



ASSOCIAÇÕES ENTRE OS FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E A CAPACIDADE FUNCIONAL DE PESSOAS COM LESÃO RAQUIMEDULAR

ASSOCIATIONS AMONG THE SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS AND THE FUNCTIONAL CAPACITY OF PEOPLE WITH SPINAL CORD INJURY

LAS ASOCIACIONES ENTRE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LAS PERSONAS CON LESIÓN DE LA MÉDULA ESPINAL

Alexsandro Silva Coura¹, Inácia Sátiro Xavier de França², Bertha Cruz Enders³, Caroline Evelin Nascimento Kluczynik-Vieira⁴, Arthur Felipe Rodrigues Silva⁵, Marcela Paulino Moreira da Silva⁶

RESUMO

Objetivo: verificar associações entre fatores sociodemográficos e a capacidade funcional de pessoas com lesão raquimedular. **Método:** estudo transversal, realizado em 2010 nas Unidades de Saúde da Família de Campina Grande/PB/Brasil. Participaram 50 sujeitos com idade ≥ 18 anos e lesão raquimedular diagnosticada por médico. Utilizou-se questionário sociodemográfico e o Índice de Barthel. Os dados foram analisados no SPSS, pelos testes Cronbach, Qui-quadrado, Fisher e Coeficiente de Contingência. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba, CAAE nº 0490.0.133.000-08. **Resultados:** os dados sociodemográficos relativos à amostra revelaram a maioria do sexo masculino (84%), com proporção de 5,25 homens para cada mulher. O Cronbach total foi 0,830. A amostra apresentou grau de leve dependência (70%). A faixa etária na época da lesão ($p=0,035$) e o estado civil ($p=0,022$) estiveram associados com a capacidade funcional. **Conclusão:** os fatores sociodemográficos podem interferir na capacidade funcional das pessoas com lesão raquimedular. **Descritores:** Enfermagem; Traumatismos da Medula Espinal; Atividades Cotidianas; Fatores Socioeconômicos.

ABSTRACT

Objective: to examine associations between sociodemographic factors and functional capacity of people with spinal cord injury. **Method:** transversal study, conducted in 2010 in the Family Health Units of Campina Grande/PB/Brazil. Participated in 50 subjects aged ≥ 18 years, and spinal cord injury diagnosed by a doctor. We used a sociodemographic questionnaire and the Barthel Index. Data were analyzed with SPSS by Cronbach tests, chi-square, Fisher and Contingency Coefficient. The project was approved by the Ethics Committee of the State University of Paraíba, CAAE 0490.0.133.000-08. **Results:** the demographic data on the sample revealed most were male (84%), with a ratio of 5.25 males for every female. The total Cronbach was 0.830. The sample showed a slight degree of dependence (70%). The age at the time of injury ($p = 0.035$) and marital status ($p = 0.022$) were associated with functional capacity. Conclusion: sociodemographic factors can interfere with functional ability of persons with spinal cord injury. **Descriptors:** Nursing; Spinal Cord Injuries; Activities of Daily Living; Socioeconomic Factors.

RESUMEN

Objetivo: examinar las asociaciones entre los factores sociodemográficos y la capacidad funcional de las personas con lesión de la médula espinal. **Método:** estudio transversal, realizado en 2010 en las Unidades de Salud Familiar de Campina Grande/PB/Brasil. Participó en 50 sujetos con edad ≥ 18 años, y lesiones de la médula espinal diagnosticado por un médico. Se utilizó un cuestionario sociodemográfico y el Índice de Barthel. Los datos fueron analizados con el programa SPSS mediante pruebas de Cronbach, chi-cuadrado, Fisher y el coeficiente de contingencia. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad del Estado de Paraíba, CAAE 0490.0.133.000-08. **Resultados:** los datos demográficos de la muestra revelaron que la mayoría eran varones (84%), con una relación de 5,25 hombres por cada mujer. El total de Cronbach fue de 0,830. La muestra presentó un ligero grado de dependencia (70%). La edad en el momento de la lesión ($p = 0,035$) y estado civil ($p = 0,022$) se asociaron con la capacidad funcional. **Conclusión:** los factores sociodemográficos pueden interferir con la capacidad funcional de las personas con lesión de la médula espinal. **Descriptores:** Enfermería; Lesiones de Médula Espinal; Las Actividades de la Vida Diaria; Los Factores Socioeconómicos.

