



## PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA: VISÃO DE PACIENTES VÍTIMAS DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO

### PERCEPTION OF QUALITY OF LIFE: VIEW OF PATIENTS VICTIMS OF TRAUMATIC BRAIN INJURY

### PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA: VISIÓN DE PACIENTES VÍCTIMAS DE TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO

Pedro Henrique Assis Pereira da Silva<sup>1</sup>  
Márcia Oliveira Mayo Soares<sup>2</sup>  
Osmi Hamamoto<sup>3</sup>  
Cristiane Dias dos Anjos de Souza<sup>4</sup>  
Kaitiana Martins da Silva<sup>5</sup>  
Eduardo Federighi Baisi Chagas<sup>6</sup>  
Elza de Fátima Ribeiro Higa<sup>7</sup>

DOI: 10.54751/revistafoco.v15n3-027

Recebido em: 27 de Outubro de 2022

Aceito em: 01 de Novembro 2022



#### RESUMO

Introdução: Traumatismo Cranioencefálico (TCE) caracteriza-se como qualquer lesão decorrente de um trauma externo, resultando em alterações anatômicas do crânio e/ou comprometimento das funções meníngea, encefálica ou vascular, implicando em disfunções cerebrais cognitivas ou funcionais, passageiras ou permanentes. Objetivo: Analisar a percepção de qualidade de vida de pacientes vítimas de traumatismo cranioencefálico durante a reabilitação. Método: pesquisa não-experimental, descritiva exploratória, transversal, não intervencionista, com abordagem quantitativa, primário; observacional; não controlada, elaborada com a população de pacientes em acompanhamento na Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD), Unidade Ibirapuera, São Paulo. Foi aplicado um questionário sócio-demográfico, e o questionário “World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref”, dividido em 26 perguntas, e 5 domínios, em forma de entrevista com 15 pacientes em processo de reabilitação na

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina de Marília pela (FAMEMA). Avenida Monte Carmelo, 800.

E-mail: [pedro.assispereira45@gmail.com](mailto:pedro.assispereira45@gmail.com)

<sup>2</sup> Mestre em Ensino em Saúde (Famema). R. Monte Carmelo, 800, Fragata, Marília - SP, CEP: 17519-030.

E-mail: [mmayosoares@gmail.com](mailto:mmayosoares@gmail.com)

<sup>3</sup> Doutorado em Ciências Médicas, em Clínica Cirúrgica (FAMEMA). Avenida Monte Carmelo, 800. Clínica Cirúrgica.

E-mail: [osmihamamoto@yahoo.com.br](mailto:osmihamamoto@yahoo.com.br)

<sup>4</sup> Pós-graduada em pesquisa clínica pela Universidade de São Paulo (USP). Associação de assistência a criança deficiente AACD. E-mail: [crizinha-anjos@hotmail.com](mailto:crizinha-anjos@hotmail.com)

<sup>5</sup> Doutorado em Ciências da Saúde. Associação de Assistência à Criança Deficiente. Rua Pedro de Toledo, 1620, Vila Clementino, São Paulo - SP. E-mail: [kaitianafisi@gmail.com](mailto:kaitianafisi@gmail.com)

<sup>6</sup> Doutorado em Desenvolvimento Humano e Tecnologias pela Universidade Estadual Paulista (UNESP). Universidade de Marília (UNIMAR). Avenida Hygino Muzzy Filho, 1001, Marília - SP, CEP: 17525-902. E-mail: [efbchagas@gmail.com](mailto:efbchagas@gmail.com)

<sup>7</sup> Doutorado em Gerenciamento e Liderança em Saúde. Avenida Monte Carmelo, 800. E-mail: [hiri fael@gmail.com](mailto:hiri fael@gmail.com)

AACD, selecionados de acordo com os critérios de inclusão. Resultados e discussão: 46,7% dos pacientes avaliaram sua qualidade de vida como “Boa” ou “Muito boa”. O domínio “Meio Ambiente” apresentou o maior valor médio, e o domínio “Físico”, o menor. Foram encontradas correlações moderadas entre idade e domínio psicológico ( $r=0,316$ ) e entre escolaridade e domínio físico ( $r=0,374$ ). Apenas as questões 4, 6, 10, 12 e 24 apresentaram significância estatística ( $p<0,05$ ). Conclusão: barreiras ambientais e habitacionais, como segurança, poluição, transporte, e moradia aparentam dificultar a realização de atividades do dia-a-dia pelos pacientes. Aspectos físicos, dores, locomoção e satisfação pessoal aparentam ter menor impacto na percepção de qualidade de vida dos pacientes.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida; reabilitação; traumatismos craniocerebrais.

