

RITA DE CÁSSIA ALMEIDA VIEIRA

QUALIDADE DE VIDA DAS VÍTIMAS DE TRAUMA  
CRANIOENCEFÁLICO EM SERGIPE

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós Graduação  
em Medicina da Universidade Federal de Sergipe  
como requisito à obtenção do grau de Mestre em  
Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Edilene Curvelo Hora

ARACAJU  
2011

RITA DE CÁSSIA ALMEIDA VIEIRA

QUALIDADE DE VIDA DAS VÍTIMAS DE TRAUMA  
CRANIOENCEFÁLICO EM SERGIPE

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós graduação em Medicina da Universidade Federal de Sergipe como requisito à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Edilene Curvelo Hora  
Presidente

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Luzia Aparecida Urbano  
1º Examinadora

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Cristiane Franca Lisboa Gois  
2º Examinadora

PARECER

---

---

---

---

---

---

---

DEDICATÓRIA

*Ao meu filho, Daniel, por toda força, incentivo, superação e amor.*

*Ao meu marido Daniel, que sempre foi cúmplice, amigo, companheiro. Obrigada por todo carinho, amor dedicação e por acreditar em minha capacidade de vencer desafios.*

## AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Edilene Curvelo Hora, que acreditou em meu sonho. Obrigada pelo aprimoramento científico, paciência, compreensão, dedicação e pela honra de admitir-me como sua orientanda. Você é um exemplo de dedicação e entusiasmo pela enfermagem, em especial pelo trauma.

Aos meus avôs, Edildécio e Maria de Lourdes (*in memoriam*), que sempre acreditaram em minha capacidade de vencer e lutar.

Aos meus pais e irmãs pela paciência, força e apoio nas horas difíceis.

Ao Programa de Pós Graduação da Universidade Federal de Sergipe e a todos os professores que contribuíram para o curso de mestrado. Em especial ao professor Dr. Ricardo Gurgel por todo carinho, compreensão e contribuição.

A amiga Isabel Morais, pela força e apoio nas horas difíceis.

Aos amigos do mestrado e doutorado, em especial, Andréa Centenaro, Renata Marinho, Marise Simon e Genilde por dividirem os conhecimentos científicos e pelo companheirismo em momentos únicos, que sempre estarão em minhas lembranças.

As professoras Cristiane Franca, Valmira dos Santos e Luzia Aparecida pela generosidade, compreensão, competência e contribuição durante a qualificação desta dissertação.

Aos funcionários do Centro de especialidades médicas de Sergipe e Serviço de Arquivo Médico do Hospital de Urgência de Sergipe Governador João Alves Filho, pela ajuda na busca dos prontuários necessários a esta pesquisa.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Perfil sócio-demográfico das vítimas de TCE, segundo o gênero, estado civil, procedência, escolaridade, profissão, mudança de situação conjugal e retorno à ocupação anterior após o trauma, Sergipe, 2009/2010 .....	32
<b>Tabela 2</b>	Comportamentos de risco das vítimas de TCE, segundo o mecanismo do trauma, número de lesões e suspeita de ingestão de bebida alcoólica, Sergipe, 2009/2010 .....	32
<b>Tabela 3</b>	Distribuição do tempo de permanência hospitalar e evento traumático das vítimas de TCE. Sergipe, 2009/2010 .....	33
<b>Tabela 4</b>	Estatística descritiva dos domínios de Qualidade de Vida do WHOQOL- <i>bref</i> em 47 vítimas de TCE, acompanhadas ambulatorialmente. Sergipe, 2009/2010 .....	35
<b>Tabela 5</b>	Correlação entre os diferentes domínios de Qualidade de Vida do WHOQOL- <i>bref</i> em 47 vítimas de TCE, acompanhadas ambulatorialmente. Sergipe, 2009/2010 .....	35
<b>Tabela 6</b>	Distribuição da frequência das questões gerais sobre a Qualidade de Vida do WHOQOL- <i>bref</i> em 47 vítimas de TCE, acompanhadas ambulatorialmente. Sergipe, 2009/2010 .....	37
<b>Tabela 7</b>	Associação entre os diferentes domínios de Qualidade de Vida do WHOQOL- <i>bref</i> e o retorno à atividade produtiva em 47 vítimas de TCE acompanhadas ambulatorialmente. Sergipe, 2009/2010 .....	38

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Distribuição das lesões das vítimas de TCE acompanhadas ambulatorialmente. Sergipe, 2009/2010 .....	34
<b>Figura 2</b>	Distribuição dos problemas de saúde atual em vítimas de TCE. Sergipe, 2009/2010 .....	34
<b>Figura 3</b>	Correlação entre os Domínios Físico e Psicológico de Qualidade de Vida do WHOQOL- <i>brief</i> em 47 vítimas de TCE, acompanhadas ambulatorialmente. Sergipe, 2009/2010 .....	36
<b>Figura 4</b>	Correlação entre os Domínios Psicológico e Social de Qualidade de Vida do WHOQOL- <i>brief</i> em 47 vítimas de TCE, acompanhadas ambulatorialmente. Sergipe, 2009/2 .....	36

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEMAR	Centro de Especialidades Médicas de Aracaju
CID 10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
ECGI	Escala de Coma de Glasgow
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EUA	Estados Unidos da América
HUSE	Hospital de Urgência de Sergipe “Governador João Alves Filho”
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LCR	Líquido Cefalorraquidiano
OMS	Organização Mundial de Saúde
QOLIBRI	Quality of Life after Brain Injury
PHTLS	Prehospital Trauma Life Support
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
SF-36	Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Traumatismo Cranioencefálico
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHOQOL- 100	World Health Organization’s Quality of Life- 100
WHOOQOL- bref	World Health Organization’s Quality of Life- bref

Vieira RCA. Qualidade de Vida das Vítimas de Trauma Cranioencefálico em Sergipe [Dissertação]. Sergipe: Universidade Federal de Sergipe, Núcleo de Pós Graduação em Medicina; 2011.

## RESUMO

No Brasil e no mundo, o trauma se constitui-se em um grave problema de saúde pública, não só pela sua magnitude como também por atingir jovens em idade produtiva. A percepção da qualidade de vida pode refletir no nível de satisfação, reintegração social, bem-estar das vítimas de trauma cranioencefálico e permanece como um desafio às políticas públicas de saúde. Esta pesquisa é um estudo trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal e com abordagem quantitativa, cujo objetivo foi avaliar a qualidade de vida das vítimas de trauma cranioencefálico por meio do *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Bref*. Os dados foram coletados em um Centro de Especialidades Médicas e em um hospital público referência em trauma de Sergipe, durante os meses de dezembro de 2009 a março de 2010. Foram entrevistadas 47 vítimas de trauma cranioencefálico atendidas no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2009. Os resultados evidenciaram que as vítimas de trauma tinham idade média de 29 anos, a maioria do gênero masculino (91,5%), solteiras (51,1%), oriundas da capital (74,5%), com escolaridade < 8 anos (57,4%), com atividade remunerada (70,2%). O mecanismo do trauma foi o acidente de transporte (61,7%), com relato de ingesta alcoólica (59,6%), que sofreram contusão cerebral (n=25), há 10,5 meses e permaneceram no hospital durante 13,5 dias (mediana). Após o trauma, a maioria das vítimas apresentou cefaleia (n=33), não alterou a situação conjugal (87,2%) e retomou a ocupação anterior após o evento (68,1%). As vítimas informaram satisfação com a qualidade de vida (65,9%) e sua saúde (66%). O domínio psicológico apresentou a maior média no escore (68,4) e a correlação mais alta foi verificada entre os domínios físicos e as relações sociais (0,903). As vítimas que retornaram à atividade produtiva, apresentaram maior média no escore do domínio das relações sociais (79,9).

Descritores: Qualidade de vida, lesões cerebrais, ferimentos e lesões.



Vieira RCA. Victims of head brain injury quality of life in Sergipe [Dissertation]. Sergipe: Federal University of Sergipe, Core Graduate in Medicine; 2011.

## **ABSTRACT**

In Brazil and in the world, the trauma constitutes a serious public health problem, not only by magnitude but also hitting productive young people. The perception of quality of life may reflect the level of satisfaction, social integration, well-being of victims of head brain trauma and remains a challenge for public health policies. It is a research study, a descriptive cross-sectional and quantitative approach, whose aim was to evaluate the quality of life of victims of head brain injury by the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Bref. Data were collected at a Center of Medical Specialties and a public reference hospital in trauma of Sergipe, by the months of December 2009 to March 2010. We interviewed 47 victims of head brain trauma treated during the period January 2008 to December 2009. The results showed that trauma victims had a mean age of 29 years, most were male (91.5%), single (51.1%), from capital (74.5%), schooling <8 years (57.4%), with activity (70.2%). The trauma mechanism was traffic accident (61.7%), with reports of alcohol consumption (59.6%), who suffered cerebral contusion (n = 25), there are 10.5 months and stayed in hospital for 13, 5 days (median). After trauma, most victims report headache (n = 33) did not alter the marital status (87.2%) and resumed the occupation after the previous event (68.1%). The victims reported satisfaction with the quality of life (65.9%) and health (66%). The psychological domain had the highest average score in (68.4) and highest correlation was found between the physical domains and social relationships (0.903). The victims who returned to productive activity, higher mean score in the domain of social relations (79.9).

Descriptors: quality of life, brain injury, wounds and lesions

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>15</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>23</b>
<b>3.1</b>	<b>Geral.....</b>	<b>23</b>
<b>3.2</b>	<b>Específicos.....</b>	<b>23</b>
<b>4</b>	<b>CASUÍSTICA E MÉTODO .....</b>	<b>25</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de Estudo .....</b>	<b>25</b>
<b>4.2</b>	<b>Local do Estudo.....</b>	<b>25</b>
<b>4.3</b>	<b>Casuística .....</b>	<b>26</b>
<b>4.4</b>	<b>Instrumentos do Estudo .....</b>	<b>27</b>
<b>4.4.1</b>	<b>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....</b>	<b>27</b>
<b>4.4.2</b>	<b>Formulário de caracterização das vítimas .....</b>	<b>27</b>
<b>4.4.3</b>	<b>WHOQOL- <i>bref</i> .....</b>	<b>27</b>
<b>4.5</b>	<b>Considerações Éticas .....</b>	<b>28</b>
<b>4.6</b>	<b>Procedimento de Coleta de Dados.....</b>	<b>28</b>
<b>4.7</b>	<b>Análise Estatística .....</b>	<b>29</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>31</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>40</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>48</b>
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>50</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>52</b>
	<b>APÊNDICES</b>	
	<b>ANEXOS</b>	



# *INTRODUÇÃO*

# 1 INTRODUÇÃO

As causas externas são consideradas o primeiro motivo de morte entre jovens em idade produtiva, sobretudo as agressões e os acidentes de transporte, que se constituem em um grave problema de saúde pública, com aumento dos custos sociais e econômicos necessários ao tratamento e reabilitação dessas vítimas (SOUSA, 2006; MURTHY, 2008; BRASIL, 2009; TOIEN et al., 2010).

Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2008, houve mais de 740 mil internações realizadas na rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil por trauma e, aproximadamente, 17 mil óbitos. Nesse mesmo ano, no Estado de Sergipe ocorreram mais de 7 mil internações na rede hospitalar do SUS por trauma e, quase, 150 óbitos (BRASIL, 2008).

Algumas lesões traumáticas causam mudanças irreversíveis no indivíduo que interferem na qualidade de vida e nos relacionamentos interpessoais. Destaca-se o trauma cranioencefálico (TCE) que é cada vez mais frequente na população (HORA; SOUSA, 2005; SOUSA, 2006).

O TCE é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, não só pela sua magnitude como também por atingir jovens. As lesões traumáticas causam alterações cognitivas, físicas e comportamentais, oneram o sistema de saúde e podem comprometer a qualidade de vida das vítimas e familiares. Além disso, mantêm a margem do processo produtivo e social uma parte significativa da população (HORA; SOUSA, 2005; SOUSA, 2006; MURTHY, 2008; BRASIL, 2009; SENDROY-TERRILL et al., 2010; SKANDSEN et al., 2010).

Este trauma pode afetar as habilidades para desenvolver as atividades da vida diária, causar distúrbios emocionais, além de comprometer as funções sensoriais e cognitivas. Acomete sobretudo os homens jovens em idade produtiva, com baixa condição socioeconômica, que possuem história anterior de trauma, ingestão de bebida alcoólica, alta velocidade e fadiga. Nos últimos anos, os avanços ocorridos no conhecimento dos mecanismos do TCE permitiram individualizar e sistematizar o tratamento, a fim de contribuir para uma melhor terapêutica e reabilitação das vítimas (OLIVEIRA; SOUSA, 2003; IRDESEL et al., 2007; ALVES et al., 2009; SILVA et al., 2009a).

O trauma traz consequências a médio e longo prazo, como diminuição da capacidade funcional e qualidade de vida das vítimas. Este impacto está relacionado às

sequelas físicas, cognitivas e comportamentais posteriores ao evento traumático. Desse modo, o objetivo principal do atendimento ao traumatizado passa a ser, além da manutenção da vida, seu retorno à sociedade em condições de capacidade e funcionalidade o mais próximo possível de sua condição pré-trauma (OLIVEIRA; SOUSA, 2003; ARCINIEGAS et al., 2005; HORA; SOUSA, 2005; HESDORFFER; RAUCH; TAMMINGA, 2009; LEE et al., 2010; SKANDSEN et al., 2010).

A medida de Qualidade de Vida é de grande importância na avaliação de pacientes com TCE, sobretudo no prognóstico, mudanças pós-traumáticas, efetividade do tratamento, condições de saúde e aumento da sobrevivência (NEUGEBAUER, 2002).

A qualidade de vida é definida como a “percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1995, p 1.405). Esta definição inclui seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual (THE WHOQOL GROUP, 1995; FLECK et al., 2000).

Frente às considerações apresentadas, percebe-se que a importância em pesquisar a qualidade de vida da vítima de TCE está relacionada, sobretudo à magnitude de suas consequências e à necessidade de planejamento de uma assistência adequada. Sugere-se investimentos não só em relação aos aspectos de prevenção primária e secundária, como também na prevenção terciária com abordagem que vise à assistência a longo prazo, como reabilitação e reintegração, a fim de minimizar os efeitos do trauma (MELLO JORGE; KOIZUMI, 2004).

Embora se observe no cenário mundial um crescente número de pesquisas relativas à qualidade de vida em pessoas em diversas condições de saúde, de uma forma geral, são escassos os estudos com vítimas de trauma cranioencefálico no Brasil e no mundo. Em Sergipe, não foi localizado nenhum estudo com esta especificidade.

Espera-se, portanto, que este estudo contribua na avaliação das consequências do trauma ou desfecho em saúde e direcionamento de políticas públicas que visem ao acompanhamento dessas vítimas de maneira sistemática.



*FUNDAMENTAÇÃO  
TEÓRICA*

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O TCE é definido como qualquer agressão à cabeça do indivíduo, de natureza não degenerativa ou cognitiva que acomete as estruturas cranianas em conjunto com o couro cabeludo, ossos cranianos, meninges, encéfalo ou nervos cranianos. O impacto sofrido pela vítima inicia uma cascata de eventos que se não forem interrompidos, poderão resultar em dano celular grave, ou até mesmo a morte (SOUZA; SILVA, 2003; IRDESEL et al., 2007).

Constitui um problema de saúde pública não só pela magnitude das lesões, como também por atingir pessoas jovens em fase economicamente produtiva. As lesões cerebrais resultantes do TCE podem afetar gravemente os indivíduos e comprometer o desempenho cognitivo, emocional, psicológico, social e motor das vítimas (SOUZA; SILVA, 2003; IRDESEL et al., 2007).