¹Enfermeiro, Doutorando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/PPGENF/UFRN. E-mail: alex@uepb.edu.br; ²Enfermeira Doutora, Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba/PPGENF/UEPB. E-mail: inacia_satiro@hotmail.com; ³Enfermeira Doutora, Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/PPGENF/UEPB. E-mail: bertha@ufrnet.br; ⁴Enfermeira, Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte/PPGENF/UFRN. E-mail: carolinekluczynik@gmail.com; ⁵Graduando de Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba/UEPB. E-mail: arthurfelipe10@hotmail.com; ⁶Graduanda de Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. E-mail: marcelasmp@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a violência urbana tem aumentado consideravelmente no Brasil, sendo os homens jovens as principais vítimas.¹ Apesar de se desconhecer o valor exato da incidência de lesão raquimedular (LRM), devido à mesma não ser uma condição de notificação compulsória, bem como da produção ainda incipiente sobre a epidemiologia do número de casos de pessoas com LRM, entende-se que a expansão da violência nas cidades tem aumentado o quantitativo desse agravo. Nesse contexto, acredita-se que a cada ano 10.000 brasileiros sofrem LRM.²

A LRM é uma condição, na qual ocorre interferência nos trajetos nervosos que ligam os seguimentos do corpo ao cérebro. As etiologias da LRM podem ser doenças na medula espinhal, lesão física, hemorragia, tuberculose, sífilis e neoplasias.³ Todavia, a maior parte das LRMs ocorrem devido às lesões traumáticas como episódios com arma de fogo, acidentes de trabalho e desportivos, como os mergulhos em águas rasas.⁴

Nessa perspectiva, as pessoas com LRM podem apresentar várias consequências em sua saúde devido ao agravo sofrido. É comum a ocorrência de úlceras por pressão,⁵ alterações esfinterianas com complicações para as eliminações urinárias e intestinais, bem como para a vida sexual/reprodutiva,⁶ além de repercussões psicológicas com a ocorrência de sentimentos negativos e depressão.¹ Podem ocorrer também problemas motores e comprometimento de estruturas orgânicas que acabam limitando a capacidade funcional das pessoas com LRM para realizarem atividades básicas da vida diária (ABVD).⁷

As barreiras arquitetônicas e atitudinais também são entraves para o desenvolvimento das ABVDs. Nesse contexto, a incapacidade funcional para as ABVDs é uma condição que aumenta a vulnerabilidade à dependência de terceiros, gerando a necessidade de cuidados especializados e em longo período de tempo,⁸ sendo esses cuidados realizados por profissionais de enfermagem ou, majoritariamente, por familiares.⁹

No tocante aos fatores sociais e demográficos, apesar das pessoas com LRM terem aparato jurídico que protegem os direitos das pessoas com deficiência como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência,¹⁰ o arcabouço legal do Sistema único de Saúde (SUS)¹¹ e a Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência,¹² percebe-se que tais sujeitos

enfrentam percalços para assegurar seus direitos de cidadania, de inserção no mercado de trabalho, nos sistema educacional e de saúde, bem como de superação da pobreza.¹³

Além da LRM se constituir como grave problema de saúde pública,⁸ o estudo se justifica pela possibilidade de contribuir com a práxis de enfermagem na assistência às pessoas com LRM e de oferecer subsídios para a (re)formulação de políticas públicas que possam assegurar os direitos de cidadania às pessoas com deficiência. Outro fator relevante se apoia na inclusão da temática relativa às pessoas com deficiência na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde.¹⁴

Acreditando-se na premissa de que os fatores sociodemográficos podem interferir no nível de capacidade dos sujeitos realizarem ABVDs, objetiva-se:

- Verificar as associações entre os fatores sociodemográficos e a capacidade funcional de pessoas com lesão raquimedular.

MÉTODO

Estudo do tipo epidemiológico, censitário, de corte transversal, com abordagem quantitativa. Tal abordagem possibilita visualizar uma informação que não pode ser apreendida de maneira direta, sendo necessário transformar a massa de dados em direção à objetividade.¹⁵ O estudo foi realizado em 2010, na cidade de Campina Grande, Paraíba, Brasil.