### ABSTRACT

**Introduction:** Traumatic Brain Injury (TBI) is characterized as any injury resulting from an external trauma, resulting in anatomical alterations of the skull and/or impairment of meningeal, brain or vascular functions, resulting in cognitive or functional brain dysfunctions, transient or permanent. **Objective:** To analyze the perception of quality of life of patients with traumatic brain injury during rehabilitation. **Method:** non-experimental, descriptive, exploratory, cross-sectional, non-interventionist research, with a quantitative, primary approach; observational; uncontrolled, developed with the population of patients being followed up at the Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD), Ibirapuera Unit, São Paulo. A socio-demographic questionnaire was applied, and the “World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref” questionnaire, divided into 26 questions, and 5 domains, in the form of an interview with 15 patients undergoing rehabilitation at the AACD, selected according to with the inclusion criteria. **Results and discussion:** 46.7% of patients rated their quality of life as “Good” or “Very good”. The “Environment” domain presented the highest average value, and the “Physical” domain, the lowest. Moderate correlations were found between age and psychological domain ( $r=0.316$ ) and between schooling and physical domain ( $r=0.374$ ). Only questions 4, 6, 10, 12 and 24 were statistically significant ( $p<0.05$ ). **Conclusion:** environmental and housing barriers, such as security, pollution, transport, and housing seem to make it difficult for patients to perform day-to-day activities. Physical aspects, pain, locomotion and personal satisfaction seem to have less impact on patients' perception of quality of life.

**Keywords:** Quality of life; rehabilitation; craniocerebral injuries.

### RESUMEN

**Introducción:** El Traumatismo Craneoencefálico (TCE) se caracteriza como toda lesión resultante de un traumatismo externo, que resulte en alteraciones anatómicas del cráneo y/o deterioro de las funciones meníngeas, cerebrales o vasculares, resultando en disfunciones cerebrales cognitivas o funcionales, transitorias o permanentes. **Objetivo:** Analizar la percepción de la calidad de vida de los pacientes con trauma craneoencefálico durante la rehabilitación. **Método:** investigación no experimental, descriptiva, exploratoria, transversal, no intervencionista, con enfoque cuantitativo, primario; de observación; no controlado, desarrollado con la población de pacientes en seguimiento en la Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD), Unidad de Ibirapuera, São Paulo. Se aplicó un cuestionario sociodemográfico y el cuestionario “World Health Organisation Quality of Life – WHOQOL-bref”, dividido en 26 preguntas y 5 dominios, en forma de entrevista a 15 pacientes en rehabilitación en la AACD, seleccionados según con los criterios de inclusión. **Resultados y discusión:** El 46,7% de

los pacientes calificaron su calidad de vida como “Buena” o “Muy buena”. El dominio “Ambiente” presentó el valor promedio más alto y el dominio “Físico” el más bajo. Se encontraron correlaciones moderadas entre la edad y el dominio psicológico ( $r=0,316$ ) y entre la escolaridad y el dominio físico ( $r=0,374$ ). Solo las preguntas 4, 6, 10, 12 y 24 fueron estadísticamente significativas ( $p<0,05$ ). Conclusión: las barreras ambientales y habitacionales, como la seguridad, la contaminación, el transporte y la vivienda parecen dificultar el desempeño de las actividades cotidianas de los pacientes. Los aspectos físicos, el dolor, la locomoción y la satisfacción personal parecen tener menor impacto en la percepción de la calidad de vida de los pacientes.

**Palabras clave:** Calidad de vida; rehabilitación; lesiones craneoencefálicas.

## 1. Introdução

O Traumatismo Cranioencefálico (TCE) caracteriza-se como qualquer lesão decorrente de um trauma externo, resultando em alterações anatômicas do crânio e/ou comprometimento da função das meninges, do encéfalo ou de seus vasos, implicando em disfunções cerebrais cognitivas ou funcionais, passageiras ou permanentes (BRASIL, 2015). Entre os tipos de trauma responsáveis pelo TCE, destacam-se os acidentes automobilísticos, as quedas, especialmente entre idosos, e as causas violentas, como ferimentos por armas de fogo e armas brancas (RODRIGUES, 2014). Em relação à população, a maior parte dos acometidos por um TCE é referente a homens entre 21 e 49 anos, o que entra em consonância com o fato de 71% dos acidentes automobilísticos no Brasil serem causados por homens (SÃO PAULO, 2019) e de 94,6% dos jovens assassinados também serem do sexo masculino (IPEA, 2018).

