia () 3- Penetra () 4- Atravessa	18- () 1- Aperta () 2- Adormece () 3- Repuxa () 4- Espreme () 5- Rasga 19- () 1- Fria () 2- Gelada () 3- Congelante 20- () 1- Aborrecida () 2- Dá náuseas () 3- Agonizante () 4- Pavorosa () 5- Torturante Nº de Descritores () 1- Sensoriais () 2- Afetivos () 3- Avaliativos () 4- Miscelânea () 5- Total Índice de dor () 1- Sensoriais () 2- Afetivos () 3- Avaliativos () 4- Miscelânea () 5- Total
--	--	---	--

ANEXO 3

Escala Analógica visual para avaliação da dor.

ANEXO 4

WHOQOL – ABREVIADO

		Muito Ruim	Ruim	Nem Ruim Nem Boa	Boa	Muito Boa
1-	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2-	Quão satisfeito (a) você está com sua saúde?	1	2	3	4	5
As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.						
		Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
3-	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4-	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5-	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6-	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7-	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8-	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9-	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5
As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.						
		Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
10-	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11-	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12-	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13-	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14-	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
		Muito Ruim	Ruim	Nem Ruim Nem Bom	Bom	Muito Bom
15-	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16-	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17-	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18-	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19-	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
20-	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21-	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22-	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23-	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24-	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25-	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5
As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.						
		Nunca	Algumas Vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
26-	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

FLECK et al, 2000 - Versão em Português.

ANEXO 5

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES
HUMANOS

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

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: DOR NEUROPÁTICA CENTRAL: IMPLICAÇÕES NA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM LESÃO MEDULAR		2. CAAE:	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Rita Lacerda Aquarone			
6. CPF: 264.708.548-00	7. Endereço (Rua, n.º): PADRE ANTONIO JOSE DOS SANTOS, 530 CIDADE MONCOES apto 124 W SAO PAULO SAO PAULO 04563001		
8. Nacionalidade: BRASILEIRA	9. Telefone: (11) 2157-4415	10. Outro Telefone:	11. Email: rita_lacerd@yahoo.com.br
12. Cargo:			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: 10 / 09 / 12		Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP	14. CNPJ: 03.025.530/0023-10	15. Unidade/Órgão:	
16. Telefone: (11) 3061-7548	17. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: Diná de Almeida L. Monteiro da Cruz		CPF: 013.139.888-12	
Cargo/Função: Diretora			
Data: 10 / 09 / 2012		Assinatura Prof.ª Dr.ª Diná Monteiro da Cruz Diretora - EEUSP	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO 6

PARECER CONSUBSTANCIADO CEP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEU SP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DOR NEUROPÁTICA CENTRAL: IMPLICAÇÕES NA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM LESÃO MEDULAR

Pesquisador: Rita Lacerda Aquarone

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 06793012.5.0000.5392

Instituição Proponente:

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 123.195

Data da Relatoria: 16/10/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, do tipo transversal, exploratória, descritiva e comparativa. A pesquisa será desenvolvida com pessoas com lesão medular atendidas em duas Instituições: um Hospital-Escola Governamental com um Instituto especializado no atendimento de pessoas com afecções do aparelho locomotor e a outra, uma Instituição Beneficente, ambas localizadas no município de São Paulo. A população desse estudo será composta por indivíduos adultos com lesão medular traumática. O cálculo do tamanho amostral foi baseado numa regressão linear múltipla para modelar a qualidade de vida desses pacientes segundo as variáveis de dor, dependência funcional e outras cinco características da lesão e variáveis sociodemográficas. Critérios de inclusão: pessoas com lesão medular traumática, de ambos os sexos, com idade mínima de 18 anos, com lesão medular de extensão completa ou incompleta, com no mínimo um ano de lesão medular, que já tenham concluído um programa de reabilitação, em condições de responder verbalmente às perguntas, em assistência na instituição onde se desenvolverá a pesquisa. Critérios de exclusão: pacientes que não participaram de um programa de reabilitação, com menos de um ano de lesão, apresentarem lesão cerebral associada, como traumatismo crânio-encefálico e demais patologias que afetem suas funções cognitivas e da fala e os pacientes que referirem ausência de sensação dolorosa ou que nunca tiveram dor. Os dados serão coletados por meio de entrevista estruturada. Após a entrevista inicial serão aplicados três instrumentos: Escala de Avaliação da Dor de McGill - escala analógica de avaliação do padrão da dor; escala analógica de avaliação da intensidade da dor; escala WHOQOL-brief, versão abreviada

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município:

Telefone: (113)061--7548

Fax: (113)061--7548

E-mail: edipesq@usp.br; celiasiv@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

do WHOQOL-100. Os dados clínicos como nível e extensão ou grau da lesão, sobre o trauma e complicações decorrentes e atuais à lesão medular serão verificados no prontuário dos pacientes. Análise dos dados: os dados coletados serão organizados em um banco de dados conforme as variáveis de interesse onde serão feitos testes de associação e de significância, conforme consenso entre estatístico e pesquisadora. Os resultados serão apresentados na forma de gráficos e tabelas e discutidos, confrontando-os com a literatura nacional e internacional. Os dados serão associados e correlacionados conforme variáveis de interesse e analisados segundo nível e extensão da lesão, tempo de lesão (agudo e crônico), segundo causa externa. Tamanho da amostra: 66 indivíduos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer as implicações da dor neuropática na qualidade de vida de indivíduos com lesão medular traumática.