A população foi composta pelos sujeitos com LRM residentes no município campinense. A amostra foi construída com 50 indivíduos com LRM cadastrados em alguma das 64 Unidades de Saúde da Família (USF) da zona urbana existentes em Campina Grande. Salienta-se que não foi utilizada técnica de amostragem, sendo realizado o censo populacional. Nesse sentido, todos os 50 sujeitos com LRM existentes foram incluídos na pesquisa, pois atenderam aos critérios de inclusão: ter pelo menos 18 anos de idade, referir LRM diagnosticada por um médico e aceitar participar da pesquisa.

A estratégia para aproximação dos sujeitos e coleta de dados foi a visita domiciliar, com o acompanhamento do Agente Comunitário de Saúde (ACS) da Estratégia Saúde da Família (ESF) responsável por cada micro-área. Foram feitas duas visitas: uma para estabelecer contato, explicar a pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para obtenção da assinatura dos participantes. Nesse encontro, foi agendada uma segunda visita a pessoa que concordou em participar para aplicação dos questionários I e II.

O Questionário I foi utilizado para a investigação das variáveis sociodemográficas. O questionário II (Índice de Barthel) foi utilizado para avaliar a capacidade funcional dos participantes para as ABVDs: fazer a higiene, levantar-se da cama, vestir-se, alimentar-se, controlar bexiga e intestino, caminhar, subir escadas, utilizar banheiro, sentar-se numa cadeira e banhar-se. Cada item contém perguntas que receberam pontuação 5, 10 ou 15, conforme independência ou necessidade de ajuda para executar a atividade. O resultado global obedece a uma escala crescente que varia de 0 a 100 pontos. A pontuação igual a 100 significa total independência, 60|-100 leve dependência, 40|-60 moderada dependência, 20|-40 grave dependência e <20 total dependência.¹⁶

Os dados coletados foram analisados por meio do programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 15.0 para o sistema operacional Windows, considerando significância estatística de 0,05. Para os dados sociodemográficos e os escores do Índice de Barthel, foram calculadas: frequências e médias; para verificar a fidedignidade do questionário Índice de Barthel, utilizou-se o Teste Alfa de Cronbach; para verificar as associações entre os fatores sociodemográficos e a capacidade funcional para as ABVDs, comparou-se as proporções de frequência por meio do teste de Qui-quadrado e teste de Fisher; para verificar a magnitude

de associação entre as variáveis realizou-se o Coeficiente de Contingência e os seguintes valores: $c \geq 0,750$ = associação forte; 0,500 a 0,749 = associação moderada; $\leq 0,499$ = associação fraca.¹⁵

Na realização dos testes, foi efetuada dicotomização das variáveis. Desse modo, os itens do Índice de Barthel foram considerados da seguinte maneira: dependente = nível de incapacidade moderado, grave ou total; independente = nível de incapacidade leve ou total capacidade funcional.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CEP/UEPB), sob o CAAE: 0490.0.133.000-08. Somente depois da aprovação, foi iniciada a coleta dos dados, sendo respeitados os direitos de sigilo, privacidade e de declinar, em qualquer momento da investigação, sem qualquer tipo de ônus.

RESULTADOS

• Perfil sociodemográfico

Na Tabela 1 são apresentados os dados sociodemográficos relativos à amostra. A maioria é do sexo masculino (84%), com uma proporção de 5,25 homens para cada mulher. Entre os 50 participantes, a maior parte é católico (64%), com ensino fundamental 1 completo (56%), vive sem companheiro (50,7%) e com renda per capita menor que um salário mínimo (88%).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico de pessoas com lesão raquimedular. Campina Grande-PB, Brasil, 2010.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	42	84
Feminino	08	16
Faixa etária atual		
18 - 33 anos	13	26
34 - 49 anos	15	30
50 - 65 anos	18	36
66 - 81 anos	04	8
Faixa etária na época da lesão		
2 - 17 anos	05	10
18 - 33 anos	25	50
34 - 49 anos	15	30
50 - 65 anos	05	10
Credo religioso		
Católico	32	64
Evangélico	15	30
Sem credo	02	4
Kardecista	01	2
Escolaridade		
Sem escolaridade	06	12
Fundamental 1	32	64
Fundamental 2	05	10
Médio	07	14
Estado civil		
Solteiro	12	24
Casado	22	44
Divorciado	09	18
União estável	07	14
Renda per capita		
< 1 salário mínimo*	44	88
> 1 salário mínimo	06	12

*Salário mínimo = R\$: 510,00.

