



LIGA DE ENSINO NORTERIOGRANDENSE

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE

FISIOTERAPIA

GABRIELA MACÊDO CARDOSO

JÉSSICA LÍVIA OZIEL RODRIGUES

**QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA DAS
CLÍNICAS INTEGRADAS UNI-RN**

NATAL/RN

2013

GABRIELA MACÊDO CARDOSO
JÉSSICA LÍVIA OZIEL RODRIGUES

**QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA DAS
CLÍNICAS INTEGRADAS UNI-RN**

Monografia apresentada como
requisito obrigatório para obtenção
do título de Bacharel em Fisioterapia
do Centro Universitário do Rio
Grande do Norte.

Orientadora: Profa. Ms. Catharinne
Farias

NATAL/RN

2013

GABRIELA MACÊDO CARDOSO
JÉSSICA LÍVIA OZIEL RODRIGUES

QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA DAS
CLÍNICAS INTEGRADAS UNI-RN

615.8
c2689
2013

UNI-RN BIBLIOTECA	
RB:	36672
Cód de Barra:	M002012
Data:	15/08/13

Catálogo na Publicação – Biblioteca do UNI-RN
Setor de Processos Técnicos

Cardoso, Gabriela Macêdo.

Qualidade de vida dos usuários do serviço de fisioterapia das clínicas integradas UNI-RN. / Gabriela Macêdo Cardoso ; Jéssica Lívia Ozil Rodrigues. – Natal, 2013.

xx f.; il.

Orientador (a): Catharinne Farias (Msc.)

Monografia (Graduação em Fisioterapia) - Centro Universitário do Rio Grande do Norte.

1. Fisioterapia – Monografia. 2. Qualidade de Vida – Monografia. 3. Qualidade de Vida Ligada à Saúde – Monografia. 4. Clínicas Integradas – Monografia. I. Farias, Catharinne. II. Título.

RN/UNI-RN/BC

CDU 615.8

GABRIELA MACÊDO CARDOSO
JÉSSICA LÍVIA OZIEL RODRIGUES

**QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA
DAS CLÍNICAS INTEGRADAS UNI-RN**

Monografia apresentada como
requisito obrigatório para
obtenção do título de Bacharel
em Fisioterapia do Centro
Universitário do Rio Grande do
Norte.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Ms. Catharinne Farias (Orientadora)

Profa. Ms. Francisca Rêgo Oliveira de Araújo (Examinador Interno)

Profa. Ms. Valeska Souza (Examinador Interno)

Aprovado em: ____ / ____ / ____

“Sonhar, apesar das decepções, caminhar, apesar dos obstáculos. Lutar, apesar das barreiras, acreditar, acima de tudo”.

(Autor Desconhecido)

AGRADECIMENTOS

Mais um sonho se realiza, e hoje se fecha um ciclo permeado de dedicação. Tenho a satisfação de agradecer a todos que contribuíram de forma direta e indireta, nessa tão longa jornada. Depois de entrar na Universidade, me vejo concluindo o projeto de minha vida, ser uma profissional da área de Saúde, mas para que esse sonho se realizasse aconteceram muitos desafios, e neste momento quero expressar minha tamanha gratidão. Conhecimentos foram adquiridos e as dificuldades foram superadas, mas sozinha seria impossível contabilizar mais essa vitória, pois no caminho desta conquista vivenciei muitas experiências.

Especialmente as bênçãos de Deus, me dando a oportunidade de viver, e que me deu forças para acreditar que tudo é possível ao que crê, me dando toda fonte de conhecimento. Obrigado meu DEUS por ter me guiado e iluminado todos os dias.

Ao meu querido esposo, Vitor Felipe, agradeço imensamente pelo amor e o sorriso nos momentos de angústia, pela força, incentivo e compreensão, por ter ficado sempre ao meu lado, me confortando do cansaço de enfrentar o dia a dia.

Agradeço à minha filha, meu bem mais precioso, Maria Cecília, pois devido ao meu amor incondicional por ela, tive vigor e forças para seguir em frente.

Aos meus pais pelo mérito e esforços contínuos, para que eu pudesse chegar nesse momento, minha abençoada mãezinha, pela presença, sempre dando exemplos de superação e dedicação, meu pai, pelas palavras, e que ele não imagina o quanto contribuiu para minha personalidade.

Aos meus irmãos, por me proporcionarem momentos alegres de carinho e renovadores, me dando apoio para traçar meu caminho em busca de novos ideais.

Não poderia deixar de agradecer aos meus mestres, não vou nomeá-los, para não cometer injustiça de esquecer alguém, que me fizeram acreditar que sou capaz, que para vencer é necessário abrir mão de certas vontades, e dedicar-se inteiramente aos estudos e para que os nossos projetos sejam

realizados, basta ter responsabilidade e comprometimento, para ter a certeza da batalha vencida. Levarei comigo a certeza de que: Se eu quero eu venço, porque sou capaz.

Em especial a minha orientadora e amiga, Catharinne Farias, agradeço imensamente pela convivência e pela paciência para conosco.

Aos meus colegas de sala, um muito obrigada pelo acolhimento, pelas amizades que foram construídas a cada dificuldade e incerteza resolvidas, fico muito grata a vocês minha amigas pela força motivadora e pela tranquilidade que me transmitiam.

E assim cheguei à realização do sonho profissional que tanto almejei na minha vida, ser uma Fisioterapeuta. Consegui, cheguei, venci, um futuro em um universo de esperança me espera, muitas lutas virão, mais estou preparada para todas elas, graças a Deus.

Jamais vou me esquecer dos dias que me dediquei a alcançar o meu futuro dentro das paredes das salas de aulas da UNI-RN. Pois nossa melhor realização é aquela que demoramos a realizar. Jamais esquecerei...

Muito obrigado.

AGRADECIMENTOS

A Deus, meus pais e meus amigos.

Agradeço Àquele que me presenteou com o bem mais precioso que poderia receber um dia, a vida, e com ela a capacidade para pensar, amar e lutar pela conquista de meus ideais. Muitas foram as lutas, maiores as vitórias, e isso porque o Senhor Se fez sempre presente, transformando a fraqueza em força e a derrota em vitória. Reconheço que o tempo todo o Senhor me amou e que sem a Sua misericordiosa graça e intervenção nada disso seria possível. Não sou mais a mesma. Amadureci ao enfrentar vários obstáculos, mas agora tudo é felicidade, pois atingi meu alvo. Sou Fisioterapeuta. Tenho a certeza de que a Sua companhia foi o que fundamentou essa vitória. Não tenho outra forma de agradecer senão dizendo: use-me como instrumento de transformação e crescimento do meu próximo. A Ti, Senhor, dedico essa etapa de minha vida, confiando que continuarás a conduzir meus passos em direção à Tua vontade perfeita e soberana. Sou grata ao Senhor hoje, amanhã e eternamente. Obrigada, Senhor!!!