Objetivos Secundários:

Avaliar a dor em indivíduos com lesão medular traumática, segundo nível e extensão da lesão medular, tempo de lesão, causa externa. Avaliar a qualidade de vida em indivíduos com lesão medular traumática, segundo dor, nível e extensão da lesão medular, tempo de lesão medular. Associar a dor neuropática e qualidade de vida em indivíduos com lesão medular traumática.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Não há.

Benefícios: Estudos sobre QV mostraram que a dor pode interferir de maneira negativa na qualidade de vida do indivíduo com lesão medular, alterando seu humor, autopercepção da dificuldade em lidar com problemas advindos da lesão e ainda colaborar para o aparecimento de incapacidades. Pacientes com dor apresentam prejuízos para a vida diária de magnitude superior àqueles que, embora com lesão medular, não apresentam dor crônica associada. A identificação precoce e o tratamento adequado desses agravos contribuem para a melhora da qualidade de vida desses indivíduos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Hipótese: Pacientes com dor apresentam prejuízos para a vida diária de magnitude superior àqueles que, embora com lesão medular, não apresentam dor crônica associada. A identificação precoce e o tratamento adequado desses agravos contribuem para a melhora da qualidade de vida

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município:

Telefone: (113)061--7548

Fax: (113)061--7548

E-mail: edipesq@usp.br; celliasiv@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

desses indivíduos.

Cronograma proposto no projeto está adequado. Orçamento apresentado. Não é projeto financiado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE: o termo está apresentado na forma de convite, entretanto, há necessidade de organizar as informações contidas de modo a ficar mais claro para o sujeito participante da pesquisa.

Recomendações:

Rever o TCLE e organizar as informações contidas no mesmo, para que não se repitam.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Apesar da recomendação, o projeto não apresenta óbices éticos.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP EEUSP informa que há necessidade de registro dos relatórios: parcial e final da pesquisa, na plataforma Brasil.

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP não substitui a autorização da instituição co-participante para o início da pesquisa.

16 de Outubro de 2012

Assinador por:
Celia Maria Sivalli Campos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município:

Telefone: (113)061--7548

Fax: (113)061--7548

E-mail: edipesq@usp.br; celliasiv@usp.br

ANEXO 7

APROVAÇÃO DO PROTOCOLO DE PESQUISA CEP-EEUSP

DEPARTAMENTO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Prof. Dr. Tarcísio E.P. Barros Filho
Prof. Dr. Olavo Pires de Camargo
Prof. Dr. Gilberto Luis Camanho

Memo/CC-DOT/16/2013

São Paulo, 08 de fevereiro de 2013.

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Ana Cristina Mancussi e Faro
Pesquisadora Responsável

Ref: Protocolo de Pesquisa CEP-EEUSP (CAAE:06793012.5.0000.5392)
da Escola de Enfermagem da USP, intitulado "Dor neuropática
central: Implicações na qualidade de vida de pessoas com
lesão medular".

Pesquisadora Executante: Enfa. Rita Lacerda Aquarone

A Comissão Científica do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo **analisou e aprovou** nesta data, a solicitação para desenvolver o protocolo de pesquisa acima citado, junto ao Laboratório do Estudo do Movimento (LEM) do IOT-HCFMUSP.

Atenciosamente,

Prof. Alberto Tesconi Croci
Presidente
Comissão Científica – DOT

ANEXO 8
DECLARAÇÃO DO CHEFE DO INSTITUTO ORTOPEDIA
TRAUMATOLOGIA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que estou ciente e concordo com as etapas previstas para serem realizada no **LEM/IOT**, relativas ao projeto "Dor neuropática central: Implicações na qualidade de vida de pessoas com lesão medular", proposto pelas pesquisadoras Profa. Dra. Ana Cristina Mancussi e Faro / Enfa. Rita Lacerda Aquarone e que os respectivos procedimentos são factíveis nos prazos exigidos desde que respeitando o cronograma proposto. Participarão desta pesquisa **Profa. Júlia Maria D'Andrea Greve (Docente do DOT/ FMUSP)** e **Sileno da Silva Santos (aluno de Pós-Graduação do DOT)**.

São Paulo, 08 de fevereiro de 2013.

Assinatura e Carimbo do Responsável pelo Serviço no IOT

Profª Dra. Júlia Maria D'Andréa Greve
Coordenadora do LEM - IOT - HCFMUSP
Médica Fisiatra - CRM 26.970 - Matr. HC 24.721