• **Teste de consistência interna do Índice de Barthel**

A fidedignidade do questionário denominado Índice de Barthel, apesar de ser um instrumento já testado e validado, foi verificada por meio do Teste de Cronbach,

conforme a Tabela 2. Verificou-se satisfatória confiabilidade com Alfa de Cronbach total = 0,830, Correlação total de itens corrigidos > 0,3 e Alfa de Cronbach com item deletado > 0,7.

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

Itens do Índice de Barthel	Correlação total de itens corrigidos	Alfa de Cronbach com item deletado	Alfa de Cronbach total
Comer	0,436	0,824	0,830
Lavar-se	0,610	0,811	
Vestir-se	0,508	0,816	
Arrumar-se	0,453	0,825	
Evacuar	0,419	0,825	
Micção	0,352	0,835	
Usar sanitário	0,721	0,791	
Transferir-se	0,691	0,795	
Deambular	0,640	0,801	
Subir escada	0,542	0,813	

• **Capacidade funcional para as atividades básicas da vida diária**

As frequências de incapacidade funcional para as ABVD’s estão apresentadas na Tabela 3. As atividades nas quais se verificou maior dificuldade de realização foram subir e descer escadas (90%) e Deambular (80%). Já as maiores independências foram constatadas

nas atividades comer (90%) e arrumar-se (86%).

Quando estratificada por sexo, as frequências de incapacidade funcional para as ABVD’s, de modo geral, foram maiores no sexo feminino, exceto no tocante as variáveis micção, evacuar e deambular.

Tabela 3. Frequências de capacidade funcional nas pessoas com lesão raquimedular. Campina Grande-PB, Brasil, 2010.

Atividades básicas da vida diária		Sexo					
		Geral		M (50)		F (50)	
		n	%	n	%	n	%
Comer	Independente	45	90	39	92,8	06	75
	Ajuda	03	6	02	4,8	01	12,5
	Dependente	02	4	01	2,4	01	12,5
Lavar-se	Independente	29	58	25	59,5	04	50
	Dependente	21	42	17	40,5	04	50
Vestir-se	Independente	31	62	27	64,3	04	50
	Ajuda	15	30	12	28,6	03	37,5
	Dependente	04	8	03	7,1	01	12,5
Arrumar-se	Independente	43	86	38	90,5	05	62,5
	Dependente	07	14	04	9,5	03	37,5
Evacuar	Continência normal	22	44	17	40,5	05	62,5
	Acidente ocasional	17	34	15	35,7	02	25
	Incontinente	11	22	10	23,8	01	12,5
Micção	Continência normal	27	54	22	52,4	05	62,5
	Acidente ocasional	09	18	09	21,4	0	0
	Incontinente	14	28	11	26,2	03	37,5
Usar sanitário	Independente	29	58	25	59,6	04	50
	Ajuda	10	20	08	19	02	25
	Dependente	11	22	09	21,4	02	25
Transferir-se	Independente	34	68	31	73,8	03	37,5
	Pequena ajuda	07	14	05	11,9	02	25
	Grande ajuda	04	8	02	4,8	02	25
	Dependente	05	10	04	9,5	01	12,5
Deambular	Independente	10	20	08	19	02	25
	Ajuda	06	12	05	11,9	01	12,5
	Cadeirante	27	54	23	54,8	04	50
	Dependente	07	14	06	14,3	01	12,5
Subir escada	Independente	05	10	05	11,9	0	0
	Ajuda	09	18	06	14,3	03	37,5
	Dependente	36	72	31	73,8	05	62,5

Conforme apresentado na Figura 1, 26% (n=13) dos participantes classificaram-se com grau variando de Moderado para Total

dependência e 70% (n=35) em grau de Leve dependência.