As alterações, ou sequelas, decorrentes de um TCE, moderado ou grave, são muito variadas e podem se manifestar a curto e a longo prazo, a maioria delas gerando algum grau de invalidez com o tempo. Os principais campos que envolvem essas alterações são o físico, o cognitivo, o emocional, o comportamental e o comunicativo, os quais afetam diversas esferas sociais do indivíduo, especialmente seu aprendizado, suas relações sociais, familiares, profissionais e sua independência, as quais podem interferir negativamente na qualidade de vida do indivíduo (GIFRE *et al.*, 2015).

O primeiro passo para reestabelecer o bem-estar de uma pessoa vítima

de TCE é a reabilitação, a qual, em sentido amplo, é entendida como um processo que visa alcançar o potencial máximo das habilidades físicas, sensoriais, mentais e sociais, resultando na obtenção de independência e autodeterminação. No caso de um TCE, a reabilitação é dividida em cinco fases (BRASIL, 2015): fase pré-trauma (período anterior ao trauma); fase aguda (período compreendido entre a assistência por parte da equipe de resgate, até a internação hospitalar em Centro Terapia Intensiva ou Unidade de Terapia Intensiva (CTI/UTI); fase intensiva (do CTI/UTI até a alta hospitalar, após o diagnóstico e tratamento); fase de recuperação (envolve a avaliação das habilidades e das sequelas presentes, a fim de elaborar um programa de reabilitação adequado) e, fase ambulatorial (adaptação ao novo estilo de vida, nas esferas pessoal, profissional e social, realizando os ajustes necessários).

Após o início desse processo de reabilitação, além das alterações físicas, pacientes vítimas de TCE passam a ter vários aspectos pessoais afetados negativamente, como a sua rede social, o que resulta em uma dificuldade em manter uma integração plena na sociedade (GIFRE *et al.*, 2014). Esses fatores, por sua vez, interferem na percepção de qualidade de vida dessas pessoas, a qual tende a se relacionar com cinco fatores principais: família e amigos; apoio psicológico em longo prazo; o tipo e a gravidade da lesão; participação do paciente e de seus familiares na sociedade; “invisibilidade” social do TCE (GIFRE *et al.*, 2014).

Diante desse cenário e da escassez de publicações científicas referentes a aspectos psicossociais do TCE (WEBER, 2016), percebe-se a necessidade de um estudo que aborde os fatores que relacionam com a qualidade de vida em pacientes vítimas de TCE, a fim de demonstrar as necessidades de saúde dessa parcela populacional, oferecer informações atuais e relevantes para os pacientes, seus familiares, favorecer ferramentas mais eficazes aos profissionais de saúde para o tratamento e orientação dessas pessoas.

Acredita-se que a partir de um TCE, novos estados físicos, sociais e psicológicos decorrentes da lesão, aliados à bagagem biopsicossocial e ao processo de reabilitação, podem evidenciar indicadores referentes à autonomia, à estrutura familiar e social e à ambiência, levando a manifestações na

percepção da qualidade de vida. Assim, suscita-se a seguinte questão norteadora da pesquisa: qual a percepção da qualidade de vida de pacientes vítimas de traumatismo cranioencefálico durante a reabilitação? Por último, o objetivo dessa pesquisa é:

compreender a percepção da qualidade de vida de pacientes vítimas de traumatismo cranioencefálico durante a reabilitação.

## 2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa não experimental, descritiva exploratória, transversal, não intervencionista, com abordagem quantitativa, e qualitativa, primário; observacional; não controlado (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006) elaborada com a população de pacientes em acompanhamento na Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD), Unidade Ibirapuera, São Paulo.

A pesquisa quantitativa caracteriza-se pela coleta e análise de dados quantitativos sobre certas variáveis, o que possibilita identificar a natureza profunda das realidades, seu sistema de relações e sua estrutura dinâmica. Também pode determinar a força de associação ou correlação entre variáveis, a generalização e objetivação dos resultados por meio de uma amostra que faça inferência a uma população (ESPERÓN, 2017).

Foi realizada uma pesquisa de campo, a qual é utilizada para conseguir informações e/ou conhecimentos sobre um problema, para o qual se procura uma resposta, que se queira comprovar através da observação de fatos e fenômenos tal como ocorrem espontaneamente, a partir da coleta de dados a eles referentes e do registro de variáveis que se presume relevantes, para analisá-los (LAKATOS; MARCONI, 2003).

Considerando as resoluções do Conselho Nacional de Saúde 466/12 e 510/16, o projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que Envolve Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília (Famema) e pelo CEP da AACD com os pareceres 3.520.967 e 3.668.598, respectivamente. Dessa forma, o início da coleta conta com autorização, por meio da aprovação de ambos. Antes de responder o questionário, os participantes e seus

responsáveis devem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto será avaliado pelos Comitês de Ética da Famema e da AACD, por meio da Plataforma Brasil. (BRASIL, 2013; 2016).