Aos meus pais, que me deram a vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade, não bastaria um obrigado. A vocês, que iluminaram os caminhos obscuros com afeto e dedicação para que eu trilha-se sem medo e cheia de esperanças, não bastaria um muito obrigado. A vocês, que se doaram por inteiros e renunciaram aos seus sonhos, para que, muitas vezes, eu pudesse realizar os meus. Pela paciência e compreensão durante minhas longas noites de estudos, não bastaria um muitíssimo obrigado. A vocês, pais por natureza, por opção e amor, não bastaria dizer, que não tenho palavras para agradecer tudo isso. Mas é o que me acontece agora, quando procuro arduamente uma forma verbal de expressar uma emoção ímpar. Uma emoção que jamais seria traduzida por palavras.

Ao meu esposo, Renan Vinícius, que me suportou nas horas em que eu precisava me isolar para realizar minhas tarefas dos estudos, fazendo com que você ficasse sobrecarregado. Obrigado meu amor!

Ao meu filho amado, Nicolas Oziel, que me fez enxergar o mundo com outros olhos, me tornando assim uma mulher diferente e mais responsável, pois, além de toda dificuldade encontrada durante os estudos, estava me tornando mãe de uma vida indefesa que precisa de carinho e atenção nesse momento tão turbulento. Você é o motivo por eu ter chegado até aqui! Amo muito você!

Ainda tenho um agradecimento, agradecer a todas as pessoas que passaram pela minha vida até agora. Quero agradecer àquelas que me deram amor, que sorriram pra mim quando eu precisava; que afagaram meus cabelos enquanto eu chorava; que me indicaram os caminhos; que seguraram minha mão e disseram: "vai em frente" quando eu dizia "não consigo".

Agradecer aqueles que duvidaram de mim, que disseram que eu não era capaz e que deveria desistir; afinal foi por causa dessas pessoas que eu venci meus limites, que desafiei os acontecimentos e circunstancias. Foram essas pessoas que me impulsionaram a ser quem sou.

Agradecer a todos os sonhadores, que mesmo falhando me convenceram que valia a pena tentar. Aos que me deram atenção, isso facilitou distinguir os amigos dos conhecidos.

Agradecer ao que me ajudaram a estudar e aos que sempre me atrapalharam com suas conversas, piadas e travessuras. Sem estes, os anos de banco na UNI-RN não fariam sentido, afinal, é deles que saem os grandes amigos, os melhores momentos, desculpem não nominá-los, pois poderia esquecer alguém, mais saibam que em toda minha vida, os melhores encontrei aqui no Curso de Fisioterapia da UNI-RN e vocês farão parte do livro da minha vida, que terá um capítulo especial dedicado aos colegas de sala, aos professores, coordenadores e diretores da UNI-RN.

Muito obrigada!!!!

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

FIGURA 1 – Distribuição dos sujeitos que recebem atendimento nas clínicas integradas UNI-RN de acordo com o gênero.

TABELA 1 – Distribuição da amostra com relação ao estado civil e escolaridade dos sujeitos.

FIGURA 2 – Distribuição da amostra quanto à especialidade clínica do tratamento fisioterapêutico

FIGURA 3 – Distribuição da amostra com relação ao tempo de doença e tratamento fisioterapêutico (semanas) por especialidade clínica.

TABELA 2 – Distribuição da amostra quanto aos aspectos avaliados da Qualidade de Vida por domínios.

TABELA 3 – Distribuição da amostra com relação à Qualidade de Vida por domínios de acordo com as especialidades fisioterapêuticas.

WHOQOL-100 – Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde

AVE – Acidente Vascular Encefálico

MEEM – Mini Exame do Estado Mental

HUOL – Hospital Universitário Onofre Lopes

CF – Capacidade Funcional

AS – Aspectos Sociais

AE – Aspectos emocionais

AF – Aspectos Físicos

VI – Vitalidade

SM – Saúde Mental

EGS – Estado Geral da Saúde

TCE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

EF – Ensino Fundamental Incompleto

EFC – Ensino Fundamental Completo

LISTA DE ABREVIATURAS

- UNI-RN – Centro Universitário do Rio Grande do Norte
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- QV – Qualidade de Vida
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- QVRS – Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
- SIP – Sickness Impact Profile
- NHP – Nottingham Health Profile
- MHIQ – McMaster Health Index Questionnaire
- Rand HIS – Rand Health Insurance Study
- SF-36 – The Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey
- WHOQOL-100 – Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde
- AVE – Acidente Vascular Encefálico
- MEEM – Mini Exame do Estado Mental
- HUOL – Hospital Universitário Onofre Lopes
- CF – Capacidade Funcional
- AS – Aspectos Sociais
- AE – Aspectos emocionais
- AF – Aspectos Físicos
- VIT – Vitalidade
- SM – Saúde Mental
- EGS – Estado Geral de Saúde
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- EFI – Ensino Fundamental Incompleto
- EFC – Ensino Fundamental Completo

RESUMO

A Expressão qualidade de vida ligada à saúde (QVLS) foi definida como sendo o valor dado à vida, obtendo pelas alterações funcionais; percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos; e a organização política e econômica do sistema assistencial. A Fisioterapia é uma área da saúde que possui grande importância no controle da dor na QVLS e no aumento ou manutenção de habilidades funcionais dos pacientes em casa ou no trabalho, assim como na redução de outros sintomas que causam sofrimento. Este estudo teve como objetivo, Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde dos usuários do serviço de Fisioterapia das Clínicas Integradas da UNI-RN. Trata-se de uma pesquisa, analítica e descritiva, de cunho quantitativo. Como instrumento de coleta utilizamos o questionário do *Medical Outcomes Study 36 – Item short - Form Health Survey* (SF-36). Para análise dos dados foi utilizado o pacote estatístico SPSS-19, sendo os dados apresentados, de forma descritiva, com valores de média, desvio padrão e distribuição de frequência. Para análise da relação entre as variáveis tempo de doença x especialidade, tempo de tratamento x especialidade e qualidade de vida e especialidade, utilizamos o teste de Qui-Quadrado, com $p < 0,05$. Os resultados deste estudo demonstraram que o público que busca os atendimentos fisioterapêuticos na UNI-RN 60% são do gênero feminino, 43,6% são casados e 61,8% possuem ensino fundamental incompleto. O domínio de grandes limitações físicas foi o de maior impacto na QVRS. Com esta pesquisa ressalta-se a importância da assistência fisioterapêutica com o intuito não somente de minimizar o comprometimento funcional, mas também de influenciar positivamente na qualidade de vida do paciente.

Palavras chaves: Qualidade de Vida, Qualidade de Vida Ligada à Saúde, Fisioterapia, Clínicas Integradas.

ABSTRACT

The expression quality of life related to health (HRQOL) was defined as the value given to life, getting by functional changes, perceptions and social conditions that are induced by disease, diseases, treatments, and the political and economic organization of the health system. Physiotherapy is a health area that has great importance in controlling pain in HRQOL and increase or maintain functional abilities of patients at home or at work, as well as the reduction of other symptoms that cause suffering. This study aimed to evaluate the quality of life related to health service users Physiotherapy Clinics integrated UNI-RN. This is a research, analytical and descriptive, quantitative. As collection instrument used questions in the Medical Outcomes Study 36 - Item Short - Form Health Survey (SF-36). For data analysis we used the statistical package SPSS-19, and the data were presented descriptively, with mean values, standard deviation and frequency distribution. To analyze the relationship between the variables x specialty disease duration, time x treatment specialty and quality of life and specialty, we used the chi-square test, with $p < 0.05$. The results of this study demonstrated that the public seeking emergency care physiotherapy in UNI-RN 60% are female, 43.6% are married and 61.8% had elementary education. The domain of large physical limitations was the greatest impact on HRQL. This research underscores the importance of physical therapy in order not only to minimize functional impairment, but also positively influence the quality of life of the patient.