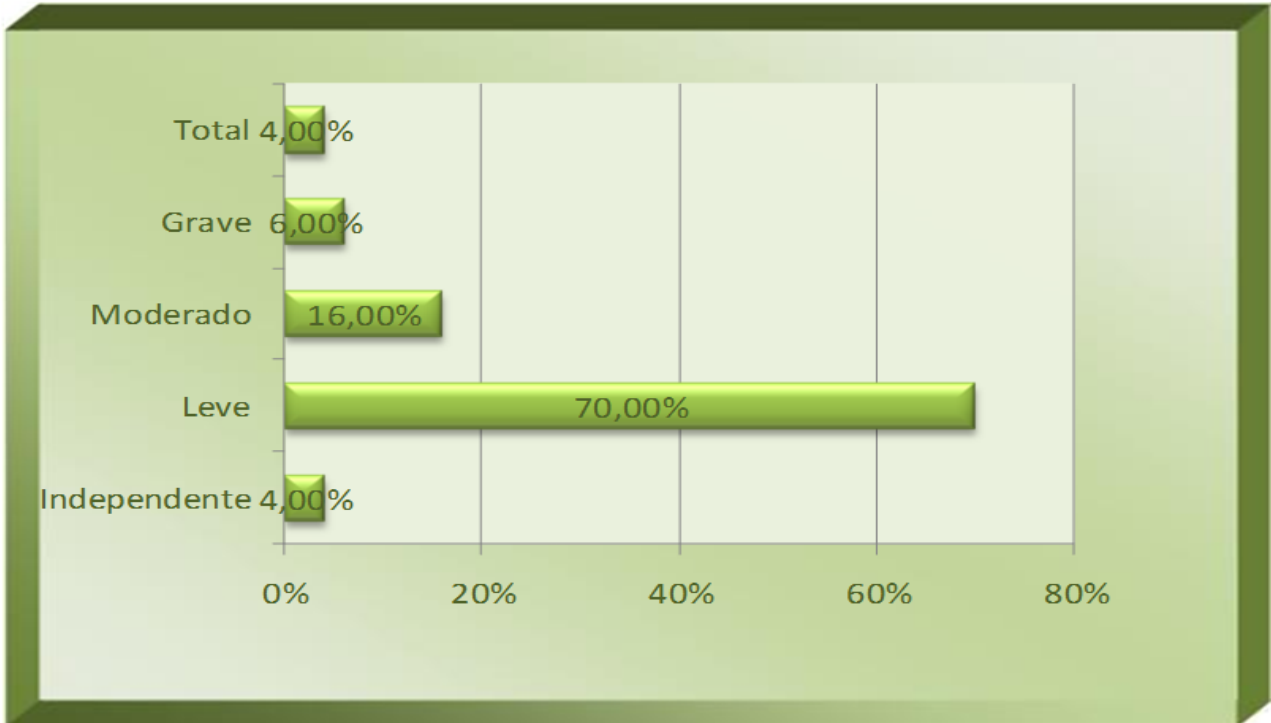


Figura 1. Distribuição dos escores médios de capacidade funcional das pessoas com lesão raquimedular. Campina Grande-PB, Brasil, 2010.

• Relação entre os fatores sociodemográficos e a capacidade funcional

Na Tabela 4, verificou-se que a faixa etária na época de lesão (p=0,035) e o estado civil (p=0,022) são fatores sociodemográficos que

estão associados com a capacidade funcional de pessoas com LRM, sendo a magnitude de associação fraca na primeira relação (c=0,268) e forte na segunda (c=0,764).

Tabela 4. Associações entre os fatores sociodemográficos e a capacidade funcional das pessoas com LRM. Campina Grande-PB, Brasil, 2010.