Nos Estados Unidos da América (EUA), cerca de 1,4 milhões de vítimas de TCEs ocorrem a cada ano e cerca de 50 mil falecem. As que sobrevivem podem apresentar sequelas, tornando-se incapazes de realizar o autocuidado e têm necessidade de auxílio de terceiros para as atividades diárias (LANGLOIS et al., 2004).

Os agravos externos impõem ônus humano e econômico aos países e podem custar bilhões de dólares anualmente em gastos com assistência, custos legais, absenteísmo e perda da produtividade. Os custos podem ser classificados em diretos ou indiretos; os primeiros, dizem respeito aos custos médicos e não médicos referentes a diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação da doença; e os indiretos, referem-se à perda na produção e na produtividade acarretadas pelo problema de saúde e geram perda de dias de trabalho, menor produtividade em razão das limitações físicas e psicológicas subsequentes (MELLO JORGE; KOIZUMI, 2004).

Dados mais recentes do Ministério da Saúde revelam que em 2007 ocorreram 131.032 óbitos por causas externas no Brasil, sendo 1.339 no Estado de Sergipe. Em 2008, verificam-se 768.992 internações por causas externas, com destaque para os acidentes de transporte, quedas, agressões e queimaduras (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2010b).

Os traumas de crânio podem acontecer no momento de um determinado impacto ou posteriormente a ele; e ocorrem da seguinte forma: inicialmente a máquina (carro, motocicleta, entre outros) para diante de um obstáculo; em seguida, é o corpo e, por último, são os órgãos internos. O fenômeno é denominado mecanismo de aceleração e desaceleração.

As lesões que ocorrem no momento do impacto inicial são chamadas de lesões primárias e as, posteriormente, são as secundárias (POCA, 2004; ANDRADE et al., 2009).

As lesões primárias verificam-se em pacientes com ferimentos por projétil de arma de fogo, arma branca, fratura, contusões, concussões, lacerações, lesão axonal difusa. As lesões secundárias resultam da interação de fatores intra e extracerebrais, como isquemia cerebral, diminuição do fluxo sanguíneo cerebral, hipotensão arterial, distúrbios hidroeletrólíticos, necrose celular. Embora possa variar quanto à etiologia ou intensidade, qualquer trauma craniano pode oferecer risco potencial, pela complexidade de eventos fisiopatogênicos envolvidos (PIRES; STARLING, 2006; ANDRADE et al., 2009).

O TCE pode ocorrer de forma aberta ou fechada, a depender da exposição ou não do encéfalo. O trauma fechado é quando um ou vários golpes na cabeça a fazem girar, ou movimentar-se bruscamente para frente e para trás, resultando em comprometimento neuronal. O trauma aberto é resultante de golpe penetrante no crânio que pode haver fraturas, hemorragias, perdas de substância, exposição do cérebro e edemas (SOUSA et al., 2009).

As fraturas de crânio nem sempre vêm associadas a lesões encefálicas; no entanto, quanto mais grave for a fratura maior a probabilidade de lesão intracraniana. As lesões associadas à maior gravidade são as fraturas de base de crânio e o afundamento craniano. O primeiro, pode apresentar lesão intracraniana associada e a laceração da dura-máter pode ocasionar vazamento de líquido cefalorraquidiano (LCR) pelo nariz (rinorreia) ou ouvido (otorreia). O afundamento craniano apresenta desvio dos fragmentos para o interior da cavidade, e o tratamento geralmente é cirúrgico, a fim de minimizar as sequelas e crises convulsivas (PEREIRA, 2000; SOUSA et al., 2009).

Os traumatismos cranioencefálicos são classificados em graves, moderados ou leves, de acordo sua intensidade. Como parâmetros para tal mensuração, são levados em conta a duração da inconsciência, o tempo de amnésia pós-traumática e os pontos iniciais obtidos por meio da Escala de Coma de Glasgow (ECGI) (SOUZA, 2003).

Frequentemente, o TCE é seguido pela amnésia pós-traumática, definida como um estado transitório de confusão e desorientação, caracterizado por amnésia anterógrada e distúrbios de comportamento, entre eles, insônia, agitação psicomotora, fadiga e, ocasionalmente, sintomas afetivos e psicóticos (NAKASE-THOMPSON et al., 2004; BAIRD et al., 2005; DE GUISE et al., 2005). O seu término é caracterizado pelo retorno simultâneo da orientação e da memória contínua (MCFARLAND et al., 2001).

Mundialmente, a ECGI vem sendo utilizada no trauma cranioencefálico, é reconhecida, como instrumento na avaliação do estado neurológico das vítimas, é um método



simples e rápido para determinar a função cerebral e prevê a sobrevivência do paciente. A aplicação da escala é realizada pela abertura ocular, melhor resposta verbal e melhor resposta motora (KOIZUMI; ARAÚJO, 2005; KOIZUMI; DICCINI, 2006; NUTTHITA; WINKELMAN, 2007).

A variação da ECGI é de 3 a 15 pontos, os valores mais baixos indicam maiores alterações de consciência. Os escores de 3 a 8 indicam lesão cerebral grave, e vigência do coma; os escores de 9 a 12 referem-se à lesão cerebral moderada, com períodos de inconsciência; os escores de 13 a 15 são indicativos de lesão cerebral leve. Este último apresenta melhores prognósticos para a maioria dos pacientes, embora alguns destes possam falecer, apresentar manifestações prolongadas ou até permanentes (SOUSA et al., 2009).

Souza e Silva (2003) relatam que no TCE leve pode ocorrer cefaleia, tontura, hematoma, laceração do couro cabeludo; no moderado, alterações no nível de consciência no momento do traumatismo ou após, cefaleia progressiva, convulsão pós-traumática, vômito, amnésia; no grave, pode ocorrer depressão da consciência, sinais neurológicos focais por ferida penetrante no crânio ou fratura com afundamento palpável.

O TCE leve pode evoluir com complicações tardias, embora menos frequentes que as observadas no TCE moderado e grave, podem ocorrer sequelas neurológicas semelhantes àquelas decorrentes de TCE de maior gravidade. As vítimas, em sua maioria, são liberadas do hospital sem orientação a respeito das alterações cognitivas que afetam a forma de agir e pensar, como por exemplo, o esquecimento, déficit lacunar de memória, fadiga, sensibilidade, alterações gustativas, olfativas (ARCINIEGAS et al., 2005; SOUSA et al., 2009).

Outras consequências evidenciadas nas vítimas de TCE são déficit motor-sensitivo, crises convulsivas, alterações no sono, movimentos involuntários, depressão, ansiedade, estresse pós-traumático, abuso de substâncias, alterações endócrinas, impotência. As consequências neuropsiquiátricas do TCE podem ser únicas ou múltiplas, o tratamento deve ser individualizado, de acordo com as evidências clínicas encontradas (HORA; SOUSA, 2005; BERNAL-PACHECO et al., 2009; HESDORFFER et al., 2009).

A elucidação diagnóstica dos casos de TCE é feita por meio da ECGI, pelo uso de imagem, como raios X, tomografia computadorizada, angiografia cerebral, ressonância magnética e exames laboratoriais (SOUZA; SILVA, 2003; SMELTER; BARE, 2005).

O tratamento básico das lesões traumáticas deve ser realizado, conforme os princípios do *Prehospital Trauma Life Support* (PHTLS), priorizando as vias aéreas e a

estabilização da coluna cervical, respiração, circulação, déficit neurológico e exposição da vítima (PHTLS, 2007).

O tempo de tratamento após o trauma, em que a vítima é avaliada, é uma variável que se relaciona com as consequências pós-traumáticas, à medida que a recuperação do trauma é um processo dinâmico, dependente do tempo, reabilitação clínica e evolução relativamente prolongada. Estudos prévios têm sugerido melhora durante o primeiro ano, sobretudo nos primeiros 6 meses, havendo após esse período estabilização do processo de recuperação, portanto, 6 meses após o tratamento tem sido recomendado como marco inicial para avaliar as consequências do TCE (SOUSA; KOIZUMI, 1996; KASHLUBA et al., 2004).

O trauma gera impacto social e econômico para o País, com comprometimento de todos os domínios da vida, tais como: físico, social, cognitivo, comportamental, ambiental e psicológico. O comprometimento físico potencializa a necessidade de reabilitação com abordagem multidisciplinar, capaz de aumentar o custo do tratamento da vítima (SOUSA et al., 2009).

Os déficits físicos e mentais que acompanham as vítimas de TCE têm poder de mudar significativamente as vidas dessas pessoas e de sua família. Nas suas vidas, o impacto pode ser medido por meio da perspectiva de qualidade de vida do paciente e seus familiares, pois este é um indicador do impacto da doença, do tratamento e do nível de recuperação de suas vidas (DEPALMA, 2001).

O equilíbrio da vida familiar é rompido, quando os membros das famílias experimentam seus próprios processos de adaptação ao trauma e suas consequências. Estas adaptações variam individualmente, tanto nos sobreviventes de TCE como em seus familiares e podem desencadear diversas consequências, tais como depressão no familiar cuidador, mudança nos papéis familiares, culpa, raiva, separação ou divórcio e forte interferência na qualidade de vida dessas vítimas (DEPALMA, 2001; SEIBERT et al., 2002; DIJKERS, 2004; HORA, SOUSA, 2005; MAILHAN et al., 2005; PAGULAYAN et al., 2006).

Portanto, o trauma afeta não só a pessoa que sofreu, mas toda a sua família. Os pacientes não são as únicas vítimas, as famílias sofrem tanto quanto, se não mais e, também podem ser consideradas vítimas de trauma. Diante disto, o impacto exercido pelo TCE afeta não só a qualidade de vida das vítimas, mas também de toda a sua família (DEPALMA, 2001; SEIBERT et al., 2002; DIJKERS, 2004; HORA; SOUSA, 2005; MAILHAN et al., 2005; PAGULAYAN et al., 2006).

As medidas de desfecho em saúde baseadas em exames laboratoriais e na avaliação clínica, apesar de grande relevância, avaliam muito mais a doença do que o doente,

em particular, e são insuficientes para a avaliação do desfecho em doenças crônicas. O objetivo do tratamento não é só a cura, mas, sim, a redução do impacto da doença nas diferentes áreas da vida do paciente (SKEVINGTON et al., 2004a; SKEVINGTON et al., 2004b).

Diante disso, a OMS, a partir de 1990, constatou que as medidas de qualidade de vida são de particular importância na avaliação da saúde, tanto dentro de uma perspectiva individual como social e englobam aspectos objetivos, subjetivos, multidimensionais, além da presença de elementos positivos e negativos (FLECK, et al., 2003).

O conceito de qualidade de vida está relacionado à autoestima, bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos, como a capacidade funcional, níveis socioeconômicos, psicológicos, comportamentais, interação social, atividades intelectuais, autocuidado, apoio familiar e valores culturais e religiosos. Assim, a qualidade de vida apresenta-se como um conceito multifatorial, mais amplo do que meramente a presença ou ausência de saúde e pode ter diferentes significados às pessoas (FLECK et al., 1999; SANTOS et al., 2002;).

A qualidade de vida é equivalente a um bem-estar subjetivo, que depende de razões cognitivas, emocionais, relacionadas ao equilíbrio entre as conquistas e expectativas. Diz respeito às expectativas individuais, porém, na maioria das vezes, resulta da natureza humana que sofre influência da cultura de uma determinada sociedade, classe social e idade do grupo a que a pessoa pertence. A qualidade de vida pode ser compartilhada por muitas pessoas que apresentam características similares e que a consideram essencial para uma boa vida (FLECK et al., 1999; FLECK et al., 2000; DIJKERS, 2004; SKEVINGTON et al., 2004c).

Nos últimos anos, a tendência é considerar que a evolução dos resultados está incompleta, se o bem-estar do indivíduo for ignorado. Alguns autores (CORRIGAN; BOGNER, 2004; MAILHAN et al., 2005) diferenciam os objetivos das medidas de qualidade de vida baseados nos índices da situação da vida individual definidos externamente das medidas subjetivas, que enfatizam a percepção dos próprios indivíduos quanto a seu estado atual. Existe um consenso em considerar a qualidade de vida, como um objetivo relevante na reabilitação das pessoas (CORRIGAN; BOGNER, 2004; MAILHAN et al., 2005).

Assim como a gravidade das lesões cranianas estima as consequências do trauma, a qualidade de vida é reconhecida como um importante indicador da qualidade do sistema de saúde e da habilidade da vítima em se adaptar à doença, tratamento e recuperação (DIJKERS, 2004).

As escalas genéricas de avaliação de Qualidade de Vida são multidimensionais e foram desenvolvidas com o objetivo de avaliar o impacto causado por uma doença nos domínios que compõem a qualidade de vida, capacidade funcional, dor, estado geral de saúde, vitalidade, saúde mental, aspectos sociais e emocionais. Ademais, podem ser utilizadas para avaliar a eficácia de políticas e programas de saúde (SKEVINGTON et al., 2004b).

Para avaliar a Qualidade de Vida das vítimas de TCE os instrumentos mais utilizados são o Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36) e o *World Health Organization's Quality of Life Bref* (WHOQOL *bref*). O SF-36 é um instrumento genérico, composto por 36 itens que avaliam as seguintes dimensões: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental (CICONELLI et al., 1999).

O WHOQOL-*bref* é um instrumento abreviado do *World Health Organization's Quality of Life- 1000* (WHOQOL-100), este é composta por 100 distribuídas em seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/ religião/ crenças pessoais. Pela extensão das questões, outras análises levaram à geração de um instrumento reduzido de avaliação o WHOQOL-*bref*. Estes instrumentos foram adaptados, aplicados e validados para o Brasil e outros 25 países (FLECK et al., 1999; FLECK et al., 2000; SKEVINGTON et al., 2004c).

O instrumento WHOQOL-*bref* inclui quatro domínios relacionados à qualidade de vida, composto por 26 questões, sendo duas gerais (percepção da qualidade de vida global e da saúde em geral) e 24 distribuídas dentro de quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (FLECK et al., 1999; FLECK et al., 2000; SKEVINGTON et al., 2004c).

Vale ressaltar que encontra-se em fase de validação no Brasil um instrumento que avalia a qualidade de vida após lesão cerebral o *Quality of Life after Brain Injury* (QOLIBRI). Este é composto por 37 questões distribuídas em seis domínios, considerado sensível às condições de saúde após a lesão cerebral, consequências do TCE (VON STEINBÜCHEL et al., 2010).

Neste estudo, resolveu-se utilizar o WHOQOL-*Bref* para mensurar a qualidade de vida das vítimas de TCE por ser mais objetivo, fácil aplicação e recomendado pela OMS, além de posicionar o indivíduo em sua vida, cultura, valores, relações com seus objetivos, expectativas, padrões, conceitos e ser aplicado em indivíduos pertencentes a várias culturas (SKEVINGTON et al., 2004b).

**Qualidade de vida das vítimas de trauma cranioencefálico em Sergipe**

Assim, diante do exposto, é de fundamental importância a medida da qualidade de vida das vítimas de TCE, a fim de refletir o nível de satisfação, reintegração social e bem-estar daqueles que sofrem as consequências do trauma.



# *OBJETIVOS*

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 Geral

- Avaliar a qualidade de vida das vítimas de TCE após 6 meses do evento traumático, por meio do *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Bref* admitidas no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2009.

#### 3.2 Específicos

- Caracterizar as vítimas quanto ao gênero, idade, estado civil, escolaridade, procedência, atividade remunerada, lesão, mecanismo do trauma, provável ingestão de álcool, tempo de permanência hospitalar e evento traumático, problema de saúde atual, mudança da situação conjugal e retorno à ocupação anterior após o trauma;
- Avaliar a autopercepção a respeito da qualidade de vida, saúde e seus domínios;
- Correlacionar os domínios relativos à qualidade de vida entre si e com o retorno à atividade produtiva.