Keywords: Quality of Life, Quality of Life Related to Health, Physiotherapy, Clinics Integrated.

• Critérios de Inclusão

• Critérios de Exclusão

4.4 Instrumentos de Coleta de dados

4.5 Procedimentos

4.6 Tratamento Estatístico

5. Resultados e Discussão

6. Considerações Finais

Referências

Apêndice

Anexos

SUMÁRIO

1. Introdução.....	15
2. Objetivos.....	17
2.1 Geral.....	17
2.2 Específicos.....	17
2.3 Justificativa.....	17
3. Referencial Teórico.....	18
3.1 Qualidade de Vida.....	18
3.2 Qualidade de Vida Relacionada à Saúde.....	18
3.3 Instrumentos de Medida de Qualidade de Vida.....	19
3.4 Fisioterapia e Qualidade de Vida.....	20
• Fisioterapia Cardiopulmonar	21
• Fisioterapia Ortopédica	21
• Fisioterapia Oncológica	21
• Fisioterapia em Obstetrícia	22
• Fisioterapia Urogenital	22
• Fisioterapia Dermato-Funcional	23
• Fisioterapia Neurológica	23
• Fisioterapia em Angiologia	23
4. Metodologia	25
4.1 Tipo de Pesquisa	25
4.2 Universo e Amostra	25
4.3 Critérios de inclusão e exclusão	25
• Critérios de Inclusão	25
• Critérios de Exclusão	25
4.4 Instrumentos de Coleta de dados	26
4.5 Procedimentos	27
4.6 Tratamento Estatístico	27
5. Resultados e Discussões	28
6. Considerações Finais	39
Referências	40
Apêndices	47
Anexos	50

1. INTRODUÇÃO

“Viver mais, sim, mas com qualidade”. Esse é o desejo da maioria das pessoas que aceitam o envelhecimento como processo normal, decorrente da vida e vislumbram a velhice como um fato. Estudos demográficos realizados recentemente apontam que houve um aumento de quase 25 anos na expectativa de vida do brasileiro nos últimos 50 anos (TAMAI *et al.*, 2011).

A estimativa de vida dos indivíduos brasileiros passou de 67 anos em 1991, para 72,57 anos em 2007. Foi reconhecido que os fatores como: melhor acesso da população ao serviço de saúde, campanhas de vacinação, aumento da escolaridade, prevenção de doenças e os avanços da medicina foram os que mais contribuíram para essa mudança. Com toda essa afirmação, viver mais pode significar o confronto com dependências, incapacidades, necessidade de cuidados prolongados, de instituições de longa permanência, perda de papéis sociais, isolamento, solidão, depressão e falta de um sentido para a própria vida. Um grande desafio que a longevidade impõe é o de conseguir uma sobrevida maior, com melhor qualidade de vida (MAUÉS *et al.*, 2010).

Nos últimos anos, foi percebido que a avaliação da saúde não conta só com a presença ou ausência de doenças, mas também existe um grande interesse no desenvolvimento de medidas que identifiquem a qualidade de vida das pessoas. A Qualidade de Vida (QV) é considerada como um conceito de alcance abrangente, que afeta de uma forma complexa a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais e as relações com o meio ambiente do indivíduo (ALVES *et al.*, 2010).

QV é uma medida que tem sido entusiasticamente utilizada por clínicos, pesquisadores, economistas, administradores e políticos. Não é um assunto novo, mas o interesse de sua importância tem crescido por uma série de razões. A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, definiu saúde como não apenas a ausência de enfermidade ou doença, mas também a presença de bem-estar social, físico e mental. Atualmente o uso da Qualidade de Vida como um conceito

necessário na prática dos cuidados e pesquisa em saúde tem sido um assunto bastante discutido e pesquisado por haver uma preocupação constante do ser humano na busca continua de uma vida saudável, visando à prevenção e cura de doenças, passando a ser um compromisso pessoal. (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2008; SANTOS *et al.*, 2002).

A qualidade de vida foi definida como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FLECK *et al.*, 2000; p.179).

Quando a Qualidade de Vida é citada em referência aos cuidados de saúde, a expressão passa a ser “Qualidade de Vida Relacionada à Saúde” (QVRS). Essa se refere ao estado de bem estar e satisfação na vida em que um indivíduo se encontra e como ele está sendo afetado pela doença, acidentes e tratamento. Esse novo conceito de QVRS, foi descrito por Auquier *et al.* (1997) como valor atribuído à vida, medido pelas deteriorações funcionais, as percepções e condições sociais que foram acarretadas pela doença, agravos, tratamentos, além da organização política e econômica do sistema assistencial (TERERAN; ZANEI; WHITAKER, 2012; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Assim, temos a seguinte problemática: qual o perfil de Qualidade de Vida relacionada à saúde dos usuários do serviço de Fisioterapia das clínicas integradas UNI-RN?

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Avaliar a Qualidade de Vida relacionada à saúde dos usuários do serviço de Fisioterapia das Clínicas Integradas da UNI-RN.

2.2. Específicos

- Identificar idade, gênero, estado civil e escolaridade dos indivíduos estudados;
- Investigar o tempo de doença, tempo de tratamento fisioterapêutico e a especialidade que levaram os indivíduos a utilizar o serviço de Fisioterapia;
- Identificar o perfil da qualidade de vida;
- Correlacionar a qualidade de vida com e a especialidade da Fisioterapia.

2.3 JUSTIFICATIVA

Percebe-se que é de suma importância à investigação da Qualidade de Vida em indivíduos que apresentem ou não doenças, pois esses fatores estão diretamente relacionados com o quadro de saúde em que cada indivíduo se encontra, podendo até mesmo retardar ou não haver melhora do quadro clínico do paciente. No exercício profissional do fisioterapeuta, a qualidade de vida é parâmetro relevante, que contribui no ajuste e modificação de suas condutas, sendo ainda, uma forma de identificar a efetividade e satisfação do paciente pelo tratamento desenvolvido.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 QUALIDADE DE VIDA

Existe um grande interesse pela avaliação da Qualidade de Vida, onde se acredita que as informações acerca do tema podem servir de indicadores para: avaliar a eficiência, eficácia e o impacto do tratamento em portadores de agravos; comparar procedimentos; avaliar os custos e benefícios dos serviços que estão sendo prestados; aprovar e definir tratamentos; caracterizar estratégias na área da saúde; e monitorar a manutenção da qualidade de vida dos pacientes (LANDEIRO *et al.*, 2011).