A coleta de dados foi realizada no setor de fisioterapia aquática da Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD), Unidade Ibirapuera, São Paulo e contou com a participação de 15 pacientes, de ambos os sexos, entre 18 e 59 anos, vítimas de TCE, em processo de reabilitação.

Não foram considerados pacientes com comorbidades psiquiátricas e/ou que fizeram uso de algum medicamento psicotrópico nos últimos 6 meses a partir da data da entrevista.

Os dados da pesquisa de campo começaram a ser coletados no em Janeiro de 2020, conforme a disponibilidade de ambas as partes. Esse processo contou com a cooperação da responsável pela parte de coleta na AACD, a partir de dois instrumentos.

Primeiramente, um questionário sócio-demográfico foi aplicado para a caracterização da população da pesquisa.

Em seguida foi aplicado o questionário “World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref” (THE WHOQOL GROUP, 1995) em forma de entrevista direta com o paciente sob a supervisão da responsável pela instituição, Cristiane Dias dos Anjos de Souza, no início ou ao término do seu tratamento, após a aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O questionário conta com 26 questões que avalia quatro parâmetros: físico (7 perguntas), psicológico, (6 perguntas), social, (3 perguntas) e ambiental (8 perguntas), sendo que a questões 1 e 2 são referentes à qualidade de vida geral. As respostas seguem à escala de Likert, valendo de 1 a 5 pontos.

Apesar de ter sido desenvolvido para ser autoaplicável, a alta heterogeneidade entre os graus de instrução e cognição dos pacientes atendidos no hospital demanda a sua aplicação em forma de entrevista.

As variáveis qualitativas estão descritas pela distribuição de frequência relativa (%) e absoluta (*f*). As variáveis quantitativas estão descritas pela média, desvio-padrão (DP), amplitude, valor mínimo, valor máximo e coeficiente variação (CV%). Para analisar as diferenças significativas entre as distribuições

de frequência foi realizado o teste do Qui-quadrado para proporção. Para analisar a correlação entre a qualidade de vida e variáveis sociodemográficas foi realizado o teste de Spearman. Para a classificação das correlações ( $r$ ), foram considerados os seguintes valores:  $\geq 0,70$  correlação forte;  $0,30 < r < 0,70$  correlação moderada;  $0,1 < r \leq 0,30$  correlação fraca. Para todas as análises foi utilizado o software SPSS versão 19.0 for windows, sendo adotado nível de significância de 5%.

### 3. Resultados

A Tabela 1 exhibe as características sócio-demográficas da amostra estudada. Houve prevalência do sexo masculino (80%) sobre o feminino (20%); todos os participantes tinham idades entre 18 e 59 anos, com uma média de 34,07 anos. Observou-se predominância (40%) de participantes com EM completo, seguido daqueles com EM incompleto (33,3%). Em relação ao estado civil, 73% são solteiros, e apenas 6,7% são casados. No que tange à religiosidade, mais da metade (60%) afirma ter alguma, sem maiores especificações. Quanto à ocupação atual, a maioria não realiza nenhuma atividade, seja por estar aposentado (20%), ou desempregado (66,7%). Por fim, notou-se grande predomínio de uma locomoção individual, representada pelo uso do carro (73,3%), em comparação aos transportes públicos, como ônibus (13,3%) e metrô (6,7%).

A partir das respostas obtidas com o questionário WHOQOL-bref, com uso da Escala Likert (variação de 1 a 5), obteve-se uma média geral de 3,58 e médias individuais por questão, descritas na Tabela 2. Dentre estas, as que tiveram menores resultados foram sobre recurso financeiro (Q12), oportunidades de lazer (Q14), locomoção (Q15) e sentimentos negativos (Q26) com 2,80, 2,93, 2,80 e 2,07 respectivamente. Os maiores resultados foram sobre tratamento médico (Q4), sentido da vida (Q6), energia diária (Q10) e meio de transporte (Q25) com 4,93, 4,60, 4,53 e 4,33 respectivamente.

Tabela 1: Distribuição de frequência absoluta (N) e relativa (%) das características sociodemográficas da amostra

VARIÁVEL	CLASSIFICAÇÃO	N	%	p-valor
SEXO	Masculino	12	80	0,020*
	Feminino	3	20	
ESCOLARIDADE	EF incompleto	1	6,7	0,119
	EM incompleto	5	33,3	
	EM completo	6	40	
	ES incompleto	1	6,7	
	Pós-graduação	2	13,3	
ESTADO CIVIL	Solteiro	11	73,3	<0,001*
	Casado	1	6,7	
	União estável	1	6,7	
	Viúvo	2	13,3	
RELIGIOSIDADE	Sim	9	60	0,439
	Não	6	40	
OCUPAÇÃO ATUAL	Administração	1	6,7	0,002*
	Entregas	1	6,7	
	Desempregado	10	66,7	
	Aposentado	3	20	
MOBILIDADE	Carro	11	73,3	<0,001*
	Metrô	1	6,7	
	Ônibus	2	13,3	
	Ambulância	1	6,7	

Nota: \* indica diferença significativa na distribuição das respostas pelo teste do Qui-quadrado para proporção (p-valor  $\leq$  0,05).