# *CASUÍSTICA E MÉTODO*



## 4 CASUÍSTICA E MÉTODO

### 4.1 Tipo de Estudo

O estudo caracteriza-se como descritivo, de corte transversal e abordagem quantitativa. A finalidade dos estudos descritivos é observar, descrever e documentar um fenômeno característico de uma determinada população de acordo com a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos (POLIT et al., 2006).

### 4.2 Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido no Ambulatório de Neurocirurgia do Centro de Especialidades Médicas de Aracaju (CEMAR). Trata-se de um serviço de referência ambulatorial no atendimento às vítimas de TCE em Sergipe, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde do Município, que atende vítimas de TCE moderado e grave.

O CEMAR reúne o Centro de Especialidades Médicas e Odontológicas que disponibiliza à população consultas e exames. A unidade atende não apenas os usuários da capital, como também do interior do Estado. Oferece 17 especialidades médicas - entre as quais destacam-se a neurologia, neurocirurgia, homeopatia, alergologia, dermatologia, oftalmologia, acupuntura e ortopedia.

O centro tem uma proposta resolutiveira a fim de complementar as demais redes assistenciais (atenção básica, urgência e emergência hospitalar e de atenção psicossocial). Todos os serviços são referenciados, ou seja, só são disponibilizados para os usuários que passaram pela rede de atenção básica ou foram encaminhados por um médico de uma das Unidades de Saúde da Família ou hospitalar. A porta de entrada é a rede de atenção básica, que avalia, encaminha e agenda.

As vítimas de trauma são inicialmente atendidas no Hospital de Urgência de Sergipe “Governador João Alves Filho” (HUSE), referência no atendimento do Estado e após a alta podem ser encaminhadas ao ambulatório do CEMAR.

O HUSE é organizado em sistema de Classificação de Risco que avalia a

gravidade de todas as vítimas e divide o Pronto-Socorro em áreas com cores, a saber: azul, verde, amarela e vermelha. Após o atendimento, essas são conduzidas a diversas unidades (Centro Cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva, Unidade de Internamento, Unidade de Tratamento de Queimados, entre outras), com seus prontuários e de acordo com o tratamento que necessitem.

Terminado o período de internação e realizados todos os processos do serviço de auditoria do hospital, os prontuários são encaminhados ao Serviço de Arquivo Médico e Estatístico - SAME, localizado no próprio hospital e, posteriormente, são direcionados ao setor de arquivo do HUSE, localizado no centro da cidade de Aracaju.

### **4.3 Casuística**

O universo de prontuários de vítimas cadastradas no ambulatório do CEMAR no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2009 era constituído de N= 117. Dessas vítimas, 9 compareceram ao ambulatório no período da coleta de dados e 38 foram localizadas, por meio da busca de endereços nos prontuários do CEMAR e HUSE. As demais foram excluídas por motivos diversos: falta ou endereço incompleto, mudança de endereço e óbito.

Dessa forma, a amostra foi caracterizada como não probabilística por acessibilidade e constituiu-se de 47 vítimas que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: ter sido atendida no HUSE com TCE e encaminhada ao ambulatório de neurocirurgia do CEMAR após a alta hospitalar, idade igual e superior a 18 anos ou inferior a 60 anos, ter sofrido o TCE há, pelo menos, 6 meses, período de estabilidade no processo de recuperação, conforme recomendam Sousa e Koizumi (1996), que não apresentasse distúrbios da fala com comprometimento da comunicação verbal e que aceitasse participar da pesquisa com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

#### **4.4 Instrumentos do Estudo**

##### **4.4.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Trata-se de um instrumento pré-coleta, que contém dados de identificação dos entrevistados, dos pesquisadores e objetivo da pesquisa (Apêndice A), foi elaborado em duas vias, uma foi entregue ao participante e a outra mantida com as pesquisadoras

##### **4.4.2 Formulário de caracterização das vítimas**

É um instrumento de caracterização das vítimas que consta das seguintes variáveis: procedência, idade, gênero, escolaridade, profissão, mecanismo do trauma, número de lesões, ingestão de bebida alcoólica, tempo de permanência hospitalar, evento traumático, lesões, problemas de saúde atual, mudança de situação conjugal após o trauma e retorno à ocupação anterior (Apêndice B).

##### **4.4.3 WHOQOL- *brief***

Trata-se de um instrumento da OMS já validado no Brasil (FLECK et al., 2000). É utilizado mundialmente para avaliação da Qualidade de Vida, de fácil compreensão e administração, composto por 26 questões sobre qualidade de vida, sendo duas gerais (percepção da qualidade de vida global e da saúde em geral) e 24 distribuídas dentro de quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (Anexo A). Os itens são preenchidos individualmente, graduados em uma escala de cinco pontos, que refletem a intensidade, frequência, capacidade ou avaliação. A maior pontuação em cada domínio indica melhor qualidade de vida (FLECK et al., 2000).

O domínio físico contempla facetas sobre dor, desconforto, energia, fadiga, sono, descanso, mobilidade, atividade cotidiana, dependência de medicações e tratamentos e capacidade de trabalho. O domínio psicológico contempla sentimentos positivos e negativos, pensar, aprender, memória, concentração, autoestima, imagem corporal, aparência, espiritualidade, religião e crenças pessoais. O domínio das relações sociais inclui relações pessoais, apoio social e atividade sexual, e o domínio do meio ambiente insere questões de segurança física, proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais,

oportunidade para adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação e lazer, ambiente físico e transporte (FLECK et al., 2000).

#### **4.5 Considerações Éticas**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe (CAAE 3819.0.000.107-09) (Anexo B). Todos os participantes da pesquisa preencheram o TCLE, sendo assegurado o direito a esclarecimento e o anonimato dos pesquisados, com garantia de sigilo, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

#### **4.6 Procedimento de Coleta de Dados**

Após autorização pela direção do CEMAR e HUSE do campo de pesquisa e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe, iniciou-se a coleta de dados que foi realizada no período de dezembro de 2009 a março de 2010.

Inicialmente no CEMAR, foram rastreadas todas as vítimas de TCE encaminhadas ao ambulatório no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2009. Para identificá-las, foi feita busca sistemática dos prontuários com o objetivo de identificar lesões e mecanismo do trauma. Àquelas que não compareceram ao serviço foi realizado a busca de endereços nos prontuários do CEMAR e HUSE.

Após o esclarecimento sobre o objetivo da pesquisa e o consentimento dos participantes, por meio de anuência verbal e escrita com assinatura do TCLE, foi iniciada a entrevista estruturada no CEMAR ou no domicílio com aplicação dos instrumentos de pesquisa.

Na primeira parte da entrevista, foi utilizado o questionário de caracterização das vítimas e na segunda, foi feita a autoaplicação ou aplicação assistida do WHOQOL-*bref*. No último, foi realizada, em voz alta, a leitura pausada do instrumento continuamente acompanhada pelo respondente.

#### 4.7 Análise Estatística

Os dados foram armazenados em um banco de dados computadorizado do Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 17.0. Durante a coleta de dados, os eventos considerados como causa externa foram registrados por meio da classificação da OMS que são expressos no manual de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Este manual considera que são denominadas, como causas externas, todos os casos de violência e acidentes, relacionados ao evento traumático que se classificam em acidentes de transporte (motociclista, ciclista, pedestre, ocupante de um automóvel traumatizado, dentre outros), queda, agressão, afogamento (OMS, 1998).

As variáveis categóricas foram descritas como porcentagens com seus respectivos intervalos de confiança de 95% quando adequados. As variáveis numéricas foram avaliadas por meio de média, mediana, desvio-padrão, mínimo e máximo. Os escores obtidos com aplicação do WHOQOL-*bref* foram transformados em escala de 0 a 100, sendo considerado os valores próximos a zero (0), como insatisfação e a cem (100) satisfação a respeito da qualidade de vida.

Na comparação das médias entre os domínios e o retorno a atividade produtiva, foi utilizado o Teste t para amostra independente, caso os dados atendessem ao pressuposto de normalidade ou teste Mann Whitney se houvesse a violação para esse pressuposto. Na avaliação entre as variáveis categóricas, questões sobre a percepção da qualidade de vida e satisfação com a saúde, utilizou-se o teste Qui-Quadrado ou Exato de Fisher e para o teste de normalidade foi usado o teste de Shapiro Wilk. Na correlação entre os domínios, o teste de Correlação de Pearson.

Para todo o estudo, foi considerado o nível de significância  $p \leq 0,05$ .



# *RESULTADOS*

## 5 RESULTADOS

O estudo foi realizado com 47 vítimas de trauma cranioencefálico acompanhadas ambulatorialmente, selecionadas com base nos critérios de inclusão preestabelecidos e apresentou os seguintes resultados:

A idade média das vítimas de TCE foi de  $29 \pm 8,9$  anos, ou seja, vítimas jovens. Os dados das Tabelas 1 e 2 revelam que as vítimas eram, em sua maioria, do gênero masculino (91,5%), solteiras (51,1%), oriundas da Capital (74,5%) que apresentavam escolaridade  $< 8$  anos (57,4%) e exerciam atividade remunerada (70,2%). O mecanismo do trauma foi o acidente de transporte (61,7%), com três ou mais lesões (66%), ingestão de bebida alcoólica (59,6%), sem mudança da situação conjugal após o evento traumático (87,2%) e que retornaram à ocupação anterior após o trauma (68,1%).

## Qualidade de vida das vítimas de trauma cranioencefálico em Sergipe

Tabela 1. Perfil sóciodemográfico das vítimas de TCE, segundo o gênero, estado civil, procedência, escolaridade, profissão, mudança de situação conjugal e retorno à ocupação anterior após o trauma. Sergipe, 2009/2010.

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Gênero</b>		
Masculino	43	91,5
Feminino	4	8,5
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	24	51,1
Casado	22	46,8
Viúvo	1	2,1
<b>Procedência</b>		
Aracaju	35	74,5
Grande Aracaju*	12	25,5
<b>Escolaridade</b>		
< 8 anos	27	57,4
≥ 8 anos	20	42,6
<b>Atividade remunerada</b>		
Não	14	29,8
Sim	33	70,2
<b>Mudança da situação conjugal após o trauma</b>		
Não	41	87,2
Sim	6	12,8
<b>Retorno a ocupação anterior</b>		
Não	15	31,9
Sim	32	68,1
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>100%</b>

\* Corresponde aos Municípios de Barra dos Coqueiros, São Cristóvão e Nossa Senhora do Socorro próximos ao município de Aracaju.



## Qualidade de vida das vítimas de trauma cranioencefálico em Sergipe

Tabela 2. Comportamentos de risco das vítimas de TCE, segundo o mecanismo do trauma, número de lesões e ingestão de bebida alcoólica. Sergipe, 2009/2010.

	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>IC 95%*</b>
<b>Mecanismo do Trauma</b>			
Acidente de transporte	29	61,7	46,8 – 76,8
Queda	11	23,4	12,8 – 38,3
Agressão	7	14,9	4,3 – 25,5
<b>Número de Lesões</b>			
1	2	4,3	0 – 6,4
2	14	29,7	17 – 40,4
≥3	31	66,0	53,2 – 76,6
<b>Ingesta Alcoólica</b>			
Sim	28	59,6	44,7 – 70,2
Não	19	40,4	27,7 – 51,1
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>100</b>	

\* Intervalo de Confiança de 95%

Na Tabela 3, nota-se que a maioria das vítimas apresentou mediana de tempo do evento traumático de 10,5 meses (P25 de 7,8 dias e P75 de 14,3 dias) e tempo de permanência hospitalar de 13,5 dias (P25 de 6 e P75 de 49).

Tabela 3. Distribuição do tempo de permanência hospitalar e evento traumático das vítimas de TCE. Sergipe, 2009/2010.

<b>TEMPO</b>	<b>MEDIANA</b>	<b>Q1= P25</b>	<b>Q3 = P75</b>
Permanência Hospitalar (dias)	13,5	6	49
Evento Traumático (meses)	10,5	7,8	14,3

Foram classificados oito tipos de lesões nas vítimas, algumas apresentaram mais de uma lesão (n=123). Dentre estas destacam-se a contusão cerebral (n=25), escoriações (n=23) e hematoma (n=20), conforme representado nos dados da Figura 1.

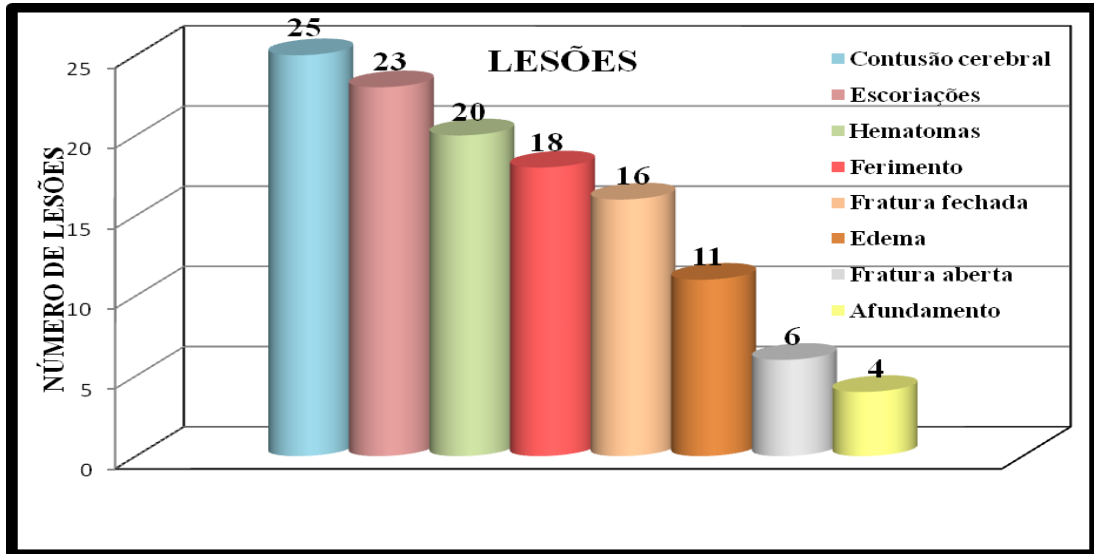


Figura 1. Distribuição das lesões das vítimas de TCE acompanhadas ambulatorialmente. Sergipe, 2009/2010.

Os dados da Figura 2 evidenciam que a cefaleia pós-trauma foi o problema de saúde atual relatado pela maioria das vítimas (n=33), seguidos da alteração comportamental (n=7), déficit lacunar de memória (n=5) e falta de concentração (n=2).

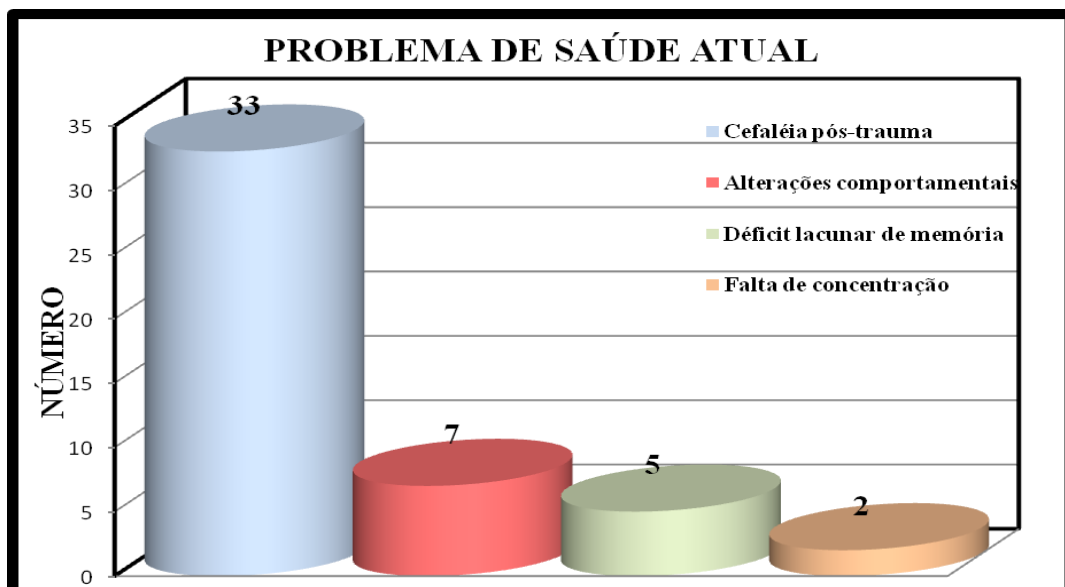


Figura 2. Distribuição dos problemas de saúde atual em vítimas de TCE acompanhadas ambulatorialmente. Sergipe, 2009/2010.