A Qualidade de Vida é um conceito multidimensional que envolve aspectos mentais, físicos e sociais do indivíduo. Os objetos que mensuram a QV incluem áreas como: aspectos gerais sobre relatos de saúde e aspecto específico sobre os efeitos que tal patologia ou disfunção causa no estilo de vida de determinada pessoa. Este segundo aspecto seria mais específico para identificar mudanças após o tratamento, sendo muito valorizado na mensuração do processo de avaliação e até mesmo na comparação dos tipos de tratamento que a pessoa estará envolvida (DEDICAÇÃO *et al.*, 2009).

3.2. QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

Esse termo Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) é utilizado para uma aplicação específica quanto à qualidade de vida na medicina clínica e nos estudos clínicos (FERREIRA; SANTOS, 2009).

A QVRS vem sendo utilizada na área da saúde para se diferenciar da QV no sentido genérico, sendo considerado sinônimo do termo “estado de saúde percebido”, o qual contém três grandes domínios: psicológico, social e físico. O primeiro domínio, psicológico, está relacionado com a satisfação, bem estar, autoestima, depressão e ansiedade. Já o domínio social inclui aspectos do retorno

para o trabalho, lazer, interação social e familiar. E o último aspecto que é o domínio físico está relacionado com a capacidade funcional e capacidade para o trabalho. Mundialmente, centros de pesquisas têm realizado estudos sobre a QV e as condições de saúde, com a finalidade de identificar o fenômeno e promover as intervenções que visem sua melhora (NOGUEIRA *et al.*, 2012).

3.3. INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE QUALIDADE DE VIDA

Inúmeros instrumentos de medida de Qualidade de Vida têm sido propostos, sendo administrado por entrevistadores ou até mesmo sendo auto-administráveis. Os instrumentos podem ser divididos em: genéricos e específicos. Os instrumentos genéricos são utilizados para avaliar a Qualidade de Vida da população no geral, independente de doença ou condição do paciente. Em relação ao campo de aplicação, são usados os questionários de base populacional sem determinar enfermidades, sendo mais apropriados a estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do serviço de saúde ao qual o indivíduo está submetido. Os mais utilizados mundialmente são: Sickness Impact Profile - SIP, Nottingham Health Profile - NHP, McMaster Health Index Questionnaire - MHIQ, Rand Health Insurance Study - Rand HIS, The Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey - SF-36, Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde - WHOQOL-100 (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2008).

Como instrumento de avaliação da qualidade de vida ligada à saúde, vem sendo amplamente utilizado o questionário genérico SF-36, traduzido e validado no Brasil por Ciconelli em 1999. Ele possui 36 itens englobados em oito componentes (capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental e uma questão comparativa entre as condições de saúde atual e de um ano atrás). Seus conceitos não são restritos a uma faixa etária, patologia ou grupo de tratamento. É simples e autoaplicável, o que facilita sua utilização (SILQUEIRA, 2005).

3.4. FISIOTERAPIA E QUALIDADE DE VIDA

O sucesso do tratamento de pacientes geralmente é avaliado por medidas clínicas. Questionários e outros instrumentos são bastante utilizados por fisioterapeutas para quantificar a condição de saúde de cada paciente ou se há resultados benéficos do tratamento que está sendo realizado. Entretanto, a satisfação que o paciente transpõe é também uma das dimensões envolvidas no cuidado de pessoas e, conseqüentemente, pouco avaliada. A avaliação do conhecimento pessoal, das habilidades e da experiência do profissional da saúde está totalmente relacionada com a qualidade do cuidado que o paciente está recebendo. A satisfação está diretamente ligada sinergicamente à qualidade técnica no que se refere ao sucesso do tratamento. Ou seja, pacientes que relatam insatisfação podem apresentar menor adesão ao tratamento e, assim uma menor evolução do quadro clínico (SUDA; UEMURA; VELASCO, 2009).

A QV é caracterizada por um conceito bastante subjetivo, multidimensional e influenciado por vários fatores relacionados à educação, à economia e aos aspectos socioculturais em que o paciente irá se encontrar, não havendo um consenso quanto à sua definição. O grande interesse pela mensuração do nível da Qualidade de Vida vem aumentando gradativamente em várias áreas da atividade humana, como por exemplo, enfermagem, psicologia, odontologia, nutrição, fisioterapia e educação física. (BRANCO *et al.*, 2010).

Essa mensuração da QV na área médica, já é introduzida em sua atuação profissional. É bastante utilizado dentro de clínicas para designar, a partir de situações de lesões biológicas e físicas, para se oferecer indicações de técnicas para melhorar as condições de vida dos enfermos (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

A Fisioterapia é uma área de saúde, que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais. A formação do Fisioterapeuta apresenta áreas de atuação, como a Fisioterapia clínica, que compreende ambulatorios, consultórios, centros de reabilitação, hospital e clínica; saúde coletiva, abrangendo ações básicas de saúde, Fisioterapia do trabalho, programas institucionais e vigilância sanitária; educação,

através dos cargos de direção e coordenação de cursos, extensão, pesquisa e supervisão técnica e administrativa (COFFITO, 1987; COFFITO, 2009).

- **FISIOTERAPIA CARDIOPULMONAR**

As funções pulmonares e cardíacas estão intimamente associadas. Assim, os comprometimentos das funções do pulmão podem acarretar graves alterações nas funções do coração e vice-versa (FILHO, *et.al.*, 2005).

As doenças respiratórias constituem uma importante causa de adoecimento e mortes mundialmente com alvo generalizado, ou seja, tanto em crianças como em adultos. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), estas doenças representam cerca de 8% do total de mortes em países desenvolvidos e 5% em países ainda em desenvolvimento. Estas doenças também possuem um papel importante na morbidade da população, sendo frequente causa de ausências nas escolas e nos trabalhos, além de exercer enorme pressão sobre os serviços de saúde (TOYOSHIMA; ITO; GOUVEIA, 2005).

- **FISIOTERAPIA ORTOPÉDICA**

As lesões traumáticas acometem exclusivamente o sistema musculoesquelético, reduzindo a capacidade funcional, associada à Qualidade de Vida, mas que não determinam, necessariamente, risco à vida do paciente, mas sim perdas funcionais importantes como imobilidade, contraturas, deformidades e hipotrofia muscular (SANTILI, *et.al.*, 2005). As fraturas são elementos bastante frequentes, onde devemos considerar, concomitantemente, a lesão dos tecidos moles que circundam o osso, o sangramento, a dor, o estresse, a contaminação entre outros elementos, todos estes fatores, determinam certo grau de dependência, relacionado diretamente com a perda da autonomia, interferindo na sua qualidade de vida. (ISHIDA, *et.al.*, 2007).

- **FISIOTERAPIA ONCOLÓGICA**

Atualmente, a mensuração da Qualidade de Vida no paciente oncológico é um recurso importante para identificar os resultados do tratamento na perspectiva do paciente. Essa monitorização vai depender dos sintomas da doença ou dos efeitos

colaterais da terapêutica em que o paciente estará submetido, revelando assim os aspectos que influenciam na qualidade de vida dos sobreviventes do câncer (SANTOS; NOVAES, 2011). As doenças oncológicas predisõem um grande índice de comorbidade, gerando assim, um grande temor entre os pacientes, que poder vir a provocar alterações psicológicas que afetam a percepção da sexualidade e a imagem pessoal além dos desconfortos e debilidades físicas (JAMMAL; MACHADO; RODRIGUES, 2008).