Tabela 2: Resultados por questão do WHOQOL- BREF

QUESTÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	COEFICIENTE DE VARIAÇÃO	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO	AMPLITUDE
Q1	3,4	1,18	34,8	1	5	4
Q2	3,53	1,25	35,26	1	5	4
Q3	3,2	1,42	44,51	1	5	4
Q4	4,93	0,26	5,23	4	5	1
Q5	3,47	1,46	42,04	1	5	4
Q6	4,6	1,06	22,95	1	5	4
Q7	3,4	1,35	39,77	1	5	4
Q8	3,67	1,35	36,69	1	5	4
Q9	4,07	1,03	25,4	2	5	3
Q10	4,53	0,74	16,39	3	5	2
Q11	3,73	1,44	38,51	1	5	4
Q12	2,8	1,08	38,65	1	5	4
Q13	3,93	1,1	27,96	1	5	4
Q14	2,93	1,44	49,01	1	5	4
Q15	2,8	1,26	45,18	1	5	4
Q16	3,47	1,41	40,6	1	5	4
Q17	3,73	1,22	32,75	1	5	4
Q18	3,33	1,5	44,88	1	5	4
Q19	3	1,46	48,8	1	5	4
Q20	3,27	1,58	48,36	1	5	4

Q21	3,2	1,37	42,91	1	5	4
Q22	3,33	1,63	48,99	1	5	4
Q23	4,2	1,01	24,15	2	5	3
Q24	4,27	1,1	25,78	2	5	3
Q25	4,33	0,72	16,7	3	5	2
Q26	2,07	1,1	53,22	1	4	3

Em relação ao coeficiente de variação das respostas, também descritos na Tabela 2, os maiores números foram encontrados nos assuntos relacionados a oportunidades de lazer (Q14), satisfação pessoal (Q19), apoio de amigos (Q22) e sentimentos negativos (Q26), com 49,01%, 48,80%, 48,99% e 53,22% respectivamente. As menores variações estão relacionadas com tratamento médico (Q4), sentido da vida (Q6), energia diária (Q10) e meio de transporte (Q25) com 5,23%, 22,95%, 16,39% e 16,70% respectivamente.

Tabela 3: Resultados por domínios do WHOQOL-BREF

DOMÍNIO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	COEFICIENTE DE VARIAÇÃO	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO	AMPLITUDE
Físico	12,42	2,86	23,04	8	16,57	8,57
Psicológico	14,76	3,56	24,14	8	19,33	11,33
Relações Sociais	13,07	4,97	38,02	4	20	16
Meio Ambiente	15,1	1,83	12,15	13	18	5
Auto-avaliação da QV	13,87	4,1	29,59	6	20	14
<b>TOTAL</b>	<b>13,97</b>	<b>2,41</b>	<b>17,27</b>	<b>10,62</b>	<b>17,38</b>	<b>6,77</b>

Ao considerar as médias por domínios, presentes na Tabela 3, obteve-se uma variação de 12,42 a 15,10. O domínio físico apresentou o menor resultado, com 12,42. Ele trata sobre questões de dores, locomoção e satisfação pessoal. O segundo menor resultado se deu no domínio relações sociais com 13,07. Tal domínio considera questões sobre satisfação com amigos e familiares, apoio e vida sexual. O domínio de auto-avaliação da QV apresentou média de 13,87 e o psicológico de 14,76, sendo que este último aborda o sentido da vida, concentração, aceitação e sentimentos negativos. A maior média é referente ao domínio do meio ambiente, que alcançou 15,10, e trata de segurança diária,

poluição, transporte, saúde, acesso a informação e moradia.

Ao analisar os coeficientes de variação dos domínios, observa-se 17,27% para a avaliação geral. Os domínios de relações sociais, de meio ambiente, físico, psicológico e a auto avaliação de QV obtiveram um coeficiente de variação de 38,02%, 12,15%, 23,04%, 24,14% e 29,59%, respectivamente.

Na correlação entre QV, por domínios e total, e variáveis sócio-demográficas, expressa na Tabela 4, foram excluídas as variáveis Estado Civil, Ocupação e Mobilidade, pois o teste paramétrico de Spearman é indicado apenas para variáveis qualitativas ordinais ou para qualitativas nominais dicotômicas.