### Qualidade de vida das vítimas de trauma cranioencefálico em Sergipe

Os resultados encontrados para os quatros domínios da Qualidade de Vida avaliados pelo questionário WHOQOL-*bref* estão apresentados nos dados da Tabela 4, nos quais se observa que o domínio psicológico apresentou a maior média ( $68,4 \pm 22,9$ ), seguido das relações sociais ( $67,7 \pm 26,8$ ).

Tabela 4. Estatística descritiva dos domínios de Qualidade de Vida do WHOQOL-*bref* em 47 vítimas de TCE, acompanhadas ambulatorialmente. Sergipe, 2009/2010.

DOMÍNIOS	MÍNIMA	MÁXIMA	MÉDIA/ DESVIO PADRÃO(dp)	ORDEM CRESCENTE
Físico	14,3	100	57,4 ( $\pm 11,8$ )	4°
Psicológico	29,17	75	68,4 ( $\pm 22,9$ )	1°
Relações Sociais	8,33	100	67,7 ( $\pm 26,8$ )	2°
Meio Ambiente	25	84,38	58,2 ( $\pm 14,7$ )	3°

Quando se associam os domínios entre si, por meio da correlação de Pearson, observa-se nos dados da Tabela 5 que todos apresentaram coeficientes significativos de correlação, ou seja, quanto melhor a pontuação de um domínio melhor será a pontuação dos demais.

Tabela 5. Correlação entre os diferentes domínios de Qualidade de Vida do WHOQOL-*bref* em 47 vítimas de TCE, acompanhadas ambulatorialmente. Sergipe, 2009/2010.

	FÍSICO	PSICOLÓGICO	SOCIAL	AMBIENTAL
FÍSICO	1	0,861*	0,903*	0,886*
PSICOLÓGICO	0,861*	1	0,766*	0,833*
SOCIAL	0,903*	0,766*	1	0,883*
AMBIENTAL	0,886*	0,833*	0,883*	1

\*Correlação de Pearson significativa a nível de  $p < 0,0001$ .

O coeficiente de correlação mais alto foi verificado entre o domínio físico e o das relações sociais (Figura 3). Em contrapartida, o coeficiente de correlação mais baixo foi entre os domínios de relações sociais e o psicológico (Figura 4).

## Qualidade de vida das vítimas de trauma cranioencefálico em Sergipe

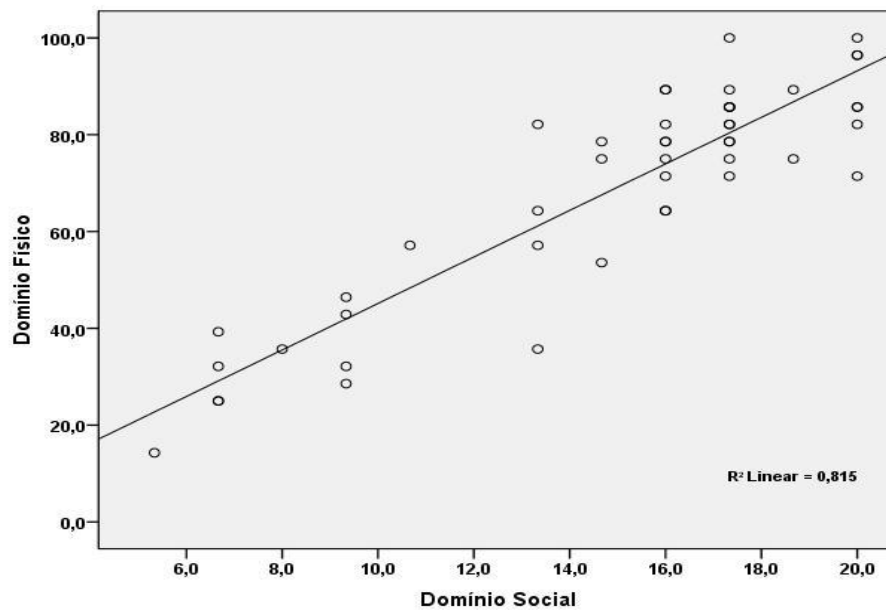


Figura 3. Correlação entre os domínios físico e social de Qualidade de Vida do WHOQOL-*bref* em 47 vítimas de TCE, acompanhadas ambulatorialmente. Sergipe, 2009/2010.

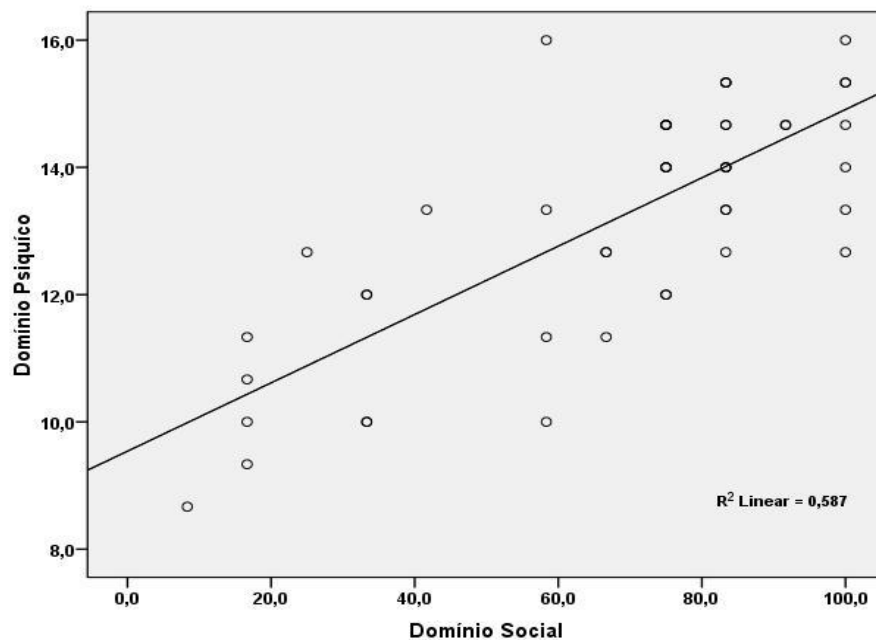


Figura 4. Correlação entre os domínios psicológico e social de Qualidade de Vida do WHOQOL-*bref* em 47 vítimas de TCE, acompanhadas ambulatorialmente. Sergipe, 2009/2010.

**Qualidade de vida das vítimas de trauma cranioencefálico em Sergipe**

Em relação às questões gerais sobre a Qualidade de Vida, observou-se nos dados da Tabela 6 que as vítimas de TCE em sua maioria classificaram sua qualidade de vida como boa ou muito boa (65,9%) e sentiram-se satisfeitas ou muito satisfeitas com a sua saúde (66%).

Tabela 6. Distribuição da frequência das questões gerais sobre a Qualidade de Vida do WHOQOL-*bref* em 47 vítimas de TCE acompanhadas ambulatorialmente. Sergipe, 2009/2010.

<b>QUESTÃO 1- PERCEPÇÃO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA</b>			
<b>Nível</b>	<b>Escala de respostas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
1	Muito ruim	-	-
2	Ruim	3	6,4
3	Nem ruim nem boa	13	27,7
4	Boa	27	57,4
5	Muito boa	4	8,5
<b>Total</b>		<b>47</b>	<b>100</b>
<b>QUESTÃO 2- SATISFAÇÃO EM RELAÇÃO À SAÚDE</b>			
1	Muito insatisfeito	-	-
2	Insatisfeito	6	12,8
3	Nem insatisfeito nem satisfeito	10	21,3
4	Satisfeito	28	59,6
5	Muito satisfeito	3	6,4
<b>Total</b>		<b>47</b>	<b>100</b>

Quando se relaciona a percepção da Qualidade de Vida com a Satisfação sobre sua Saúde utilizando o teste Qui-Quadrado, observa-se uma relação significativa ( $p < 0,01$ ) entre essas. Das 31 (66%) vítimas que referiram uma qualidade de vida “boa ou muito boa”, 93,5% estavam “satisfeitas” em relação à saúde. Por outro lado, das 13 vítimas (27,7%) que diziam “nem insatisfeitos nem satisfeitos” com sua qualidade de vida, 80% referiram uma qualidade de saúde “nem ruim e nem boa”, assim como aqueles que classificaram sua

### Qualidade de vida das vítimas de trauma cranioencefálico em Sergipe

qualidade de vida como “ruim” 6,4% (n=3), também manifestaram de forma similar em relação à sua saúde.

A associação entre os domínios da Qualidade de Vida e o Retorno à Atividade Produtiva, por meio do Teste t, também são considerados relevantes e estão apresentados nos dados da Tabela 7.

Tabela 7. Associação entre os diferentes domínios de Qualidade de Vida do WHOQOL-*brief* e o Retorno à Atividade produtiva em 47 vítimas de TCE acompanhadas ambulatorialmente. Sergipe, 2009/2010.

RETORNO A ATIVIDADE PRODUTIVA			
Variável	Sim	Não	p
Físico	79,5 ± 13,1	44,8 ± 21,3	< 0,01
Psicológico	62,4 ± 8,2	46,7 ± 11,2	< 0,01
Relações Sociais	79,9 ± 14,9	41,7 ± 28,3	< 0,01
Meio Ambiente	65 ± 9,0	43,8 ± 14,2	< 0,01

Observa-se que a média dos domínios daqueles que retornaram à atividade produtiva foi maior em relação aos que não retornaram, ou seja, o retorno à atividade produtiva indica satisfação com a qualidade de vida em todos os domínios.



# *DISCUSSÃO*

## 6 DISCUSSÃO

No presente estudo, as vítimas de TCE, em sua maioria, foram homens jovens em idade produtiva. Em pesquisa realizada nos anos de 2006 e 2007, os dados do Ministério da Saúde revelaram achados semelhantes, nos quais os acidentes atingem três vezes mais os homens jovens que as mulheres (BRASIL, 2009).

Pereira e colaboradores (2006), em estudo prospectivo realizado em Aracaju com 470 vítimas de trauma, evidenciaram o predomínio de vítimas de trauma em adultos jovens e, por conseguinte, em idade laboral. Estes resultados traduzem o custo social gerado pelo trauma em razão das sequelas que podem comprometer a qualidade de vida dessas vítimas (SOUSA et al., 2009; LEE et al., 2010).

O predomínio de acidentes em pessoas jovens que pode ocasionar mortes, é atribuído a diversos fatores, como: as características da idade, imaturidade, superestimação de sua capacidade e limites, pouca experiência na habilidade ao dirigir, ingestão de álcool, uso de drogas, comportamentos de risco, não adesão às leis e utilização do Equipamento de Proteção Individual-EPI (OLIVEIRA; SOUSA, 2003; SOUSA, 2006; BROWN et al., 2008; BRASIL, 2009; SILVA et al., 2009a; MALVESTIO; SOUSA, 2010; SKANDSEN et al., 2010; TOIEN et al., 2010).

As características das vítimas em relação ao estado civil indicaram que eram solteiras (51,1%), menos de 8 anos de escolaridade (57,4%), que exerciam atividade remunerada (70,2%) e retornaram ao trabalho (68,1%). Tais evidências assemelham-se a estudos que analisaram vítimas de acidentes, em que a maioria dos indivíduos com TCE é pessoa de baixa escolaridade, solteira e com ocupação remunerada (SOUSA; KOIZUMI, 1996; BUSHNIK et al., 2003; MELO et al., 2004; SOUSA, 2006; IRDESEL et al., 2007; ALVES et al., 2009; GAWRYSZEWSKI et al., 2009; TOIEN et al., 2010; BRASIL, 2009).

O retorno ao trabalho é considerado de grande importância para a autoestima, reabilitação, qualidade de vida e reintegração das vítimas na sociedade. As vítimas de TCE que retomam suas atividades ocupacionais, em geral, relatam bem-estar, maior integração na comunidade, usam menos os serviços de saúde, relatam melhora na qualidade de vida e devem contribuir para o sentimento de produtividade além de propiciarem o desenvolvimento da autoestima (BUSHNIK et al., 2003; VAN VELZEN et al., 2009).

A maioria dos traumas (74,5%) procede da Capital e Sergipe é o segundo Estado da Região Nordeste que mais cresceu nos últimos 10 anos com a segunda maior frota de



veículos/mil habitantes da Região Nordeste (MELLO JORGE; KOIZUMI, 2007), com destaque para Aracaju que em outubro de 2010 possuía uma frota de 202.551 veículos (DENATRAN, 2011).

Os dados mais recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelam que, em 2010, o Estado de Sergipe possuía uma população estimada de 2.068.031 e, no Município de Aracaju, encontra-se parte dessa população representada por 570.937 pessoas. É conhecida a existência de hospitais regionais localizados em alguns municípios, mas, é em Aracaju que se encontra o centro de referência especializado ao traumatizado.

As características do evento em relação ao mecanismo do trauma indicaram uma predominância de acidentes de transporte. O achado assemelhou-se ao estudo realizado em São Paulo com 120 vítimas de TCE que evidenciaram o acidente de transporte como principal mecanismo do trauma (SILVA et al., 2009).

Estudos apontam que esses acidentes são responsáveis por mais de 1 milhão de deficiências e incapacidades em razão do trauma mecânico no Brasil (BUSHNIK et al., 2003; MELO et al., 2004; PEREIRA et al., 2005; SOUSA, 2006; IRDESEL et al., 2007; ALVES et al., 2009).

Em pesquisa realizada por Bergeron e colaboradores (2003), em Quebec, Canadá, durante 3 anos com 724 vítima de trauma, os autores identificaram que a maioria das vítimas era homem, com idade média de 39 anos, vítimas de acidente de transporte. Muitos fatores contribuem para a ocorrência dos acidentes, dentre eles, as condições meteorológicas, estação do ano, dia da semana, ingestão de bebida alcoólica, variações da temperatura ambiente, fadiga, atenção e respeito às leis de trânsito (BASTOS et al., 2005; BATISTA et al., 2006; ITAMI et al., 2009;).

Neste estudo, a maioria das vítimas relatou ingestão de bebida alcoólica. O ato de dirigir é algo complexo que exige do motorista elevado grau de concentração, desempenho psicomotor e ainda requer o uso, ao mesmo tempo, de uma série de mecanismos neuropsicológicos que podem ser alterados mesmo com baixos níveis de concentração alcoólica no sangue, muito aquém daqueles legalmente admitidos para caracterizar o estado de embriaguez no Brasil (DUAILIBI; LARANJEIRA, 2007; ANDRADE et al., 2009; FELL et al., 2009).

Foi observado ainda que a maioria das vítimas (66%) apresentou três ou mais lesões corpóreas, tendo como principal a contusão cerebral. O achado assemelhou-se ao estudo realizado em São Paulo com 156 vítimas de trauma que evidenciaram a contusão cerebral como principal lesão (SOUSA et al., 1999).