- FISIOTERAPIA EM OBSTETRÍCIA

O reconhecimento da Fisioterapia durante a gestação já foi estabelecida em países como Inglaterra, África do Sul, Austrália e Canadá, sendo que no Brasil, essa é uma área de atuação bastante recente, porém, possível e necessária para uma melhor qualidade dos serviços de pré-natal. A fisioterapia deveria estar inserida nos programas de pré-natais para tratar e até mesmo prevenir as consequências das alterações musculoesqueléticas e biomecânicas em que as gestantes estarão acometidas (RAMOS; ALMEIDA, 2012). As alterações físicas e emocionais acompanhada por conflitos como a sobrecarga e a descontinuidade de tarefas, afetam a saúde física e mental das gestantes, bem como sua vida social, impactando na qualidade de vida, bem-estar e satisfação dessas mulheres durante o período gestacional (REZENDE; SOUZA, 2012)

- FISIOTERAPIA UROGENITAL

As alterações decorrentes da incontinência urinária causam grandes interferências na qualidade de vida dos portadores e é considerada como um problema de saúde pública. As mulheres que portam essa patologia são marcadas pelo sentimento de vulnerabilidade, já que a ocorrência de perda urinária provoca significativa morbidade entre essas pessoas, interferindo nos aspectos de ordem emocional, social, física, ocupacional e sexual. Com o persistir dessas ocorrências, as mulheres relatam que se auto excluem da sociedade devido ao sentimento de vergonha em compartilhar sua incontinência com os profissionais de saúde e até mesmo com os seus familiares, que, na maioria das vezes, só passam a ter conhecimento da patologia quando o indivíduo já se encontra em um grau bastante avançado da doença (TORREALBA; OLIVEIRA, 2010).

- FISIOTERAPIA DERMATO-FUNCIONAL

A Fisioterapia estética, recentemente renomeada como fisioterapia dermatofuncional, está cada vez mais em evidência, tornou-se popular no Brasil nos anos 90. Indivíduos com disfunções do sistema tegumentar são beneficiados com os tratamentos executados pela Fisioterapia dermatofuncional, possibilita o melhoramento e a restauração de desvios estéticos (aparência) e da autoestima, em especial aos relacionados à saúde funcional com vistas à qualidade de vida dos usuários. O tratamento estético e reparador da Fisioterapia dermatofuncional ainda está restrito às camadas sociais mais elevadas, mas que, são vários os campos de atuação do Fisioterapeuta, possibilitando a reabilitação de pós-operatórios de cirurgias plásticas, bem como reparação de tecidos e restauração da atividade funcional da pele como reorganização das fibras colágenas e elásticas, melhorando a autoestima e a imagem corporal (MILANI; JOÃO; FARAH, 2006).

- FISIOTERAPIA NEUROLÓGICA

Os indivíduos com sequelas mentais/físicas necessitam de reabilitação dinâmica, contínua, progressiva e educativa para alcançarem a restauração funcional, reintegração familiar, comunitária e social, além da manutenção do nível de recuperação e da qualidade de vida. Um estudo de QV realizado em pacientes com diagnóstico de Acidente Vascular Encefálico (AVE) mostrou maior comprometimento imediatamente após a patologia e durante a reabilitação apontou melhora de alguns domínios. Os domínios mais afetados foram: função física, papel emocional, papel social, vitalidade, saúde mental e estado geral de saúde (RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013).

- FISIOTERAPIA EM ANGIOLOGIA

A Fisioterapia na área de angiologia é responsável por desempenhar um papel indispensável quanto à reeducação funcional acompanhando o paciente em todas as fases de sua reabilitação, além de fazer parte da equipe multidisciplinar ela atua tratando e supervisionando e se necessário, atua também em cuidados e manutenção das funções musculoesqueléticas. Sendo assim, é reconhecido que a presença do Fisioterapeuta é imprescindível no processo dinâmico, criativo, educativo e com objetivos de uma boa restauração do paciente. Isso possibilita, para

os indivíduos, um retorno mais rápido às suas atividades de vida diária e sua reintegração à família, comunidade e sociedade trazendo melhora em sua Qualidade de Vida (MARQUES; MOREIRA; ALMEIDA, 2003; PASTRE *et al.*, 2005).

4.1. TIPO DE PESQUISA

Esta pesquisa foi do tipo analítico descritiva, de cunho quantitativo, a qual compreende a avaliação da Qualidade de Vida de indivíduos com alterações que necessitam da utilização de tratamento Fisioterapêutico.

4.2. UNIVERSO E AMOSTRA

O universo foi composto por todos os usuários do serviço de Fisioterapia das Clínicas Integradas da UNIRN. As Clínicas Integradas da UNIRN prestam atendimento nas áreas de Fisioterapia Ortopédica, Reumatologia e Traumatologia, Fisioterapia Pneumopneumológica, Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia e Fisioterapia em Neurologia, Fisioterapia em Angiologia e Oncologia, e Fisioterapia em Dermat - Funcional.

A amostra constituiu-se em 59 pacientes que estavam em atendimento Fisioterapêutico nas Clínicas Integradas da UNIRN, selecionados por conveniência.

4.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

4.3.1. Critérios de Inclusão

Foram incluídos na pesquisa indivíduos de ambos os gêneros, acima de 18 anos de idade, que estavam em atendimento Fisioterapêutico as Clínicas Integradas da UNIRN.

4.3.2. Critérios de Exclusão

Foram excluídos os indivíduos que apresentaram dificuldade de comunicação ou compreensão, comprovado pelo resultado do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). O escore mínimo que foi utilizado para esse critério foi de 16 pontos, o qual

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Esta pesquisa foi do tipo analítico descritiva, de cunho quantitativo, a qual compreendeu a avaliação da Qualidade de Vida de indivíduos com alterações que necessitavam da utilização de tratamento Fisioterapêutico.

4.2. UNIVERSO E AMOSTRA

O universo foi composto por todos os usuários do serviço de Fisioterapia das Clínicas integradas da UNI-RN. As Clínicas Integradas da UNI/RN prestam atendimento nas áreas de Fisioterapia Ortopédica, Reumatologia e Traumatologia, Fisioterapia Pneumocardiológica, Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia e Fisioterapia em Neurologia, Fisioterapia em Angiologia e Oncologia, e Fisioterapia em Dermato - Funcional.

A amostra constituiu-se em 59 pacientes que estavam em atendimento Fisioterapêutico nas Clínicas Integradas da UNI-RN, escolhidos por conveniência.

4.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

4.3.1. Critérios de Inclusão

Foram incluídos na pesquisa indivíduos de ambos os gêneros, acima de 18 anos de idade, que estavam em atendimento Fisioterapêutico as Clínicas integradas da UNI-RN.

4.3.2. Critérios de Exclusão

Foram excluídos os indivíduos que apresentaram dificuldade de comunicação e/ou compreensão, comprovado pelo resultado do Mini Exame do Estado Mental (MEEM). O escore mínimo que foi utilizado para esse critério foi de 16 pontos, o qual

indica déficit cognitivo moderado, não impossibilitando o paciente responder os questionamentos presentes no MEEM; e aqueles indivíduos que não aceitaram, voluntariamente, participar do estudo.