Não houve significância estatística entre os domínios e as variáveis sócio-demográficas. Obteve-se apenas uma correlação moderada entre o domínio Psicológico e Idade ( $r=0,316$ ) e entre o domínio Físico e Escolaridade ( $r=0,374$ ).

A Tabela 5, por sua vez, expressa a distribuição das respostas dos participantes, comparando-as entre si pelo Teste de Qui-quadrado. Nota-se que houve diferença significativa nas questões 4, 6, 10, 12 e 24, que abordam temas de tratamento médico, sentido da vida, energia para o dia a dia, estabilidade financeira e acesso a serviços de saúde, respectivamente. Em relação as perguntas 4, 6 e 10, foram obtidos valores de 93,3%, 80% e 66,7% de respostas “Extremamente” pelos participantes, respectivamente. Já no que tange a questão 12, 66,7% das respostas foram do tipo “Muito pouco”. Por fim, pode-se notar que 60% das respostas da pergunta 24 foram do tipo “Muito satisfeito”

Tabela 4: Análise da correlação entre qualidade de vida (domínio e total) com variáveis sociodemográficas

Variáveis	Qualidade de Vida											
	Físico		Psicológico		Relações Sociais		Meio Ambiente		Auto-avaliação da QV		WHOQOL	
	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor
IDADE	0,102	0,719	0,316	0,251	-0,065	0,818	0,243	0,384	0,224	0,421	0,199	0,476
SEXO	0,136	0,63	0,077	0,784	0,078	0,783	0,137	0,626	0	1	0,077	0,784
ESCOLARIDADE	0,374	0,17	0,176	0,531	0,22	0,432	0,221	0,43	0,224	0,421	0,283	0,307
RELIGIOSIDADE	-0,079	0,78	-0,237	0,395	0,016	0,955	-0,272	0,327	-0,016	0,955	-0,111	0,695

Nota: \* indica correlação significativa pelo teste não paramétrico de Spearman; coeficiente de correlação (r); p-valor calculado pelo teste de correlação de Spearman.

Para a classificação das correlações (r), foram considerados os seguintes valores:  $r \geq 0,70$  correlação forte;  $0,30 < r < 0,70$  correlação moderada;  $0,1 < r \leq 0,30$  correlação fraca.

Tabela 5: Distribuição de frequência absoluta (N) e relativa (%) das respostas do WHOQOL pelos participantes

Questão	Resposta	N	%	p-valor
P1	Muito ruim	1	6,7	0,504
	Ruim	2	13,3	
	Nem ruim nem boa	5	33,3	
	Boa	4	26,7	
	Muito boa	3	20	
P2	Muito insatisfeito	1	6,7	0,615
	Insatisfeito	2	13,3	
	Nem insatisfeito nem satisfeito	4	26,7	
	Satisfeito	4	26,7	
	Muito satisfeito	4	26,7	
P3	Nada	3	20	0,172
	Mais ou menos	7	46,7	
	Bastante	1	6,7	
	Extremamente	4	26,7	
P4	Bastante	1	6,7	0,001*
	Extremamente	14	93,3	
P5	Nada	2	13,3	0,736
	Muito pouco	2	13,3	
	Mais ou menos	3	20	
	Bastante	3	20	
	Extremamente	5	33,3	
P6	Nada	1	6,7	0,001*
	Bastante	2	13,3	
	Extremamente	12	80	
P7	Nada	2	13,3	0,504
	Muito pouco	1	6,7	
	Mais ou menos	5	33,3	
	Bastante	3	20	
	Extremamente	4	26,7	
P8	Nada	2	13,3	0,737
	Mais ou menos	4	26,7	
	Bastante	4	26,7	
	Extremamente	5	33,3	