O prognóstico das vítimas de TCE está associado às lesões localizadas na cabeça que causam uma vulnerabilidade do sistema nervoso às agressões e limitam sua capacidade de recuperação. Essas podem apresentar sequelas e incapacidades temporárias ou permanentes que acarretam prejuízos na qualidade de vida do doente e sua família (PETCHPRAPAI; WINKELMAN, 2007; SILVA et al., 2009; SENDROY-TERRILL et al., 2010; SKANDSEN et al., 2010).

Em 2000, em todo o mundo, entre 20 e 50 milhões de pessoas ficaram incapacitadas total ou parcialmente em decorrência de lesões provocadas por acidentes de trânsito. As vítimas de lesões e trauma ocuparam 10% de todos os leitos hospitalares. Na América Latina, o custo aproximado das incapacidades e mortes por esses eventos foi de 18,9 bilhões de dólares, já nos países altamente motorizados, de 453,3 bilhões (SOUZA et al., 2007).

As vítimas deste estudo quando entrevistadas tinham 10,5 meses (mediana) de tempo decorrido, após o trauma e permaneceram internadas 13,5 dias (mediana) no hospital. Estudos correlatos apresentam uma média que variou de 6,3 dias e de 18,8 dias para internamento e menos de 1 ano de tempo do evento (SOUSA et al., 1999; SOUSA, 2006; DUAILIBI; LARANJEIRA, 2007).

Campos (2001), em estudo realizado com vítimas de TCE com lesão contusa, evidenciou que o tempo de internamento prolongado está relacionado à gravidade das lesões. Tooth e colaboradores (2001), em um centro de trauma na Austrália, pesquisaram o tempo de permanência de 149 vítimas de trauma por um período de 5 anos e identificaram que a longa permanência está relacionada à presença de sequelas durante o tratamento da fase aguda.

Melo Jorge e Koizumi (2007) relatam que as vítimas de trauma são responsáveis por 118.122 internações hospitalares pagas pelo SUS, em 2005. Estes dados refletem o aumento no atendimento em unidades de emergência dos hospitais que se encontram em situação de superlotação. Os altos custos relacionados ao internamento por vítimas de trauma suscitam medidas preventivas que possam diminuir a ocorrência de lesões e sequelas decorrentes do trauma.

Neste estudo, foram evidenciadas sequelas físicas, comportamentais e cognitivas, após o trauma que comprometem o reaprendizado das habilidades funcionais, prejudicam a comunicação e a ressocialização desses indivíduos. Esses resultados são compatíveis à pesquisa realizada por Steel e colaboradores (2010) com 620 pacientes de múltiplas lesões em seguimento de dez anos, os quais identificaram vítimas com dor crônica frequente após o trauma e sequelas físicas que interferiam na qualidade de vida.

A presença de consequências pós-TCE reflete na qualidade de vida das vítimas, no relacionamento social, familiar e no retorno ao trabalho, após o trauma (HORA; SOUSA, 2005; NAMPIAPARAMPIL, 2008; MARTINS et al., 2009; PACHECO et al., 2009).

Segundo Toien e colaboradores (2010), as sequelas físicas e psicológicas das vítimas de TCE podem causar alterações neuropsiquiátricas posteriores ao evento. Em termos gerais, incluem-se as alterações cognitivas e comportamentais, que podem ocasionar comprometimento da qualidade de vida e interferir na capacidade de desempenho de suas funções.

De forma geral, as vítimas apresentaram percepção positiva de sua qualidade de vida, avaliada com o *WHOQOL-bref*. Esses achados se assemelham ao estudo realizado em São Paulo, com 35 vítimas de TCE avaliadas após seis meses da alta hospitalar por meio do *WHOQOL bref* (ALVES et al., 2009).

Em contrapartida o estudo realizado no Município de Maringá com 67 motociclistas no período de 9 meses a 1 ano evidenciou, por meio do instrumento SF-36, que não houve diferença em sua condição de saúde após o trauma, quando comparada ao período anterior ao trauma (OLIVEIRA, SOUSA, 2003).

O trauma pode afetar a qualidade de vida, e os fatores associados a esse comprometimento são a gravidade do trauma, idade, sintomas cognitivos e comportamentais, tempo decorrido do trauma, retorno à atividade produtiva, relações sociais e familiares (JOHANSEN et al., 2007; BAMPI et al., 2008; ALVES et al., 2009).

É importante ressaltar que o desfecho do trauma está diretamente relacionado a fatores, como tempo de permanência hospitalar, escolaridade e condição de saúde preexistente. Entretanto, fatores como a qualidade da assistência prestada à vítima tem importância fundamental na capacidade de prever o desfecho desfavorável (HORA; SOUSA, 2006; JOHANSEN et al., 2007; BAMPI et al., 2008; ALVES et al., 2009).

Apesar deste estudo evidenciar incapacidade física, cognitiva e comportamental em suas vítimas, sua satisfação com a qualidade de vida e saúde pode estar relacionada ao acompanhamento ambulatorial e retorno à atividade produtiva. A boa reintegração social e o retorno à atividade produtiva trazem benefícios objetivos e subjetivos na avaliação da qualidade de vida dessas vítimas (HICKEN et al., 2002; NUTTHITA; WINKELMAN, 2007; GREEN et al., 2008; LEE et al., 2010; SENDROY-TERRILL et al., 2010; SKANDSEN et al., 2010; TOIEN et al., 2010).

Quando avaliamos individualmente os domínios da qualidade de vida, observamos que as maiores médias foram obtidas nos domínios psicológicos e relações

sociais. Esses resultados se assemelham ao estudo de Alves e colaboradores (2009), realizado no Hospital de Emergência de Ribeirão Preto com 35 vítimas de trauma, evidenciaram que as maiores médias foram obtidas no domínio das relações sociais (69,7) e psicológicas (62,5), entretanto, em pesquisa realizada na Noruega com 70 vítimas observaram que as maiores médias foram encontradas nos domínios físico e nas relações sociais (JOHANSEN et al., 2007).

Lin e colaboradores (2010) evidenciaram em estudo com segmento de vítimas de TCE, por meio do instrumento WHOQOL *bref*, em três momentos: alta hospitalar, 6 e 12 meses após o trauma, que o escore dos domínios da qualidade de vida aumentou com o decorrer do tempo, ou seja, ao final dos 12 meses tinham uma percepção da qualidade de vida superior ao momento da saída do hospital.

A satisfação com a qualidade de vida pode estar relacionado à percepção das vítimas sobre suas atividades cotidianas, retorno a atividade produtiva, apoio social e familiar, vida sexual, relações sociais, aparência física, concentração, autoestima, crenças pessoais e identificação de seus sentimentos.

Esta também pode estar relacionada a fatores extrínsecos e intrínsecos, presentes na vida do indivíduo. Um ambiente social propício e satisfatório para as vítimas oferece segurança para realizar as atividades da vida diária, integração social e facilita a adaptação nas mudanças decorrentes do trauma (DIJKERS, 2004; HORA; SOUSA, 2006; LIN et al., 2010).

Na correlação entre os domínios, observou-se que houve uma associação significativa entre o físico e psicológico. Em estudo realizado em Brasília, com 111 vítimas de lesão medular traumática em programa de reabilitação nos últimos 5 anos evidenciou, por meio do WHOQOL-*bref*, uma forte associação entre os domínios psicológico e de relações sociais (BAMPI et al., 2008).

Algumas lesões causadas pelo TCE ocasionam limitações e alterações físicas com as quais as vítimas necessitam conviver. A capacidade para trabalhar, desempenhar as atividades da vida diária, disposição diante da dor, dependência de tratamentos, energia no dia a dia, locomoção e sono são algumas das mudanças físicas ocasionadas pelo trauma que podem dificultar e interferir na qualidade de vida das vítimas de TCE (JOHANSEN et al., 2007; BAMPI et al., 2008; ALVES et al., 2009).

A quebra da unidade psicofísica da pessoa e as limitações provocam reações psicológicas diversas. Essa condição deixa o indivíduo com prejuízo físico e psicológico, diante disso, as redes de apoio são fundamentais para estimular o tratamento e o processo de reabilitação dessas vítimas. A família pode ser fonte de apoio e de estímulo, servindo de

alicerce para as relações interpessoais, para a visão do mundo e às experiências (FELÍCIO, 2003; DIJKERS, 2004; BOMBARDIER et al., 2006; HORA; SOUSA, 2006; NUTTHITA; WINKELMAN, 2007).

A maioria das vítimas deste estudo que retornou à atividade produtiva apresentou as maiores médias nos domínios de relações sociais (79,9) e físico (79,5). O retorno à atividade produtiva pode estar relacionado à retomada na capacidade funcional e motora das vítimas, além de reinserção social, estabilização individual e familiar (SOUSA; KOIZUMI, 1999; BUSHNIK et al., 2003; KREUTZER et al., 2003; SILVA et al., 2008; SILVA et al., 2009b). Silva e colaboradores (2009b) destacam que a melhor qualidade de vida está associada ao ajustamento social das vítimas.

A capacidade de trabalho é socialmente reconhecida como norma fundamental para definição da normalidade em nossa sociedade e representa o vínculo do indivíduo com a comunidade e sua impossibilidade traz o sentimento de perda da normalidade e ausência de autonomia. Como em toda sociedade capitalista, as demandas socioeconômicas e a capacidade para trabalhar são aspectos importantes para uma condição normal saudável (HICKEN et al., 2002; NUTTHITA; WINKELMAN, 2007; SILVA et al., 2008; VAN VELZEN et al., 2009; LIN et al., 2010).

As vítimas que não retornam à ocupação anterior, apresentam prejuízo significativo na qualidade de vida e de seus familiares em nível biológico, psíquico, social e econômico. O trauma é uma doença capaz de gerar mudanças no papel social da vítima e dos familiares que estão em convívio diário com as limitações impostas pelas sequelas, processo de tratamento e reabilitação (HICKEN et al., 2002; NUTTHITA; WINKELMAN, 2007; VAN VELZEN et al., 2009).

A atividade remunerada é um dos principais determinantes da qualidade de vida, afeta outros fatores importantes, como padrão de vida, segurança financeira, situação conjugal e oportunidades de conhecer pessoas. O retorno à atividade produtiva tem impacto positivo na satisfação com a saúde e qualidade de vida (SILVA et al., 2008; LIN et al., 2010).

Para Sluzki (1997) existe uma correlação positiva entre rede social e saúde, que é assim descrita, a doença crônica em uma pessoa deteriora a qualidade de sua interação social e a longo prazo reduz o tamanho (o número de pessoas) e a possibilidade de acesso a sua rede social, esse efeito negativo produz um impacto negativo sobre a saúde do indivíduo ou do grupo.

Diante do exposto é de fundamental importância a reintegração do indivíduo na rede social e o acompanhamento ambulatorial com vistas ao bem-estar pessoal. Neste aspecto,

**Qualidade de vida das vítimas de trauma cranioencefálico em Sergipe**

o Enfermeiro pode contribuir de maneira significativa na reabilitação das vítimas, por meio da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) junto a sua equipe, de acordo com a avaliação das necessidades individuais que visem à promoção do autocuidado, controle da dor, orientações sobre o tratamento e sequelas do trauma com o envolvimento da sua família que também sofre as consequências do trauma.



# *CONCLUSÃO*

## 7 CONCLUSÃO

O estudo da qualidade de vida das vítimas de trauma cranioencefálico em Sergipe, realizado com 47 vítimas de trauma acompanhadas em ambulatório de neurocirurgia, permitiu evidenciar os seguintes achados:

- A maioria das vítimas era composta de homens, jovens, solteiros, com menos de 8 anos de escolaridade, procedentes da Capital, com atividade remunerada, vítimas de acidente de transporte, relato de ingestão alcoólica, com três ou mais lesões, sofreram contusão cerebral há 10,5 meses e permaneceram no hospital 13,5 dias.
- Após o trauma, a maioria das vítimas apresentou cefaléia, que não alterou a situação conjugal e retornou à ocupação anterior.
- As vítimas informaram satisfação com a qualidade de vida e sua saúde. O domínio psicológico apresentou o maior escore, e a correlação mais alta foi verificada entre os domínios físicos e as relações sociais.
- As vítimas que retornaram à atividade produtiva, apresentaram maior escore no domínio das relações sociais.





# *CONSIDERAÇÕES FINAIS*

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência do estudo da qualidade de vida das vítimas de trauma cranioencefálico atendidas em ambulatório de Aracaju, referência no atendimento às vítimas de TCE, possibilitou uma compreensão da qualidade de vida dessas vítimas e indica a necessidade de constantes investimentos em reabilitação e assistência especializada.

A falta de registro nos prontuários referente à localização e o não comparecimento das vítimas às consultas foram as maiores dificuldades no campo da pesquisa, visto que foi necessário realizar visita domiciliar para avaliar todas as vítimas.

Comumente nos hospitais as vítimas de trauma saem de alta com pouca ou nenhuma orientação a respeito das consequências do trauma. Quando as lesões são de maior gravidade há o seguimento ambulatorial, entretanto, mesmo nos traumas leves há consequências que não são visualizadas em exames laboratoriais ou de imagem, mas que podem comprometer suas relações sociais e qualidade de vida.

São muitas as vítimas e famílias que estão sofrendo as consequências do trauma sozinhas, sem o apoio da rede social, com dificuldades financeiras, de necessidades humanas básicas e sem acesso à saúde, consideradas fundamentais para o bem-estar do indivíduo.

Acredita-se que o enfermeiro, com o seu importante papel de educador no processo saúde-doença, possa contribuir para o desenvolvimento de uma assistência de enfermagem sistematizada voltada a reabilitação das vítimas de TCE e suas famílias.

A divulgação dos resultados da qualidade de vida das vítimas de TCE é de grande relevância pelo ineditismo da pesquisa no Estado com esta especificidade e, portanto, serão colocados à disposição da Direção do CEMAR e HUSE e podem suscitar pesquisas futuras para evidenciar os indicadores da qualidade de vida nas vítimas após o TCE.

Sugere-se, com base nos resultados obtidos:

- Discussão sobre a prevenção do trauma, reabilitação e promoção à saúde em hospitais, escolas e comunidade hospitalar;
- Direcionamento de ações Públicas de Saúde à reabilitação, tratamento especializado e planejamento em prol da melhoria na qualidade de vida da sociedade;
- Conscientização das vítimas e familiares, além dos profissionais de saúde em geral, da importância do acompanhamento ambulatorial sistematizado e a reinserção social.