4.4. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Após da devida autorização dos pacientes que estavam em atendimento nas Clínicas integradas de Fisioterapia da UNI-RN, e autorização da coordenação, procedemos à coleta dos dados, sendo aplicada a cada indivíduo em atendimento. O questionário por nós utilizado constatou de uma parte inicial que abordou questionamentos relativos aos dados pessoais e históricos da patologia que o levou a realizar tratamento Fisioterapêutico. Em seguida foi aplicado (MEEM) e, por fim, o questionário de qualidade de vida *Medical Outcomes Study 36 – Item short - Form Health Survey* (SF-36).

O MEEM é a escala mais utilizada para reconhecer algum tipo de déficit cognitivo em um indivíduo. Clinicamente tem sido utilizado para reconhecer e acompanhar a evolução de alterações cognitivas de pacientes em tratamento. Já como instrumento de pesquisa, tem sido empregado em grandes estudos populacionais e até mesmo como uma avaliação em baterias de testes neuropsicológicos. O questionário é composto por questões separadas por categorias, cada uma com objetivo de avaliar um grupo de funções cognitivas específicas, como: orientação temporal, orientação espacial, memória imediata, atenção e cálculo, memória de evocação, linguagem e capacidade construtiva visual, possuindo assim um escore máximo de 30 pontos. Clinicamente, o ponto de corte mais utilizado é de 23/24 pontos que apresenta alta sensibilidade e especificidade para a detecção de comprometimento cognitivo e demência (VALLE *et al.*, 2009; LENARDT *et al.*, 2009).

O *Brazilian SF-36* é uma versão traduzida e validada para a língua portuguesa do *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey*. Esse questionário pode ser autoaplicável e se caracteriza como um instrumento de avaliação de fácil aplicabilidade e compreensão. Tendo como objetivo considerar a

percepção que os indivíduos têm sobre seu estado de saúde (PEIXOTO *et al.*, 2012).

O SF-36 é composto por 36 questões dividido em 8 domínios: Capacidade Funcional (CF), Aspectos Sociais (AS), Aspectos Emocionais (AE), Aspectos Físicos (AF), Vitalidade (VIT), Saúde Mental (SM), Dor e Estado Geral de Saúde (EGS). Cada domínio é analisado separadamente e recebe uma pontuação que varia de 0 a 100, com média de 50 e desvio padrão de 10 (CESARINO *et al.*, 2011; SERVELHERE *et al.*, 2011).

4.5. PROCEDIMENTOS

Após os pacientes assinalarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aconteceu uma apresentação do terapeuta-paciente, onde, logo em seguida, iniciou-se as coletas dos dados referentes à identificação, condições sócio econômicas, histórico da patologia, aplicação dos questionários MEEM e SF-36. A coleta dos dados foi feita junto aos pacientes, sendo estes acomodados em uma sala com condições confortáveis de temperatura e iluminação. Os pacientes responderam aos questionários, sempre na presença do mesmo entrevistador, e ao surgir de dúvidas, todas eram esclarecidas em relação às questões aplicadas.

4.6. TRATAMENTO ESTATÍSTICO

A análise dos dados foi feita no pacote estatístico SPSS-19. Para a análise descritiva foi usado os valores de média, desvio padrão e distribuição de frequência. Para análise da relação entre as variáveis: tempo de doença x especialidade, tempo de tratamento x especialidade e qualidade de vida e especialidade, utilizamos o teste de Qui-Quadrado. Para todas as análises, consideramos um nível de significância ($p < 0,05$).

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A clínica escola UNI-RN possuía 123 pacientes em atendimento fisioterapêutico no período do estudo. Nossa amostra constitui-se em 59 pacientes atendidos nas Clínicas Integradas de Fisioterapia da UNI-RN, com média de idade de 51,35 anos, atendidos em diferentes especialidades da Fisioterapia (angiologia, neurologia, ortopedia, urologia, respiratória e dermato-funcional). Quatro indivíduos foram excluídos, pois não obtiveram escore do questionário MEEM acima de 16 e os pacientes pediátricos também não foram avaliados, pois não teriam como responder ao protocolo por nós utilizado. A figura 1 apresenta a distribuição da amostra referente ao gênero dos sujeitos.

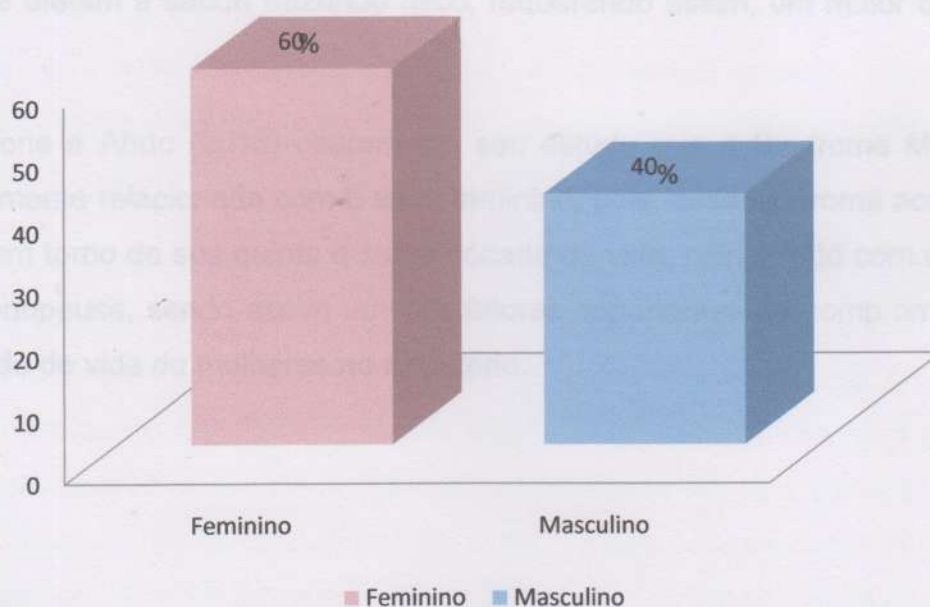


FIGURA 1 - Distribuição dos sujeitos que recebem atendimento nas Clínicas Integradas UNI-RN de acordo com o gênero.

De acordo com o gráfico exposto, percebemos que a maior frequência de atendimentos é dada pelo sexo feminino, expressado em 60%.

De acordo com Almeida, Caldas e Alves (2012), as mulheres são a maioria na população brasileira, estimadas em 50,77% e são, também, as principais em procurarem a atenção do Sistema Único de Saúde. Essas frequentam os serviços para o próprio atendimento, porém, fazem acompanhamento de crianças e até mesmo outros familiares, pessoas idosas, com deficiências, vizinhos e amigos. São também cuidadoras, não apenas de membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e comunidade.

Segundo com Organização Mundial de Saúde (2011), as mulheres merecem atenção particular. Isso se justifica pelo fato de que as mulheres vivem mais que os homens por causa de vantagens biológicas e comportamentais. Além do que foi citada, a longevidade das mulheres não é necessariamente a mais saudável. Há condições que são vivenciadas apenas por elas fazendo com que ocorra um grande impacto em sua saúde. Algumas dessas condições, como gravidez e o parto que não são consideradas doenças, mas são consideradas como processos biológicos e sociais que afetam à saúde trazendo risco, requerendo assim, um maior cuidado à saúde.