P9	Muito pouco	1	6,7	0,172
	Mais ou menos	4	26,7	
	Bastante	3	20	
	Extremamente	7	46,7	
P10	Mais ou menos	2	13,3	0,022*
	Bastante	3	20	
	Extremamente	10	66,7	
P11	Nada	1	6,7	0,119
	Muito pouco	3	20	
	Mais ou menos	2	13,3	
	Bastante	2	13,3	
	Extremamente	7	46,7	
P12	Nada	3	20	0,002*
	Mais ou menos	10	66,7	
	Bastante	1	6,7	
	Extremamente	1	6,7	
P13	Nada	1	6,7	0,269
	Mais ou menos	3	20	
	Bastante	6	40	
	Extremamente	5	33,3	
P14	Nada	3	20	0,955
	Muito pouco	3	20	
	Mais ou menos	4	26,7	
	Bastante	2	13,3	
	Extremamente	3	20	
P15	Muito ruim	2	13,3	0,615
	Ruim	5	33,3	
	Nem ruim nem boa	4	26,7	
	Boa	2	13,3	
	Muito boa	2	13,3	
P16	Muito insatisfeito	2	13,3	0,323
	Insatisfeito	1	6,7	
	Nem insatisfeito nem satisfeito	5	33,3	
	Satisfeito	2	13,3	
	Muito satisfeito	5	33,3	
P17	Muito insatisfeito	1	6,7	0,323
	Insatisfeito	1	6,7	
	Nem insatisfeito nem satisfeito	4	26,7	
	Satisfeito	4	26,7	
	Muito satisfeito	5	33,3	
P18	Muito insatisfeito	2	13,3	0,736
	Insatisfeito	3	20	
	Nem insatisfeito nem satisfeito	3	20	
	Satisfeito	2	13,3	
	Muito satisfeito	5	33,3	
P19	Muito insatisfeito	3	20	0,999
	Insatisfeito	3	20	
	Nem insatisfeito nem satisfeito	3	20	
	Satisfeito	3	20	
	Muito satisfeito	3	20	
P20	Muito insatisfeito	4	26,7	0,978
	Nem insatisfeito nem satisfeito	3	20	
	Satisfeito	4	26,7	
	Muito satisfeito	4	26,7	

P21	Muito insatisfeito	3	20	0,323
	Insatisfeito	1	6,7	
	Nem insatisfeito nem satisfeito	3	20	
	Satisfeito	6	40	
	Muito satisfeito	2	13,3	
P22	Muito insatisfeito	4	26,7	0,865
	Nem insatisfeito nem satisfeito	3	20	
	Satisfeito	3	20	
	Muito satisfeito	5	33,3	
P23	Insatisfeito	1	6,7	0,068
	Nem insatisfeito nem satisfeito	3	20	
	Satisfeito	3	20	
	Muito satisfeito	8	53,3	
P24	Insatisfeito	2	13,3	0,016*
	Nem insatisfeito nem satisfeito	1	6,7	
	Satisfeito	3	20	
	Muito satisfeito	9	60	
P25	Nem insatisfeito nem satisfeito	2	13,3	0,247
	Satisfeito	6	40	
	Muito satisfeito	7	46,7	
P26	Nunca	6	40	0,506
	Algumas vezes	4	26,7	
	Frequentemente	3	20	
	Muito frequentemente	2	13,3	

Nota: \* indica diferença significativa na distribuição das respostas pelo teste do Qui-quadrado para proporção ( $p$ -valor  $\leq 0,05$ ).

#### 4. Discussão

Inicialmente, pode-se afirmar que a amostra deste estudo, apesar de limitada, está em consonância com dados de estudos brasileiros prévios de maior porte, nos quais pode-se notar que a maioria dos pacientes abordados é composta por homens jovens e possui ao menos EF completo (15,16). Pessoas do sexo masculino tem maior risco de sofrerem acidentes automobilísticos e de se envolverem com eventos violentos, já que muitos utilizam veículos como forma de trabalho e são potencialmente mais agressivos (18). Já o fato de 73% dos participantes ser solteiro pode indicar uma dificuldade relacional, possivelmente atrelada às sequelas do TCE.

Em relação a Ocupação, apesar de os motivos para o desemprego não terem sido abordados no questionário, o resultado de 66,7% não estar ocupado no momento é significativo, e pode estar relacionado com limitações físicas e cognitivas decorrentes do TCE, assim como demonstra um estudo retrospectivo de 2018, realizado na Alemanha, com 43 pacientes, em que foi observado que

53% deles encontrava-se desempregado devido ao TCE (17).

No que tange o meio de transporte, o fato de a maioria dos pacientes utilizar carro, pode expressar o pouco preparo e eficiência do transporte público em garantir segurança e acessibilidade para pessoas com certas limitações de locomoção.

No que tange à aplicação do WHOQOL-Bref, não há um ponto de corte na literatura que classifique os valores obtidos. O domínio físico obteve o valor mais baixo, o que vai de encontro a um estudo observacional realizado com 31 pacientes vítimas de traumatismo cranioencefálico no Japão, que evidenciou que, após 1 ano do trauma, 25% dos pacientes apresentaram distúrbios cognitivos, comportamentais e físicos (“Rehabilitation needs and participation restriction in patients with cognitive disorder in the chronic phase of traumatic brain injury”). Observa-se que esse domínio detém o segundo menor coeficiente de variação, o que mostra que há uma menor variabilidade na avaliação dos indivíduos sobre este domínio.

Já o domínio do meio ambiente alcançou o maior valor, o que pode sugerir uma maior acessibilidade a esse grupo populacional, em questões de transporte, moradia e acesso a informação, embora não tenham sido encontrados dados na literatura que possam embasar esse achado.