# *REFERÊNCIAS*

## REFERÊNCIAS

- ALVES, A. L. A. et al. Qualidade de vida de vítimas de trauma seis meses após a alta hospitalar. **Rev Saúde Pública**. v.43 (1):154-60. 2009.
- ANDRADE, A. F. et al. Mecanismos de lesão cerebral no traumatismo cranioencefálico. **Rev Assoc Med Bras**. v.55 (1):75-81. 2009.
- ANDRADE, L. M.; LIMA, M. A.; SILVA, C. H. C.; CAETANO, J. A. Acidentes de Motocicleta: características das vítimas e dos acidentes em hospital de Fortaleza-CE, Brasil. **Rev Rene. Fortaleza**. v. 10 (4):52-59. 2009.
- ARCINIEGAS, D.; ANDERSON, C. A.; TOPKOFF, J.; MCALLISTER, T. Mild Traumatic Brain Injury: a neuropsychiatric approach to diagnosis, evaluation, and treatment. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**. v. 1 (4):311–327. 2005.
- BAIRD, A.; PAPADOPOULOU, K.; GREENWOOD, R.; CIPOLOTTIL. Memory functions after resolution of pos traumatic amnesia. **Bran Inj**. v. 19 (10):811-7. 2005.
- BAMPI, L. N. S.; GUILHEM, D.; LIMA, D. D. Qualidade de vida em pessoas com lesão traumática: um estudo com o WHOQOL-bref. **Rev Bras Epidemiol**. v. 11 (1):67-77. 2008.
- BASTOS, Y. G. L.; ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A. Características dos acidentes de trânsito e das vítimas atendidas em serviço pré-hospitalarem cidade do Sul do Brasil, 1997/2000. **Cad. Saúde Pública**. v. 21 (3):815-822. 2005.
- BATISTA, S. E. A. et al. Análise comparativa entre mecanismos de trauma, as lesões e o perfil da gravidade das vítimas, em Catanduva-SP. **Rev Col Bras Cir**. v.33 (1):6-10. 2006.
- BERGERON, E. et al. Implementing a routine screening program in the acute care setting for mild traumatic brain injury. **European Journal of trauma**. v. 2:85-91. 2003.
- BERNAL-PACHECO, O.; VEGA-RINCÓN, M.; HERNÁNDEZ-PRECIADO, J. F. Consecuencias neuropsiquiátricas Del trauma craneoencefálico. **Rev. Fac. Med**. v.17 (1): 65-74. 2009.
- BOMBARDIER, C. H. et al. Posttraumatic stress disorder symptoms during the first six months after traumatic brain injury. **J. Neuropsychiatry Clin Neurosci**. v. 18 (4):501-508. 2006.
- BRASIL. Ministério da saúde. DATASUS. Informações de saúde. Estatística e Mortalidade. **Óbito por ocorrência segundo causas externas de morbidade e mortalidade do Brasil** [texto na internet]. Brasília, 2010a. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/extuf.def>.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações de saúde. Informações sobre orçamento públicos em saúde (SIOPS)**. [texto na internet]. Brasília, 2010b. Disponível em:

[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=34796&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=34796&janela=1).

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações de saúde. Estatística e Mortalidade. Internações hospitalar do SUS segundo causas externas de morbidade e mortalidade do Brasil** [texto na internet]. Brasília, 2008. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cih/tabcgi.exe?sim/cnv/eiuf.def>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. VIVA : vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BROWN, A. W. et al. Congenital and acquired brain injury. 1. Epidemiology, pathophysiology, prognostication, innovative treatments and prevention. **Arch Phys Med Rehabil**. v.89 (1):3-8. 2008.

BUSHNIK, T.; HANKS, R. A.; KREUTZER, J.; ROSENTHAL, M. Etiology of Traumatic Brain Injury: Characterization of Differential Outcomes Up to 1 Year Postinjury. **Arch Phys Med Rehabil**. v. 28:255-62. 2003.

CAMPOS, M. A. **O “Injury severity score” e a sua nova proposta em vítimas de trauma cranioencefálico: diferenças em resultados de valor preditivo**. [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem da USP. 2001.

CICONELLI, R M. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev. Bras. Reumatol**. v. 39(3): 143-149. 1999.

CORRIGAN, J. D.; BOGNER, J. Latent factors in measures of rehabilitation outcomes after traumatic brain injury. **J. Head Trauma Rehabil**. v. 19 (6):445-58. 2004.

DE GUISE, E. et al. Effect of an integrated reality orientation programme in acute care on post- traumatic amnesia in patients with traumatic brain injury. **Brain Inj**. v. 19 (4):263-9. 2005.

DENATRAN. Ministério das Cidades. **Frotas de veículos** [texto na internet]. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.denatran.gov.br/frota.htm>.

DEPALMA, J. A. Measuring quality of life after of patients of traumatic brain injury. **Critical Care Nurs Q**. v. 23 (4):42-51. 2001.

DIJKERS, M. P. Quality of life after traumatic brain injury: a review of research approaches and findings. **Arch Phys Med Rehabil**. v 2:21-35. 2004.

DUALIBI, S.; LARANJEIRA, R. Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. **Rev Saúde Pública**. v. 41 (5):839-48. 2007.

- FELÍCIO, J. L. As famílias de pacientes com doenças crônicas graves: funcionamentos mais característicos. **Revista Mundo Saúde**. v. 27 (3):426. 2003.
- FELL, J. C. et al. The impact of underage drinking laws on alcohol-related fatal crashes of young drivers. **Alcohol Clin Exp Res**. v. 33 (7):1208-19. 2009.
- FLECK, M. P; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M. WHOQOL-OLD Project: method and focus group results in Brazil. **Rev. Saúde Pública**. v. 37 (6):793-9. 2003.
- FLECK, M. P. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Rev Saude Publica**. v. 33 (2):198- 205. 1999.
- FLECK, M. P. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Rev Saude Publica**. v. 34 (2):178-83. 2000.
- GAWRYSZEWSKI, V. P. et al. Perfil dos atendimentos a acidentes de transporte terrestre por serviço de emergência em São Paulo. **Rev. Saúde Pública**. v.43 (2):275-82. 2009.
- GREEN, R. E. et al. Prediction of return to productivity after severe traumatic brain injury: investigations of optimal neuropsychological tests and timing of assessment. **Arch Phys Med Rehabil**. v. 89 (2):51-60. 2008.
- HESDORFFER, D. C.; RAUCH, S. L.; TAMMINGA, C. A. Following traumatic brain injury: a long-term psychiatric outcomes review of the literature. **J Head Trauma Rehabil**. v. 24 (6):452–459. 2009.
- HICKEN, B. L. et al. Life Satisfaction following spinal cord and traumatic brain injury: a comparative study. **Journal of Rehabilitation Research and Development**. v. 39 (3):359-366. 2002.
- HORA, E. C.; SOUSA, R. M. C. Os efeitos das alterações comportamentais das vítimas de trauma cranioencefálico para o cuidador familiar. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**. v. 13 (1):93-8. 2005.
- HORA, E. C.; SOUSA, R. M. C. Mudanças nos papéis sociais: uma consequência do trauma crânio-encefálico para o cuidador familiar. **Rev.Latino-am Enfermagem**. v.14 (2):183-9. 2006.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Resultados do censo 2010, em 29 de novembro de 2010**. Período de apuração: 2010. Disponível em: [http://www.censo2010.ibge.gov.br/primeiros\\_dados\\_divulgados/index.php?uf=8](http://www.censo2010.ibge.gov.br/primeiros_dados_divulgados/index.php?uf=8).
- IRDESEL, J.; AYDINERM, S. B.; AKGOZ, S. Rehabilitation outcome after traumatic brain injury. **Neurocirugía**. v.18 (1):5-15. 2007.
- ITAMI, L. T. et al. Adultos com fraturas: das implicações funcionais e cirúrgicas à educação em saúde. **Rev Esc Enfermagem USP**. v. 43 (2):1238-43. 2009.

JOHANSEN, V. A. et al. The predictive value of post-traumatic stress disorder symptoms for quality of life: a longitudinal study of physically injured victims of non-domestic violence. **Health and Quality of Life Outcomes**. v. 5 (26):1-11. 2007.

KASHLUBA, S. et al. A longitudinal, controlled study of patient complaints following treated mild traumatic brain injury. **Arch Clin Neuropsych**. v. 19:805-16. 2004.

KREUTZER, J. S. et al. Moderating Factors in Return to Work and Job Stability After Traumatic Brain Injury. **Journal of Head Trauma Rehabilitation**. v.18 (2):128-138. 2003.

KOIZUMI, M. S.; DICCINI, S. **Enfermagem em neurociência: fundamentos para a prática clínica**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2006.

KOIZUMI, M. S.; ARAÚJO, G. L. Escala de Coma de Glasgow – subestimação em pacientes com respostas verbais impedidas. **Acta Paul Enferm**. v.18 (2):136-42. 2005.

LANGLOIS, J. A.; RUTLAND-BROWN, W.; THOMAS, K. E. **Traumatic brain injury in the United States: emergency department visits, hospitalizations and deaths**. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2004.

LEE, Y. Y. et al. Association between the initial anatomical severity and opportunity of return to work in occupational hand injured patients. **The Journal of Trauma Injury**. v. 69 (6):88-93. 2010.

LIN, M. R. et al. Longitudinal changes in the health-related quality of life during the first year after traumatic brain injury. **Arch Phys Med Rehabil**. v. 91 (3):474- 480. 2010.

MAILHAN, L.; AZOUVI, P.; DAZORD, A. Life satisfaction and disability after severe traumatic brain injury. **Brain injury**. v. 19 (4):227-38. 2005

MALVESTIO, M. A. A.; SOUSA R. M. C. Indicadores clínicos e pré-hospitalares de sobrevivência no trauma fechado: uma análise multivariada. **Rev Esc Enferm USP**. v. 44 (2):352-9. 2010.

MARTINS H. A. L. et al. **Post traumatic headache**. **Arq Neuropsiquiatr**. v. 67 (1):43-45. 2009.

MCFARLAND, K.; JACKSON, L.; GEFFEN, G. Post- traumatic amnesia: consistency-of-recovery an duration-to- recovery following traumatic brain impairment. **Clin Neuropsychol**. v.15 (1):59-68. 2001.

MELLO JORGE, M. H.; KOIZUMI, M. S. Gastos Governamentais do SUS com Internações Hospitalares por Causa Externa: análise no estado de São Paulo, 2000. **Rev. Bras. Epidemiol**. v.7 (2):228 – 238. 2004.

MELLO JORGE, M. H. P.; KOIZUMI, M. S. **Acidentes de trânsito no Brasil: um atlas de sua distribuição**. São Paulo: ABRAMET, 2007.

- MELO J. R. T.; SILVA, R. A.; MOREIRA JR., E. D. Características dos pacientes com trauma cranioencefálico na cidade do Salvador, Bahia, Brasil. **Arq Neuropsiquiatr.** v. 62 (3):711-15. 2004.
- NEUGEBAUER, E. Quality of life after multiple trauma. **Restorative Neurology and Neuroscience.** v. 20: 83–84. 2002.
- MURTHY, T. V. S. P. Prehospital Care of Traumatic Brain Injury. **Indian Journal of Anaesthesia.** v. 52 (3):258-263. 2008.
- NAKASE- THOMPSON, R. et al. Acute confusion following traumatic brain injury. **Brain Inj.** v.18 (2):131-142. 2004.
- NAMPIAPARAMPIL, D. E. Prevalence of chronic pain after traumatic brain injury: a systematic review. **JAMA.** v. 300 (6):711-719. 2008.
- NUTTHITA, P.; WINKELMAN, C. Mild traumatic brain injury: determinants and subsequent quality life. A review of the literature. **Journal of Neuroscience Nursing.** v. 39 (5):260-272. 2007.
- OLIVEIRA, N. L. B.; SOUSA, R. M. C. Diagnóstico de lesão e qualidade de vida de motociclistas, vítimas de acidentes de trânsito. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 11 (6):749-756. 2003.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças em Português. Classificação estatística de Doenças e Problemas Relacionados á Saúde. 10ª ver. São Paulo: **EDUSP**, 1998.
- PACHECO, O. B.; RINCÓN, M. V.; PRECIADO, J. F. H. Consecuencias neuropsiquiátricas del trauma craneoencefálico. **Revista Med.** v. 17 (1):65-74. 2009.
- PAGULAYAN, K. F.; TEMKIN, N. R.; MACHAMER, J.; DIKMEN, S. S. A longitudinal study of health-related quality of life after traumatic brain injury. **Arch Phys Med Rehabil.** v. 87:611-8. 2006.
- PETCHPRAPAI, N.; WINKELMAN, C. Mild traumatic brain injury: determinants and subsequent quality of life. A review of the literature. **Journal of Neuroscience Nursing.** v. 39 (5):260-72. 2007.
- PEREIRA, C. U. **Neurotraumatologia.** 1ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- PEREIRA, C. U.; BARRETO, A. S.; MOREIRA, L. C. M. Traumatismos cranioencefálicos leves. **Arq Bras Neurocir.** v. 24 (2):58-66. 2005.
- PEREIRA, C. H., DUARTE, G. C.; SANTOS, E. A. S. Avaliação epidemiológica do traumatismo cranioencefálico no interior do Estado de Sergipe. **Arq Bras Neurocir.** v. 25 (1):8-16. 2006.
- PHTLS- **Prehospital Trauma Life Support.** [Tradução de Diego Alfaro e Hermínio de Mattos Filho]. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.



PIRES, T. B.; STARLING, V. S. **Manual de urgência em pronto-socorro**. 8ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2006.

POCA, M. A. **Actualizaciones sobre los traumatismos craneoencefálicos (TCE)**. Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario Vall d'Hebron; Barcelona. 2004.

POLIT, D. F. et al. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: método, avaliação e utilização**. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

SANTOS, S. R. et al. Elderly quality of life in the community: application of the Flanagan's scale. **Rev.Latino-am Enfermagem**. v. 10 (6):757-64. 2002.

SEIBERT, P. S. et al. Brain injury: quality of life's greatest challenge. **Brain Inj**. v.16 (10):837-48. 2002.

SENDROY-TERRILL, M.; WHITENECK, G. G.; BROOKS, C. A. Aging with traumatic brain injury: cross-sectional follow-up of people receiving inpatient rehabilitation over more than 3 decades. **Arch Phys Med Rehabil**. v. 91 (3):489-497. 2010.

SILVA, M. J. et al. Patient outcome after traumatic brain injury in high-, middle- and low-income countries: analysis of data on 8927 patients in 46 countries. **International Journal of Epidemiology**. v. 38 (2):452-458. 2009a.

SILVA, C. B. et al. Retorno a atividade produtiva após reabilitação dos pacientes deambuladores vítimas de trauma crânioencefálico. **Fisioter Pesq**. v.15 (1):6-11. 2008.

SILVA, C. B. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com trauma crânioencefálico. **Fisioter Pesq**. v.16 (4):311-5. 2009b.

SLUZKI, CE. **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas**. Trad. De Claudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo: 1997.

SMELTZER, C. S.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica**. 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SKANDSEN, T. et al. Cognitive impairment 3 months after moderate and severe traumatic brain injury: a prospective follow-up study. **Arch Phys Med Rehabil**. v. 91 (12):1904-1913. 2010.

SKEVINGTON, S. M.; SARTORIUS, N.; AMIR, M.; THE WHOQOL GROUP. Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings: The history of the WHOQOL instruments. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**. v. 39 (1):1-8. 2004a.

SKEVINGTON, S. M.; OCONNELL, K.; THE WHOQOL GROUP. Can we identify the poorest quality of life? Assessing the importance of quality of life using the WHOQOL-100. **Quality of Life Research**. v. 13 (1):23-34, 2004b.

SKEVINGTON, S. M.; LOTFY, M.; OCONNELL, K.; THE WHOQOL GROUP. The World Health Organisation's WHOQOL-Bref quality of life assessment: Psychometric properties and the results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. **Quality of Life Research**. v.13 (2):299-310, 2004c.

SOUSA, R. M. C. et al. **Atuação no trauma: uma abordagem para a enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

SOUSA, R. M. C.; KOIZUMI, M. S. Recuperação das vítimas de traumatismo cranioencefálico no período de 1 ano após o trauma. **Rev. Esc. Enferm USP**. v. 30 (3):484-500. 1996.

SOUSA, R. M. C. Comparação entre instrumento de mensuração das consequências do trauma crânio-encefálico. **Rev Esc Enferm USP**. v. 40 (2):203-13. 2006.

SOUSA, R. M. C.; REGIS, F. C.; KOIZUMI, M. S. Traumatismo cranioencefálico: diferença das vítimas pedestres e ocupantes de veículos a motor. **Rev. Saúde Pública**. v. 33 (1):85-9. 1999.

SOUSA, R. M. C.; KOIZUMI, M. S. Vítimas de trauma cranioencefálico e seu retorno a atividade produtiva após 6 meses e 1 ano. **Rev. Esc. Enferm USP**. v. 33 (3):312-22. 1999.