Bedone e Abdo (2013) citaram em seu estudo que a Síndrome Metabólica está diretamente relacionada com o sexo feminino, pois, essa síndrome acomete as mulheres em torno de sua quinta e sexta década de vida, coincidindo com o período da pós-menopausa, sendo assim um dos fatores importantes de comprometimento da qualidade de vida de mulheres no climatério.

TABELA 1 – Distribuição da amostra com relação ao estado civil e escolaridade dos sujeitos.

Características			
Estado Civil	Casado	Solteiro	Outros
	24 (43,63%)	12 (21,81%)	19 (34,54%)
Escolaridade	EFI	EFC	Outros
	34 (61,81%)	20 (36,36%)	1 (1,31%)

EFI: Ensino Fundamental Incompleto; EFC: Ensino Fundamental Completo.

De acordo com a tabela a população de pacientes casados nos mostrou percentuais maiores (43,63%) e em relação à escolaridade a maioria obtinha ensino fundamental incompleto (61,81%).

A baixa escolaridade da população assistida é confirmada, pois o público-alvo das Clínicas Escolas são pessoas com baixo nível socioeconômico, já que para ter acesso aos atendimentos da clínica escola, o paciente tem que ter uma renda familiar de no máximo 5 salários mínimos, e pagar uma quantia simbólica por cada sessão. Esse dado tem grande influência na qualidade de vida, pois a situação econômica oferece suporte para o bem estar do indivíduo. A satisfação do paciente com a assistência recebida pode ser influenciada pelas questões sociodemográficas de seus usuários, principalmente no que se refere ao sexo, renda familiar e nível educacional. (MENDONÇA; GUERRA, 2006; SUDA; UEMURA; VELASCO, 2009).

De acordo com Costa *et al.* (2012), o nível de escolaridade pode ser entendido como um fato importante para a inserção desses indivíduos na sociedade, principalmente por influenciar na qualidade do autocuidado e na capacidade dos indivíduos interpretarem informações que são relativas a comportamentos preventivos a cerca da proteção da saúde.

Como pode ser observada na figura 2, nas Clínicas Integradas UNI-RN, existe um maior quantitativo de indivíduos na especialidade fisioterapêutica da ortopedia, traumatologia e reumatologia (40%), seguido de neurologia adulto (21,8%), angiologia (16,4%), dermatologia (9,1%), urologia (7,3%) e cardiopulmonar (5,5%).

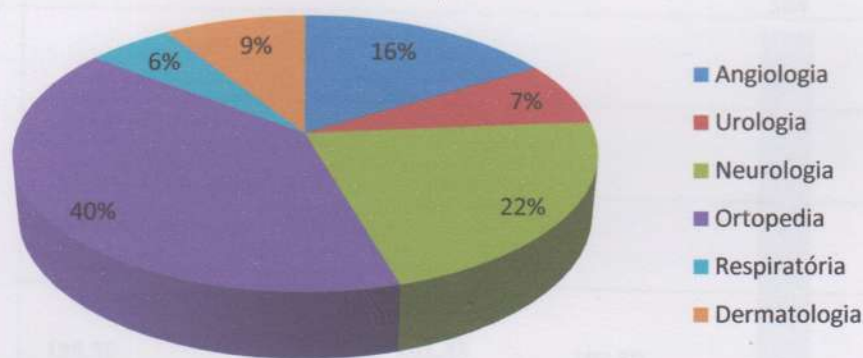


FIGURA 2 – Distribuição da amostra quanto à especialidade clínica do tratamento fisioterapêutico.

Essa maior procura se dá, pois o setor de ortopedia vem se destacando cada vez mais nos últimos 20 anos, possui amplas especialidades clínicas dedicadas tanto na prevenção como no diagnóstico cinético funcional e impondo assim um tratamento funcional nas lesões do sistema músculo esquelético. Seu campo de atuação é muito amplo, onde inclui patologias associadas aos músculos, tendões, ligamentos, bursas, nervos, vasos sanguíneos e tudo que se movimenta no corpo humano. Nos dias atuais todos os distúrbios e lesões traumáticas do sistema músculo esquelético, estão formando um grupo marcadamente comum, ninguém que ficar em casa sentindo dor, ou ficar com deformidades e muito menos com perda de função, onde tais limitações interferem nas atividades de vida diária e causam variados tipos de incapacitação (GAMA, 2012).

idosos, afetando a qualidade de vida que podem vir a provocar incapacidade nos indivíduos afetados, causando grande impacto socioeconômico (BRASIL, 2010).

Já em relação com o tempo de Fisioterapia, a especialidade que nos mostrou realizar fisioterapia em um grande espaço de tempo foi Neurologia, se confirmando, pois as doenças Neurológicas afetam a população, deixando, na maioria das vezes, grandes sequelas/comprometimentos, fazendo com que os indivíduos procurem o serviço de Fisioterapia. Banja *et al.* (2012) confirmou que as patologias neurológicas acarretam aos seus portadores *déficits* motores, sensitivos e cognitivos. Contudo, devido à funcionalidade que se encontra reduzida, essas patologias interferem no bem estar físico, emocional, econômico e social, acarretando prejuízos na qualidade de vida dessas pessoas. Em busca do objetivo de melhorar a saúde desses indivíduos a fisioterapia se torna essencial e, em grande parte, esses pacientes passam grande parte do tempo em tratamento para melhorar sua funcionalidade, diminuindo suas incapacidades e melhorando o bem-estar.

Na análise dos diferentes domínios do questionário SF-36, para quantificar a qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes da clínica escola em geral, identificamos que ocorreu um maior comprometimento do domínio Limitação por Aspectos Físicos ($37,73 \pm 21,92$) e um menor comprometimento no domínio Aspectos Sociais ($66,13 \pm 13,08$) considerando que, numa escala que varia de 0 a 100, zero é o pior estado e cem é o melhor (Tabela 2).

TABELA 2 – Distribuição da amostra quanto aos aspetos avaliados da qualidade de vida por domínios do SF-36.

ASPECTOS DA QUALIDADE DE VIDA	MÉDIA	±DP
Capacidade funcional	52,09	±9,89
Limitação por aspecto físico	37,72	±21,92
Dor	53,98	±12,72
Estado geral	60,78	±2,82
Vitalidade	54,78	±14,84
Aspectos sociais	66,13	±13,08
Limitação por aspectos emocionais	40,59	±7,49
Saúde mental	65,30	±22,62

Com base no público-alvo da clínica escola de Fisioterapia da UNI-RN, que se dá em maioria para a especialidade de ortopedia e neurologia, encontramos a média para o domínio de limitação por aspecto físico em 37,72. Dentro de uma escala de 0 a 100, onde zero é o pior resultado, e 100 o melhor, podemos perceber que há uma grande relação entre a gravidade dos sintomas motores e a limitação física levando à uma piora da Qualidade de Vida. Essas alterações físicas e sintomas expressados

pelos pacientes vêm causando prejuízo na autonomia e na independência destes (SCALZO *et al.*, 2010).