Variáveis sociodemográficas	Capacidade Funcional				χ ^{2*}	p	c
	Depend.		Independ.				
	n	%	n	%			
Sexo							
Masculino	10	23,8	32	76,2	0,01	0,626	0,418
Feminino	02	25	06	75			
Faixa etária atual							
≤ 49 anos	07	25	21	75	0,03	0,554	0,856
> 49 anos	06	27,3	16	72,7			
época da lesão							
≤ 33 anos	11	36,7	19	63,3	4,44	0,035	0,268
> 33 anos	02	10	18	90			
Credo religioso							
Sem credo	01	50	01	50	0,50	0,544	0,392
Com credo	13	27,1	35	72,9			
Escolaridade							
Sem escolaridade	01	16,7	05	83,3	0,31	0,406	0,446
Com escolaridade	12	27,3	32	72,7			
Estado civil							
Sem companheiro	01	4,8	20	95,2	5,25	0,022	0,764
Com companheiro	09	28,6	20	71,4			
Renda per capita							
< 1 salário mínimo	11	25	33	75	0,19	0,497	0,662
> 1 salário mínimo	02	33,3	04	66,7			

Dependente = nível de incapacidade moderado, grave ou total; Independente = nível de incapacidade leve ou total capacidade funcional; *Nas caselas menores que cinco, considerou-se o teste de Fisher.

DISCUSSÃO

Entre os participantes do presente estudo houve predomínio de indivíduos do sexo masculino, na proporção de cinco homens para cada mulher. Estudo realizado em hospital de neurocirurgia de São Paulo avaliou

a variável sexo entre as pessoas com LRM e concluiu que eram predominantemente adultos jovens, sendo a lesão devido, principalmente, a acidentes automobilísticos, acidentes com arma de fogo e quedas, na proporção de quatro homens para uma mulher. No entanto, esses traumas vêm aumentando sua incidência entre as mulheres,

sendo a casuística principal o trauma no segmento cervical.²

No que se refere as demais variáveis sociais, tem-se que a maioria dos participantes afirmaram ter o ensino fundamental 1, vivendo sem companheiro e com renda familiar inferior a um salário mínimo. Tais resultados são preocupantes, uma vez que as consequências de uma LRM se estendem além das questões motoras, interferindo nas funções vitais e emocionais dos indivíduos. Trata-se, muitas vezes, de um sujeito independente que se torna parcial ou completamente dependente de outras pessoas, cuidadores profissionais ou não, para satisfazerem suas necessidades básicas, emergindo ou saturando dificuldades nos campos emocionais, sociais, econômicos e interpessoais.¹

As atividades nas quais se verificou maior dificuldade de realização - subir e descer escadas e deambular - e a considerável frequência de incapacidade leve, moderada ou grave, podem estar relacionadas com o diagnóstico de enfermagem mobilidade física prejudicada, identificado em outro estudo.¹⁷

As prescrições de enfermagem para a mobilidade física prejudicada são relevantes, pois o sucesso de sua implementação poderá contribuir para muitos propósitos, tais como: autodefesa, satisfação de necessidades básicas da vida, atividades diárias e recreativas. Deve-se considerar também que a maioria das funções do corpo necessita de mobilidade para o funcionamento perfeito e que o movimento muscular adequado diminui o risco de dano ao sistema músculo-esquelético, facilitando assim o desenvolvimento corporal e o uso eficiente de energia.¹⁷

No que se refere à manutenção da independência, tem-se que os maiores valores encontrados estiveram relacionadas às atividades de comer e arrumar-se, importantes ABVDs, porém que, às vezes, são consideradas corriqueiras e com menor importância, induzindo os cuidadores a estimular o processo de dependência. Os sujeitos com LRM geralmente apresentam alterações relativas ao autoconceito e, associado à depressão, podem vir a negligenciar o desempenho de papéis no autocuidado.⁹

Nesse contexto, os enfermeiros devem atentar para promover e orientar a independência sempre que possível, pois com o estímulo para a participação efetiva no autocuidado e reforço positivo é possível minimizar sequelas futuras e diminuir a

sobrecarga do cuidador, importante sujeito durante a reabilitação.⁹

De modo geral, as frequências de incapacidade funcional para as ABVDs foram maiores no sexo feminino, exceto no tocante as variáveis micção, evacuar e deambular. Tal resultado é semelhante ao apresentado por estudo realizado junto a pessoas com LRM residentes na região Agreste da Paraíba. Quando estratificadas por sexo, as frequências de incapacidade para as ABVDs foram maiores no sexo feminino, exceto no tocante à variável micção.¹⁸