Observou-se que em relação à correlação entre os domínios e quatro das variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, escolaridade e religiosidade) não houve significância estatística em nenhum ponto. No entanto, nota-se que houve correlação moderada ( $0,30 < r < 0,70$ ) entre o domínio psicológico e idade ( $r=0,316$ ) e o domínio físico e escolaridade ( $r=0,374$ ). No que tange ao primeiro, o resultado encontrado vai ao encontro dos achados de um estudo semelhante sobre preditores de qualidade de vida após um TCE, em que foi encontrado um  $r=0,330$  (Predictors of quality of life after moderate to severe traumatic brain injury). Assim, nota-se que a idade do indivíduo vítima de TCE interfere de alguma forma em seus estados emocional e psíquico. Em relação ao segundo, 86,7% dos pacientes não tem Ensino Superior completo, o que pode evidenciar essa relação. Além disso, esse dado pode justificar em parte uma maior dificuldade para ser empregado, o que pode estar relacionado aos achados de

um estudo americano (How Do Intensity and Duration of Rehabilitation Services Affect Outcomes From Severe Traumatic Brain Injury? A Natural Experiment Comparing Health Care Delivery Systems in 2 Developed Nations) feito com 274 pacientes o qual evidenciou que o status de emprego pré-lesão é um dos preditores significativos de bom status funcional em 12 meses após a TCE.

Em relação à aplicação do WHOQOL-bref, em que houve diferença significativa apenas nas questões 4, 6, 10, 12 e 24, pode-se apontar, em relação às perguntas 4 e 24, a importância de um acompanhamento multidisciplinar para pacientes vítimas de TCE, uma vez que não se trata apenas de tratamento médico, mas sim de uma gama de opções terapêuticas interligadas, além da necessidade de serem minimamente acessíveis fisicamente, tornando-se indispensável na visão dos próprios pacientes. Já as questões 6 e 10 indicam uma possível quebra de senso comum. Pode-se afirmar isso, posto que muitos acreditam que diversos pacientes deixam de ver sentido na vida ou tornam-se depressivos ou ansiosos após um TCE grave. Apesar de ser verdade em muitos casos, os pacientes avaliados, em sua maioria, apontaram como “Extremamente” ao serem questionados se sentem energia no dia a dia e se enxergam sentido na própria vida. Por último, a questão 12 indica a dificuldade financeira que muitos pacientes enfrentam: a árdua entrada ou o retorno ao mercado de trabalho, associada a uma ínfima ou até ausente remuneração, implicando em um obstáculo muito significativo na visão dessas pessoas.

## 5. Conclusão

A partir do exposto, pode-se concluir que barreiras ambientais e habitacionais, como segurança, poluição, transporte, e moradia aparentam dificultar a realização de atividades do dia-a-dia pelos pacientes. Já aspectos físicos, dores, locomoção e satisfação pessoal indicam um menor impacto na percepção de qualidade de vida dos pacientes. Diante disso, aponta-se a importância de novas pesquisas nessa área, a fim de se construir ações eficazes de apoio, assistência para a população vítima de traumatismos cranioencefálicos, com subsequente melhora da sua qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com traumatismo cranioencefálico**. Brasília, 2015. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_reabilitacao\\_pessoa\\_traumatismo\\_cranioencefalico.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_traumatismo_cranioencefalico.pdf). Acesso em: 18 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 150, p. 59, 13 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 153, p. 44, 24 maio 2016.

ESPERÓN, J. M. T. Pesquisa quantitativa na ciência da Enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. e20170027, 2017. DOI: 10.5935/1414-8145.20170027.

GIFRE, M. *et al.* ¿Y después del accidente? Las necesidades psicosociales de las personas con traumatismo craneoencefálico y de sus familiares. **Gac. Sanit.**, Barcelona, v. 29, p. 60-65, 2015. DOI: 10.1016/j.gaceta.2015.02.002.

LAKATOS, E. V.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia de pesquisa**. São Paulo: Mcgraw-Hill, 2006.

CERQUEIRA, F. et al. Atlas da violência. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

SÃO PAULO (cidade). Prefeitura Municipal. Companhia de Engenharia de Tráfego. Relatório anual de acidentes de trânsito: dados estatísticos dos acidentes de trânsito com vítimas ocorridos no município de São Paulo em 2018. São Paulo: CETSP, 2019.

THE Whoqol Group: The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995. DOI: 10.1016/0277-9536(95)00112-k.

WEBER, K. T. *et al.* Predictors of quality of life after moderate to severe traumatic brain injury. **Arq. Neuropsiquiatr.**, São Paulo, v. 74, n. 5, p. 409-415, 2016. DOI: 10.1590/0004-282X20160053.