SOUZA, J. P. B.; SILVA, M. R. Traumatismo cranioencefálico. In: MARTINS, S.; SOUTO, M.I.D. (Org). **Manual de emergências médicas**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S.; FRANCO, L. G. Avaliação do processo de implementação e implantação do programa de redução da mortalidade por acidentes de trânsito. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 16 (1):19-31. 2007.

SOUZA, C. A. C. **Neuropsiquiatria dos Traumatismos Cranioencefálicos**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

STEEL, J. Health-related quality of life in patients with multiple injuries and traumatic brain injury 10+ years postinjury. **J. Trauma**. v. 69 (3): 523-30. 2010.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. **Social Science and Medicine**. v. 41: 1403-1409. 1995.

TOIEN, K. et al. Psychological distress after severe trauma: a prospective 1-year follow-up study of a trauma intensive care unit population. **The Journal of Trauma Injury**. v. 69 (6):1552-1559. 2010.

TOOTH, L. et al. Rehabilitation outcomes for brain injured patients in Australia: functional status, length of stay and discharge destination. **Brain Injury**. v. 15 (7):603-31. 2001.

VAN VELZEN, J. M. et al. Prognostic factors of return to work after acquired brain injury: A systematic review. **Brain Injury**. v.23 (5):385-395. 2009.

VON STEINBÜCHEL, N. et al. Quality of Life after Brain Injury (QOLIBRI): Scale validity and correlates of quality of life. **Journal of Neurotrauma**. v. 27: 1157-1165. 2010.



# *APÊNDICES*

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG \_\_\_\_\_, Declaro estar ciente de que a pesquisa com título "Qualidade de vida das vítimas de TCE em Sergipe", que tem como objetivo avaliar sua qualidade de vida após seis meses do trauma na cabeça. Concordo em conceder entrevista e responder aos questionários à pesquisadora estando esclarecido quanto ao direito de excluir meu consentimento em qualquer fase do processo e que será garantido sigilo absoluto sem prejuízo da minha imagem. Estou esclarecido também que a pesquisa não trará nenhum risco ou ônus financeiro e que posso retirar-me a qualquer momento, sem que isto resulte prejuízo ao meu tratamento.

Aracaju/SE, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

---

Sujeito da Pesquisa

---

Rita de Cássia Almeida Vieira (pesquisadora)

Contato: 79-88418142

## APÊNDICE B

### QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA VÍTIMA DE TCE

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Nível Educacional: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Mudança de Situação Conjugal após Evento Traumático: \_\_\_\_\_

Procedência: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Retorno a Ocupação Anterior antes do Trauma: \_\_\_\_\_

Mecanismo do Trauma: \_\_\_\_\_

Tempo de Permanência Hospitalar: \_\_\_\_\_

Número e Tipos de Lesões: \_\_\_\_\_

Tempo do Evento Traumático: \_\_\_\_\_

Problema de Saúde Atual/Condição Presente: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE C

### **Levantamento Epidemiológico das vítimas de Trauma Cranioencefálico acompanhadas ambulatorialmente em Sergipe/ Brasil**

Rita de Cássia Almeida Vieira <sup>I</sup>

Edilene Curvelo Hora <sup>II</sup>

#### **Correspondência:**

Rita de Cássia Almeida Vieira  
Rua Erundina Nobre Santos n° 62 apt 303 bairro luzia. Cep 49045-260. Aracaju, SE, Brasil.  
E-mail: ritinhacav@yahoo.com.br

---

<sup>I</sup> Departamento de Enfermagem. Faculdade Estácio/FaSe. Aracaju, SE, Brasil.

<sup>II</sup> Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, SE, Brasil.

**RESUMO**

**Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico das vítimas de trauma cranioencefálico acompanhadas em um ambulatório de neurocirurgia no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2009.

**Casuística e Método:** Foram analisados dados de 47 vítimas de trauma cranioencefálico, acompanhadas em ambulatório de referência para neurocirurgia do estado de Sergipe/Brasil. Os dados foram coletados no período de dezembro de 2009 a março de 2010, por meio de entrevista estruturada e análise dos prontuários das vítimas. As variáveis analisadas foram: idade, gênero, estado civil, escolaridade, atividade remunerada, procedência, mecanismo do trauma, ingestão de bebida alcoólica, permanência hospitalar, tempo de evento, lesões, problema de saúde atual, mudança de situação conjugal após o evento traumático e retorno a atividade produtiva.

**Resultados:** Houve predominância de homens, solteiros, idade média de 29 anos, com menos de 8 anos de escolaridade, oriundos da Capital, atividade remunerada, vítimas de acidente de transporte, com relato de ingestão alcoólica que sofreram contusão cerebral há 10,5 meses e permaneceram no hospital durante 13,5 dias (mediana). Após o trauma, a maioria das vítimas apresentou cefaléia, não alterou a situação conjugal e retornou à ocupação anterior.

**Conclusão:** O reconhecimento das variáveis das vítimas de trauma cranioencefálico contribuiu para auxiliar na determinação de medidas de promoção de saúde e prevenção de acidentes, além de protocolos para tomada de decisões aos agravos à saúde.

**Descritores:** perfil de saúde, traumatismos encefálicos, ferimentos e lesões.



**ABSTRACT**

**OBJECTIVE:** To describe the epidemiological profile of victims of head brain trauma followed at brain surgery ambulatory by January 2008 to December 2009.

**METHODS:** it was analyzed data from 47 victims of head brain trauma, followed at reference center for brain surgery of the state of Sergipe / Brazil. Data were collected from December 2009 to March 2010, by structured interviews and review of medical records of victims. The variables analyzed were age, gender, marital status, education, birthplace, injury mechanism, alcohol intake, hospital stay, time of event, injury, current health problem, change in marital status after the traumatic event and return to productive activity

**RESULTS:** There was a predominance of male gender, marital status single, average age 29 years, with less than 8 years of schooling, from capital, activity labor, victims of traffic accidents, with reports of alcohol intake, who suffered brain injury, there are 10, 5 months and remained in hospital for 13.5 days (median). After trauma, most victims had headache, did not alter the marital status and returned to previous occupation.

**CONCLUSION:** The recognition of the variables of victims of traumatic brain injury contributes to assist in determining preventive health measures and accident preventions, protocols for decision making, well as protocols for decision making to health hazards.

**DESCRIPTORS:** Health Profile, Brain Injuries, Wounds and Injuries.

## INTRODUÇÃO

As causas externas são consideradas a primeira causa de morte entre jovens em idade produtiva, sobretudo, as agressões e os acidentes de transporte que se constituem em um grave problema de saúde pública, com aumento dos custos sociais e econômicos necessários ao tratamento e reabilitação dessas vítimas<sup>(1-3)</sup>.

Dados do Ministério da Saúde, referentes a 2007, revelam a ocorrência de 38.419 mil óbitos por acidentes de transporte no Brasil, com destaque para região a Nordeste que ocupa a segunda posição em taxa de mortalidade por acidentes de transporte. No Estado de Sergipe, houve mais de 7 mil internações na rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) por trauma e, aproximadamente, 150 óbitos em decorrência de traumatismos<sup>(3-4)</sup>.

Algumas lesões traumáticas causam mudanças irreversíveis para o indivíduo que interferem na qualidade de vida e nos relacionamentos interpessoais. Destaca-se o Trauma Cranioencefálico (TCE), que é cada vez mais frequente na população<sup>(1,5)</sup>.

O TCE pode afetar as habilidades para desenvolver as atividades da vida diária, causar distúrbios emocionais, além de comprometer as funções sensoriais e cognitivas. Acomete, sobretudo os homens jovens em idade produtiva, com baixa condição socioeconômica, história anterior de trauma, ingestão de bebida alcoólica, alta velocidade e fadiga. Nos últimos anos, os avanços ocorridos no conhecimento dos mecanismos do TCE permitiram individualizar e sistematizar o tratamento, a fim de contribuir para uma melhor terapêutica e reabilitação das vítimas<sup>(6-8)</sup>.

Para tanto, a prevenção é a palavra-chave, sendo possível na maioria dos casos, por meio da educação, medidas legais e de proteção passiva. A análise e a interpretação desses dados, portanto, podem direcionar a tomada de decisão para o direcionamento de políticas públicas de prevenção de agravos e promoção à saúde<sup>(2)</sup>.

Portanto, este estudo justifica-se pela relevância da temática e pela necessidade de disponibilizar dados epidemiológicos de uma região crescente em número de vítimas, que sofrem sequelas temporárias ou permanentes e que comprometem, sobretudo, a qualidade de vida.

O objetivo do presente estudo foi descrever o perfil das vítimas de trauma cranioencefálico acompanhadas em um ambulatório de neurocirurgia quanto ao gênero, idade, estado civil, escolaridade, procedência, atividade remunerada, lesão, mecanismo do trauma, ingestão de álcool, tempo de permanência hospitalar, tempo de evento traumático, problema de

saúde atual, mudança da situação conjugal, após o evento traumático e retorno à ocupação anterior.

## CASUÍSTICA E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal com abordagem quantitativa, realizado em um serviço público municipal de referência ambulatorial no acompanhamento às vítimas de TCE, localizado no Município de Aracaju, Estado de Sergipe, Região Nordeste brasileira.

Os dados foram coletados no período de dezembro de 2009 a março de 2010, referentes às vítimas acompanhadas em janeiro de 2008 a dezembro de 2009.

O universo de prontuários de vítimas cadastradas no ambulatório era constituído de N= 117. Dessas vítimas, 9 compareceram ao ambulatório no período da coleta de dados e 38 foram localizadas, por meio da busca de endereços nos prontuários. As demais foram excluídas por motivos diversos: falta ou endereço incompleto, mudança de endereço e óbito.

Dessa forma, a amostra foi caracterizada como não probabilística por acessibilidade e constituiu-se de 47 vítimas que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: ter sido atendida no hospital geral público de referência ao trauma no Estado vítima de TCE e encaminhada ao ambulatório de neurocirurgia após a alta hospitalar, idade igual e superior a 18 anos e inferior a 60 anos, ter sofrido o TCE há, pelo menos, 6 meses, período de estabilidade no processo de recuperação, conforme recomenda estudo<sup>(9)</sup>, que não apresentasse distúrbios da fala com comprometimento da comunicação verbal e que aceitasse participar da pesquisa com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

A coleta de dados foi realizada no ambulatório, por meio de prontuário e entrevista estruturada. Àqueles que não compareceram ao atendimento previamente agendado ou que tiveram dados incompletos no prontuário, foram acessados os prontuários e realizada a entrevista no domicílio.

No instrumento utilizado para caracterização das vítimas, constavam as seguintes variáveis: procedência, idade, gênero, escolaridade, profissão, mecanismo do trauma, número de lesões, ingestão de bebida alcoólica, tempo de permanência hospitalar, evento traumático, lesões, problemas de saúde atual, mudança de situação conjugal após o trauma e retorno à ocupação anterior.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe (CAAE 3819.0.000.107-09). Em todo o estudo, foi

## Qualidade de vida das vítimas de trauma cranioencefálico em Sergipe

assegurado o sigilo dos dados de acordo com a Resolução 169/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados foram armazenados em um banco de dados computadorizado do Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 17.0. As variáveis categóricas foram descritas como frequência simples, porcentagens e com seus respectivos intervalos de confiança de 95% quando adequado. Ademais, foram descritas as variáveis numéricas por meio de média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo. Para todo o estudo, o nível de significância considerado foi  $p \leq 0,05$ .

## RESULTADOS

Os dados epidemiológicos das 47 vítimas de TCE acompanhadas no ambulatório de neurocirurgia do Estado de Sergipe, estão apresentados nas Tabelas de 1 a 3.

A idade média das vítimas de TCE foi de  $29 \pm 8,9$  anos, ou seja, vítimas jovens. Os dados das Tabelas 1 e 2 revelam que as vítimas eram em sua maioria do gênero masculino (91,5%), solteiras (51,1%), oriundas da Capital (74,5%), que apresentavam escolaridade  $< 8$  anos (57,4%), exerciam atividade remunerada (70,2%). O mecanismo do trauma foi o acidente de transporte (61,7%), com três ou mais lesões (66%), ingestão de bebida alcoólica (59,6%), sem mudança da situação conjugal após o evento traumático (87,2%) e que retornaram à ocupação anterior após o trauma (68,1%).

## Qualidade de vida das vítimas de trauma cranioencefálico em Sergipe

Tabela 1. Perfil sóciodemográfico das vítimas de TCE, segundo o gênero, estado civil, procedência, escolaridade, profissão, mudança de situação conjugal e retorno à ocupação anterior após o trauma. Sergipe, 2009/2010.

	n	%
<b>Gênero</b>		
Masculino	43	91,5
Feminino	4	8,5
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	24	51,1
Casado	22	46,8
Viúvo	1	2,1
<b>Procedência</b>		
Aracaju	35	74,5
Grande Aracaju*	12	25,5
<b>Escolaridade</b>		
< 8 anos	27	57,4
≥ 8 anos	20	42,6
<b>Atividade remunerada</b>		
Não	14	29,8
Sim	33	70,2
<b>Mudança da situação conjugal após o trauma</b>		
Não	41	87,2
Sim	6	12,8
<b>Retorno a ocupação anterior</b>		
Não	15	31,9
Sim	32	68,1
TOTAL	47	100%

\* Corresponde aos Municípios de Barra dos Coqueiros, São Cristóvão e Nossa Senhora do Socorro próximos ao município de Aracaju.

## Qualidade de vida das vítimas de trauma cranioencefálico em Sergipe

Tabela 2. Comportamentos de risco das vítimas de TCE, segundo o mecanismo do trauma, número de lesões e suspeita de ingestão de bebida alcoólica. Sergipe, 2009/2010.

	n	%	IC 95%*
<b>Mecanismo do Trauma</b>			
Acidente de transporte	29	61,7	46,8 – 76,8
Queda	11	23,4	12,8 – 38,3
Agressão	7	14,9	4,3 – 25,5
<b>Número de Lesões</b>			
1	2	4,3	0 – 6,4
2	14	29,7	17 – 40,4
≥3	31	66,0	53,2 – 76,6
<b>Ingesta Alcoólica</b>			
Sim	28	59,6	44,7 – 70,2
Não	19	40,4	27,7 – 51,1
TOTAL	47	100	

\* Intervalo de Confiança de 95%

Nos dados da Tabela 3, nota-se que a maioria das vítimas apresentou mediana de tempo do evento traumático de 10,5 meses (P25 de 7,8 dias e P75 de 14,3 dias) e tempo de permanência hospitalar de 13,5 dias (P25 de 6 e P75 de 49).

Tabela 3 – Distribuição do tempo de permanência hospitalar e evento traumático das vítimas de TCE. Sergipe, 2009/2010.

Tempo	Mediana	Q1= P25	Q3 = P75
Permanência Hospitalar (dias)	13,5	6	49
Evento Traumático (meses)	10,5	7,8	14,3

## Qualidade de vida das vítimas de trauma cranioencefálico em Sergipe

Foram classificados oito tipos de lesões nas vítimas, algumas apresentaram mais de uma lesão (n=123). Dentre estas, destacam-se a contusão cerebral (n=25), escoriações (n=23) e hematoma (n=20).

No estudo, foi evidenciado que a cefaleia pós-trauma foi o problema de saúde atual relatado pela maioria das vítimas (n=33), seguidos da alteração comportamental (n=7), déficit lacunar de memória (n=5) e falta de concentração (n=2).

## DISCUSSÃO

Neste estudo, as vítimas de TCE foram em sua maioria homens jovens em idade produtiva. Os dados do Ministério da Saúde <sup>(2)</sup>, em pesquisa realizada entre 2006 e 2007, revelaram achados semelhantes, os acidentes atingem três vezes mais os homens jovens que as mulheres.