Considerando-se que as alterações biológicas não são as únicas determinantes da incapacidade funcional de pessoas com LRM, pois há forte influência de fatores psicológicos, pressupõe-se que a estruturação de um cuidado clínico de enfermagem para esses indivíduos deve atentar para os aspectos humanos, como as emoções, o inconsciente e o desejo pela vida. Diante dessas considerações é importante salientar que a mulher tem maior probabilidade para apresentar-se emocionalmente vulnerável, deprimida, comprometendo sua auto-imagem de maneira que impede sua participação efetiva no autocuidado e na busca pela independência.¹

Apesar dos participantes apresentarem elevada frequência de incapacidade em algumas variáveis, a maioria foi classificada com grau de leve dependência. Essa constatação difere da literatura consultada, a qual indicou que o indivíduo com LRM apresenta alterações na motricidade e sensibilidade, ocorrendo à dependência de terceiros para atividades corriqueiras ou íntimas, ou seja, caracterizou esse indivíduo como altamente dependente dos cuidadores para execução das ABVDs.⁹

No tocante a associação entre os fatores sociodemográficos e a capacidade funcional de pessoas com LRM, foi observado resultado significativo nas variáveis faixa etária na época da lesão e estado civil. Todavia, outro estudo, realizado com 75 sujeitos com LRM, constatou não haver tal associação.¹⁸ Uma pesquisa realizada em um hospital de São Paulo, concluiu que a ocorrência do trauma ocorre mais frequentemente, na faixa etária de 18 e 35 anos. Essa estratificação por faixa etária permitiu melhor compreensão das variáveis que estão relacionadas com a capacidade de enfrentamento e futura participação ou independência na execução das atividades ABVDs.²

Com relação ao estado civil foi predominante a ocorrência de indivíduos sem companheiro, bem como que essa variável

apresentou relação com a capacidade funcional. Em estudo realizado com população semelhante, usuários do programa de reabilitação do Hospital Sarah de Brasília, 61,3% dos participantes afirmaram viver sem parceiro, fato que pode contribuir para o indivíduo buscar meios de executar, de maneira independente, as ABVDs.¹⁹ Entretanto, a pesquisa realizada em uma microrregião do Nordeste brasileiro constatou não haver associação entre a capacidade funcional e o estado civil de pessoas com LRM ($p=0,388$).¹⁸

CONCLUSÕES

Os dados analisados permitiram constatar que a maioria das pessoas com LRM de Campina Grande são homens, com ensino fundamental 1, baixa escolaridade, católicos, vivendo sem companheiro e com baixa renda. Embora os participantes tenham apresentado elevada frequência de incapacidade em algumas variáveis, a amostra foi classificada com grau de leve dependência. Verificou-se associação entre as variáveis faixa etária na época da lesão e estado civil com a capacidade de realizar ABVD's. Assim, conclui-se que os fatores sociodemográficos podem interferir na capacidade funcional das pessoas com LRM.

As limitações do estudo são a impossibilidade de determinar a direcionalidade das associações, pois os fatores de risco, de proteção e desfechos foram verificados por meio de corte transversal; e o número reduzido da amostra, fato que diminui o poder de generalização dos resultados. Salienta-se ainda, que a escassez de estudos semelhantes impossibilitou uma comparação mais aprofundada dos dados gerados.

Sob esse prisma, pensa-se ter contribuído para a reflexão sobre a complexa problemática das pessoas com LRM, para melhor nortear a assistência de enfermagem a esses sujeitos, como também, ter servido de estímulo para a replicação do método utilizado em outros locais no âmbito brasileiro e mundial.