O predomínio de acidentes em pessoas jovens que pode ocasionar mortes, é atribuído a diversos fatores como as características da idade, imaturidade, autoconfiança, subestimação de sua capacidade e limites, pouca experiência na habilidade ao dirigir, ingestão de álcool, uso de drogas, comportamentos de risco, não adesão às leis e utilização do Equipamento de Proteção Individual (EPI)<sup>(1-2,4,8,10)</sup>.

As características das vítimas em relação ao estado civil indicaram que eram solteiras (51,1%), menos de 8 anos de escolaridade (57,4%), que exerciam atividade remunerada (70,2%) e retornaram ao trabalho (68,1%). Tais evidências assemelham-se a estudos<sup>(1-2,7,9,11-13)</sup> que analisaram vítimas de acidentes, em que a maioria dos indivíduos com TCE tratava-se de pessoas de baixa escolaridade, solteiras e com ocupação remunerada.

O retorno ao trabalho é considerado de grande importância para a autoestima, reabilitação, qualidade de vida e reintegração das vítimas na sociedade. As vítimas de TCE que retomam às suas atividades ocupacionais, em geral, relatam bem-estar, maior integração na comunidade, usam menos os serviços de saúde e relatam melhora na qualidade de vida, e a atividade deve contribuir para o sentimento de produtividade e propiciar o desenvolvimento da autoestima<sup>(13-14)</sup>.

A maioria dos traumas (74,5%) procede da Capital e Sergipe é o segundo Estado da Região Nordeste que mais cresceu nos últimos 10 anos com a segunda maior frota de veículos/mil habitantes da Região Nordeste<sup>(15)</sup>, com destaque para Aracaju que em outubro de 2010 possuía uma frota de 202.551 veículos<sup>(16)</sup>.

## Qualidade de vida das vítimas de trauma cranioencefálico em Sergipe

Os dados mais recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>(17)</sup> apontam que, em 2010, o Estado de Sergipe possuía uma população estimada de 2.068.031 e, no Município de Aracaju, encontra-se parte dessa população representada por 570.937. É conhecida a existência de hospitais regionais localizados em alguns municípios, mas, é em Aracaju que se encontra o centro de referência especializado ao traumatizado.

As características do evento em relação ao mecanismo do trauma indicaram uma predominância de acidentes de transporte. Estudos revelam<sup>(1,7,12-13,18)</sup> que esses acidentes são responsáveis por mais de 1 milhão de deficiências e incapacidades em razão do trauma mecânico no Brasil.

Neste estudo, a maioria das vítimas relata ingestão de bebida alcoólica. O ato de dirigir é algo complexo que exige do motorista elevado grau de concentração, desempenho psicomotor e, ainda, requer o uso ao mesmo tempo de uma série de mecanismos neuropsicológicos que podem ser alterados mesmo com baixos níveis de concentração alcoólica no sangue, muito aquém daqueles legalmente admitidos para caracterizar o estado de embriaguez no Brasil<sup>(19-20)</sup>.

Observa-se ainda que a maioria das vítimas (66%) apresentou três ou mais lesões corpóreas, tendo como principal a contusão cerebral. O achado assemelhou-se ao estudo realizado em São Paulo com 156 vítimas de trauma que evidenciou a contusão cerebral, como principal lesão<sup>(21)</sup>.

O prognóstico das vítimas de TCE está associado às lesões localizadas na cabeça, que causam vulnerabilidade do sistema nervoso às agressões e limitam sua capacidade de recuperação. Essas podem apresentar sequelas e incapacidades temporárias ou permanentes que acarretam em prejuízos na qualidade de vida do doente e sua família<sup>(8)</sup>.

As vítimas deste estudo quando entrevistadas tinham 10,5 meses (mediana) de tempo decorrido após o trauma e permaneceram internadas 13,5 dias (mediana) no hospital. Estudos correlatos apresentam uma média que variou de 6,3 dias e de 18,8 dias para internamento e menos de 1 ano de tempo do evento<sup>(1,20,22)</sup>.

Neste estudo, foram evidenciadas sequelas físicas, comportamentais e cognitivas após o trauma. Estas comprometem o reaprendizado das habilidades funcionais, prejudicam a comunicação e a ressocialização desses indivíduos. A presença de consequências pós-TCE reflete na qualidade de vida das vítimas, no relacionamento social, familiar e no retorno ao trabalho após o trauma<sup>(5,23-25)</sup>.



## Qualidade de vida das vítimas de trauma cranioencefálico em Sergipe

O reconhecimento das variáveis das vítimas de trauma cranioencefálico, portanto, contribui para auxiliar na determinação de medidas de promoção e prevenção de acidentes, além de protocolos para tomada de decisões aos agravos à saúde.

## CONCLUSÃO

O estudo realizado com 47 vítimas de trauma cranioencefálico acompanhadas em ambulatório de neurocirurgia permitiu traçar o seguinte perfil: em sua maioria, tratou-se de homens jovens, solteiros, com menos de 8 anos de escolaridade, procedentes da capital, que exerciam atividade remunerada, vítimas de acidente de transporte, relato de ingesta alcoólica, com três ou mais lesões, que sofreram contusão cerebral, há 10,5 meses, permaneceram no hospital 13,5 dias. Após o trauma, a maioria das vítimas apresentou cefaleia, mas não alterou a situação conjugal e retornou à ocupação anterior.

## REFERÊNCIAS

1. Sousa, RMC. Comparação entre instrumento de mensuração das consequências do trauma cranioencefálico. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40 (2): 203-13.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. VIVA : vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
3. Murthy, TVSP. Prehospital Care of Traumatic Brain Injury. *Indian Journal of Anaesthesia*. 2008; 52 (3): 258-263.
4. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS: Tecnologia da informação a serviços de saúde. Brasília, 2009. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2009/c09.def> Acesso em: 24 abril 2010.
5. Hora EC, Sousa RMC. Os efeitos das alterações comportamentais das vítimas de trauma cranioencefálico para o cuidador familiar. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. 2005; 13 (1): 93-98.

6. Oliveira NLB, Sousa RMC. Diagnóstico de lesões e qualidade de vida de motociclistas, vítimas de acidentes de trânsito. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2003; 11 (6): 749-56.
7. Irdesel J, Aydinerm SB, Akgoz S. Rehabilitation outcome after traumatic brain injury. *Neurocirugía*. 2007; 18 (1): 5-15.
8. Silva MJ, Roberts I, Perel P, Edwards P, Kenward MG, Fernandes J. et al. Patient outcome after traumatic brain injury in high-, middle- and low-income countries: analysis of data on 8927 patients in 46 countries. *International Journal of Epidemiology*. 2009; 38: 452–458.
9. Sousa, RMC, Koizumi MS. Recuperação das vítimas de traumatismo cranioencefálico no período de 1 ano após o trauma. *Rev. Esc. Enferm USP*. 1996; 30 (3): 484-500.
10. Malvestio, MAA, Sousa RMC. Indicadores clínicos e pré-hospitalares de sobrevivência no trauma fechado: uma análise multivariada. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44 (2): 352-9.
11. Gawryszewski, VP, Coelho HMM, Scarpelini S, Zan R, Jorge, Maria Helena Prado de Mello; Rodrigues. et al. Perfil dos atendimentos a acidentes de transporte terrestre por serviço de emergência em São Paulo, 2005. *Rev. Saúde Pública*. 2009; 43 (2): 275-82.
12. Melo JRT, Silva RA, Moreira Jr, ED. Características dos pacientes com trauma cranioencefálico na cidade do Salvador, Bahia, Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2004; 62(3-A): 711-15.
13. Bushnik T, Hanks RA, Kreutzer J, Rosenthal M. Etiology of Traumatic Brain Injury: Characterization of Differential Outcomes Up to 1 Year Postinjury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2003; 28: 255-62.
14. Van Velzen JM. Van Bennekom CA, Edelaar MJ, Sluiter JK, Frings-Dresen MH. Prognostic factors of return to work after acquired brain injury: A systematic review. *Brain Injury*. 2009; 23(5):385-395.

15. Mello Jorge MHP, Koizumi MS. Acidentes de trânsito no Brasil: um atlas de sua distribuição. São Paulo: ABRAMET, 2007.
16. DENATRAN. Ministério das Cidades. Frotas de veículos [texto na internet]. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.denatran.gov.br/frota.htm>.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Resultados do censo 2010, em 29 de novembro de 2010. Período de apuração: 2010. Disponível em: [http://www.censo2010.ibge.gov.br/primeiros\\_dados\\_divulgados/index.php?uf=8](http://www.censo2010.ibge.gov.br/primeiros_dados_divulgados/index.php?uf=8).
18. Alves ALA, Salim FM, Martinez EZ, Passos ADC, De Carlo MMRP, Scarpelini S. Qualidade de vida de vítimas de trauma seis meses após a alta hospitalar. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(1):154-60.
19. Fell JC, Fisher DA, Voas RB, Blackman KI, Tippetts AS. The impact of underage drinking laws on alcohol-related fatal crashes of young drivers. *Alcohol Clin Exp Res*. 2009; 33(7): 1208-19.
20. Duailibi S, Laranjeira R. Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(5): 839-48.
21. Sousa RMC, Regis FC, Koizumi MS. Traumatismo cranioencefálico: diferença das vítimas pedestres e ocupantes de veículos a motor. *Rev. Saúde Pública*. 1999; 33(1): 85-94.
22. Bampi LNS, Guilhem D, Lima DD. Qualidade de vida em pessoas com lesão traumática: um estudo com o WHOQOL-bref. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11(1): 67-77.
23. Nampiaparampil, DE. Prevalence of chronic pain after traumatic brain injury: a systematic review. *JAMA*. 2008; 300(6):711-719.
24. Martins HAL, Ribas VR, Martins BBM, Ribas RMG, Valença MM. Post traumatic headache. *Arq Neuropsiquiatr*. 2009; 67(1): 43-45.
25. Pacheco OB, Rincón MV, Preciado JFH. Consecuencias neuropsiquiátricas del trauma craneoencefálico. *Revista Med*. 2009; 17 (1): 65-74.



# ANEXOS

## ANEXO A

### WHOQOL – *Bref*

**Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule o número que lhe parece à melhor resposta:**

1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?

**1- Muito Ruim 2- Ruim 3- Nem Ruim e Nem Boa 4- Boa 5- Muito Boa**

2. Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?

**1- Muito insatisfeito 2- Insatisfeito 3- Nem insatisfeito e nem satisfeito**

**4- Satisfeito 5- Muito satisfeito.**

**As questões seguintes perguntam sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.**

3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que precisa?

**1- Nada 2- Muito pouco 3- Mais ou menos 4- Bastante 5- Extremamente.**

4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

**1- Nada 2- Muito pouco 3- Mais ou menos 4- Bastante 5- Extremamente.**

5. O quanto você aproveita a vida?

**1- Nada 2- Muito pouco 3- Mais ou menos 4- Bastante 5- Extremamente.**

6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?

**1- Nada 2- Muito pouco 3- Mais ou menos 4- Bastante 5- Extremamente.**

7. O quanto você consegue se concentrar?

**1- Nada 2- Muito pouco 3- Mais ou menos 4- Bastante 5- Extremamente.**

8. Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?

**1- Nada 2- Muito pouco 3- Mais ou menos 4- Bastante 5- Extremamente.**

9. Quão saudável é o seu ambiente (clima, barulho, poluição, atrativos)?

**1- Nada 2- Muito pouco 3- Mais ou menos 4- Bastante 5- Extremamente.**

**As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.**

10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?

**1- Nada 2- Muito pouco 3- Mais ou menos 4- Bastante 5- Extremamente.**

**Qualidade de vida das vítimas de trauma cranioencefálico em Sergipe**

11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?

**1- Nada 2- Muito pouco 3- Mais ou menos 4- Bastante 5- Extremamente.**

12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

**1- Nada 2- Muito pouco 3- Mais ou menos 4- Bastante 5- Extremamente.**

13. Quão disponíveis para você estão às informações que precisa no seu dia-a-dia?

**1- Nada 2- Muito pouco 3- Mais ou menos 4- Bastante 5- Extremamente.**

14. Em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer?

**1- Nada 2- Muito pouco 3- Mais ou menos 4- Bastante 5- Extremamente.**

**As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.**

15. Quão bem você é capaz de se locomover?

**1- Muito Ruim 2- Ruim 3- Nem Ruim e Nem Boa 4- Boa 5- Muito Boa.**

16. Quão satisfeito (a) você está com seu sono?

**1- Muito insatisfeito 2- Insatisfeito 3- Nem insatisfeito e nem satisfeito  
4- Satisfeito 5- Muito satisfeito.**

17. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do dia-a-dia?

**1- Muito insatisfeito 2- Insatisfeito 3- Nem insatisfeito e nem satisfeito  
4- Satisfeito 5- Muito satisfeito.**

18. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de trabalho?

**1- Muito insatisfeito 2- Insatisfeito 3- Nem insatisfeito e nem satisfeito  
4- Satisfeito 5- Muito satisfeito.**

19. Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?

**1- Muito insatisfeito 2- Insatisfeito 3- Nem insatisfeito e nem satisfeito  
4- Satisfeito 5- Muito satisfeito.**

20. Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, Conhecidos e colegas)?

**1- Muito insatisfeito 2- Insatisfeito 3- Nem insatisfeito e nem satisfeito  
4- Satisfeito 5- Muito satisfeito.**

21. Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?

**1- Muito insatisfeito 2- Insatisfeito 3- Nem insatisfeito e nem satisfeito  
4- Satisfeito 5- Muito satisfeito.**

**Qualidade de vida das vítimas de trauma cranioencefálico em Sergipe**

22. Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?  
**1- Muito insatisfeito 2- Insatisfeito 3- Nem insatisfeito e nem satisfeito  
4- Satisfeito 5- Muito satisfeito.**
23. Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde você mora?  
**1- Muito insatisfeito 2- Insatisfeito 3- Nem insatisfeito e nem satisfeito  
4- Satisfeito 5- Muito satisfeito.**
24. Quão satisfeito (a) você está com seu acesso à saúde?  
**1- Muito insatisfeito 2- Insatisfeito 3- Nem insatisfeito e nem satisfeito  
4- Satisfeito 5- Muito satisfeito.**
25. Quão satisfeito (a) você está com seu meio de transporte?  
**1- Muito insatisfeito 2- Insatisfeito 3- Nem insatisfeito e nem satisfeito  
4- Satisfeito 5- Muito satisfeito.**

**A questão seguinte refere-se à com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.**

26. Com que frequência você teve sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade e depressão?  
**1- Nunca 2- Algumas vezes 3- Frequentemente 4- Muito Frequentemente  
5- Sempre .**

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? .....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? .....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

**OBRIGADA PELA SUA COMPREENSÃO**

## ANEXO B




UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS  
CAMPUS DA SAÚDE PROF. JOÃO CARDOSO NASCIMENTO JR  
Rua Cláudio Batista s/n – prédio do CCBS/HU - Bairro Sanatório  
CEP: 49060-100 Aracaju -SE / Fone/Fax:(79) 2105-1805  
E-mail: [cephu@ufs.br](mailto:cephu@ufs.br)

### DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o Projeto de pesquisa intitulado: “**QUALIDADE DE VIDA DAS VÍTIMAS DE TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO EM SERGIPE**”, Nº CAAE – 3819.0.000.107-09, sob a orientação da **Prof. Dra. Edilene Curvelo Hora**, tratando-se do projeto de pesquisa apresentado como requisito para a seleção ao Programa de Mestrado em Ciências da Saúde, do Núcleo de Pós-Graduação em Medicina desta Universidade, da mestranda **Rita de Cássia Almeida Vieira**, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe - CEP/UFS em reunião realizada dia 02/10/2009.

Aracaju, 07 de outubro de 2009.

  
Prof. Dr. Manuel Hermínio de Aguiar Oliveira  
Coordenador do CEP/UFS