REFERÊNCIAS

1. Conceição MIG, Auad JC, Vasconcelos L, Macêdo A, Bressanelli R. Avaliação da depressão em pacientes com lesão medular. Rev bras ter comport cogn [Internet]. 2010 June [cited 2012 Apr 24];12(1):43-59. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452010000100003
2. Campos MF, Ribeiro AT, Listik S, Pereira CAB, Sobrinho JA, Rapoport A. Epidemiologia do traumatismo da coluna vertebral. Rev Col Bras Cir [Internet]. 2008 Mar/Apr [cited 2012 Apr 30]; 35(2):88-93. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912008000200005
3. Blanes L, Carmagnani MIS, Ferreira LM. Quality of life and self-esteem of persons with paraplegia living in São Paulo, Brazil. Qual Life Res. 2009 Feb; 18(1):15-21.
4. Ducharme SH, Kewman DG, Chase T, Creasey G, Elliott SL, Goetz LL, et al. Sexuality and reproductive health in adults with spinal cord injury: a clinical practice guideline for health-care professionals. J Spinal Cord Med [Internet]. 2010 [cited 2012 Apr 30]; 33(3):281-336. Available from: http://www.learnicu.org/Docs/Guidelines/CS_CMReproductiveHealthSpinal.pdf
5. Singh R, Rohilla RK, Siwach R, Verma V, Kaur K. Surgery for pressure improves general health and quality of life in patients with spinal cord injury. J Spinal Cord Med [Internet]. 2010 [cited 2012 Apr 30];33(4):396-400. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21061899>
6. Garrett A, Martins F, Teixeira Z. A actividade sexual após lesão medular: meios terapêuticos. Acta med port [Internet]. 2009 [cited 2012 Apr 30];22(6):821-6. Available from: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2009-22/6/821-826.pdf>
7. França ISX, Coura AS, França EGF, Basílio NNV, Souto RQ. Qualidade de vida de adultos com lesão medular: um estudo com WHOQOL-bref. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 Dec [cited 2012 Apr 30]; 45(6):1364-71. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600013&lang=pt&tlng=
8. França ISX, Coura ASC, Ramos APA, Oliveira CF, Sousa FS. Perceptions of adults with spinal cord injury on the skills for daily activities and health indicators in the light of NOC: descriptive research. Online braz j nurs (Online) [Internet]. 2011 [cited 2012 Apr 30];10(2):[about 12p]. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3285/html>
9. Machado WCA, Scramin AP. (In)dependência funcional na dependente relação de homens tetraplégicos com seus (in)substituíveis pais/cuidadores. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2010 Mar [cited 2012 Apr 30];44(1):53-60. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ar

[ttext&pid=S0080-](#)

[62342010000100008&lang=pt&tlng=](#)

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

11. Maia ER, Nobre EG, Pagliuca LMF. Arcabouço legal para ações de saúde junto à pessoa com deficiência no sistema único de saúde. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2011 June [cited 2012 Apr 30];5(4):1007-16. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1532/pdf_525

12. Brasil. Decreto nº 3.298 de 20 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a política nacional para a integração da pessoa portadora de deficiência. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 1999.

13. França ISX, Pagliuca LMF, Baptista RS. Política de inclusão do portador de deficiência: possibilidades e limites. Acta paul enferm [Internet]. 2008 Jan/Mar [cited 2012 Apr 30]; 21(1):112-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002008000100018&script=sci_arttext&tlng=pt

14. Brasil. Ministério da Saúde. Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. 2 ed. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

15. Field A. Descobrindo a Estatística usando o SPSS. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

16. Costa EFA, Porto CC, Almeida JC, Cipullo JP, Martin JFV. Semiologia do idoso. In: Porto CC. Semiologia médica. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

17. Miranda FL, Henriques SM, Abrahão CM, Gonçalves ND, Tannure MC. Diagnoses and nursing interventions identified in patients with spinal cord injury: literature systematic review. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2010 May/June [cited 2012 Mar 26];4(esp):1101-9. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/960/pdf_109

18. Coura AS, França ISX, Enders BC, Barbosa ML, Souza JRS. Incapacidade funcional e associações com aspectos sociodemográficos em adultos com lesão medular. Rev latinoam enferm [Internet]. 2012 Jan/Feb [cited 2012 Mar 26]; 20(1):[about: 9 p]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_12.pdf

19. Bampi LNS, Guilhem D, Lima DD. Qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática: um estudo com o WHOQOL-bref. Rev bras epidemiol [Internet].

2008 Mar [cited 2012 June 05]; 11(1):67-77. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v11n1/06.pdf>

Submissão: 26/07/2012

Aceito: 17/11/2012

Publicado: 01/01/2013

Correspondência

Alexsandro Silva Coura
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Departamento de Enfermagem
Av. Senador Salgado Filho, 3000 / sala 14
1º andar / Campus Universitário
Bairro Lagoa Nova
CEP: 59078-970 – Natal (RN), Brazil