Em um estudo realizado por Labronici *et al.* (2000), foi percebido que em indivíduos com grande limitação física não apresentavam comprometimentos sociais. Isso se deu, pois, cada indivíduo possuía um sentimento e vontade de melhorar o mundo, provando para si mesmo e para a sociedade que são capazes de terem soluções para suas maiores dificuldades/barreiras.

A tabela 3 ilustra a média específica obtida em cada domínio analisado pela escala de aferição da qualidade de vida distribuído de acordo com cada especialidade da Fisioterapia. Encontramos que as especialidades da Fisioterapia que apresentam menor *escore*, por domínio, da qualidade de vida foram, na neurologia a capacidade funcional (30,42) e limitação por aspectos físicos (27,08), na ortopedia foram a dor (43,18), aspectos sociais (60,23) e saúde mental (61,27); e na urologia foram o estado geral de saúde (46,0), aspectos emocionais (25,0), e vitalidade (47,5). Dentre as especialidades e os domínios do SF-36, não foi evidenciado diferença significativa entre elas, onde, os valores foram respectivamente, de acordo com as especialidades citadas acima: $p=0,15$; $p=0,18$; $p=0,30$; $p=0,71$; $p=0,82$; $p=0,38$; $p=0,71$; $p=0,92$.

Com relação à análise dos diferentes domínios, foi que, dentro do domínio da Capacidade Funcional e Limitação de Aspectos Físicos, a especialidade com escores mais comprometidos, se deu pela Fisioterapia em Neurologia que se caracterizou com média de 30,42. Contudo, as médias entre essas duas domínios específicos não demonstraram diferença significativa com as demais especialidades $p=0,15$; $p=0,18$.

TABELA 3 – Distribuição da amostra com relação a qualidade de vida por domínios de acordo com as especialidades fisioterapêuticas.

	Angio	Uro	Neuro	Orto	Resp	Dermato	P (valor)
CapFunc	55,56	51,25	30,42	58,64	50,00	71,00	0,15
LimAspFis	36,11	50,00	27,08	31,82	75,00	60,00	0,18
Dor	55,22	68,50	60,33	43,18	60,67	68,40	0,30
EGS	58,78	46,00	62,50	58,73	57,33	83,20	0,38
Vital	57,78	47,50	54,17	54,00	56,67	59,00	0,92
AspSociais	72,22	62,50	66,67	60,23	62,50	85,00	0,71
LimAspEm	33,33	25,00	27,77	45,44	77,77	53,32	0,51
SauMent	67,56	73,00	64,00	61,27	65,33	76,00	0,82

Com relação à análise dos diferentes domínios, foi que, dentro do domínio de Capacidade Funcional e Limitação de Aspectos Físicos, a especialidade com pacientes mais comprometidos, se deu pela Fisioterapia em Neurologia que se caracterizou com média em 30,42. Contudo, as médias entre esses dois domínios expostos não demonstraram diferença significativa com as demais especialidades ($p=0,15$; $p=0,18$).

Segundo Terroni e Colaboradores (2003), as limitações neurológicas podem chegar a limitar, de modo significativo, o desempenho funcional do paciente, acompanhado com consequências negativas nas relações familiares, pessoais e sociais e, acima de tudo, na qualidade de vida. Rezende e colaboradores (2007) expressaram que as incapacidades funcionais podem diminuir a capacidade do indivíduo em realizar tarefas básicas e essenciais do dia-a-dia, interferindo, de modo negativo no seu desempenho de regras e papéis sociais.

Os pacientes portadores de patologias neurológicas, normalmente seguem uma rotina de intervenção e tratamento de acordo com o tipo e causa da doença. Essa rotina varia a partir da intervenção cirúrgica, no caso se necessária, e clínicas que adentra no tratamento fisioterapêutico. Este tratamento, possivelmente, melhora as funções e minimizam as sequelas, onde o quadro tende a estabilizar-se e, na maioria das vezes, deixam sinais e sintomas que limitarão suas atividades. Os comprometimentos funcionais decorrentes de tais patologias variam de paciente para paciente, assim como a execução de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD's), como por exemplo, tomar banho sozinho, vestir-se, comer e realizar pequenas caminhadas de forma independente (RIZZETTI; TREVISAN, 2008).

Em Limitação por Aspectos Físicos ($p=0,18$), a Fisioterapia em Neurologia se mostrou com menor média (27,08). Esse resultado se confirma, pois, a neurologia é classificada como uma das áreas mais graves do Brasil, geradora de incapacidades crônicas com perda da independência e também, da autonomia. Pressupõe-se que esses pacientes necessitem de ajuda máxima nas suas realizações de atividades diárias. Vale salientar que a fisioterapia reabilita contribuindo com os danos causados pela doença. É fundamental que se inicie o tratamento com a reabilitação o quanto antes acarretando uma recuperação eficaz, podendo até mesmo, melhorar a qualidade de vida desse indivíduo (PERLINI; FARO, 2005).

No domínio dor ($p=0,30$), a especialidade que revelou mais comprometimento foi Fisioterapia em Ortopedia, com média de 43,18. Nos últimos anos a ortopedia destaca-se, pois seu campo consiste na prevenção, diagnóstico e tratamento dos distúrbios do sistema musculo esquelético. Tais comprometimentos causam dor, deformidades e perda da função e estão em segundo lugar em frequência de acometimentos na população. No início da patologia, os indivíduos procuram

atendimento médico e logo em seguida, são encaminhados para o serviço de fisioterapia para a reabilitação. A dor crônica relacionada a ortopedia, acomete 65% das pessoas adultas. Assim, as dores na coluna, lombalgias e cérvico-dorso-lombalgias têm sido consideradas como enfermidades sociais (OLIVEIRA; BRAGA, 2010).

Já para o domínio de Estado Geral de Saúde ($p=0,38$), Vitalidade ($p=0,92$) e Limitações por aspectos emocionais (0,51), todos eles apresentaram média abaixo de 50,0 e percebeu-se a ênfase para Limitação por Aspectos Emocionais que demonstrou média em 25,00. As doenças que acometem o sistema urológico causam grande impacto na qualidade de vida dos portadores. Oh e Ku (2006) identificaram que, a patologia acima citada não é fatal, porém causa ansiedade, depressão e baixa satisfação de vida, levando a um impacto sobre a qualidade de vida. Stach-Lempinen e colaboradores (2003) puderam constatar, ainda que os pacientes com patologias urológicas referem mais depressão, solidão e tristeza do que a população em geral e a taxa de depressão nesses pacientes compara-se à de outros pacientes acometidos por doenças crônicas.

Em aspectos sociais ($p=0,71$) e saúde mental ($p=0,82$), foi percebido que os pacientes mais comprometidos foram os que recebem atendimento especializado em Fisioterapia ortopédica, com média em 60,23 e 61,27 respectivamente. Os sintomas relatados por pacientes ortopédicos causam grande impacto no cotidiano e promove ruptura de rotina cuja consequência mantém-se ao longo do tempo em razão da cronicidade da doença. Os impactos sociais desestabilizam as inter-relações familiares, atrapalha o contato social do indivíduo e interfere na rotina e nos hábitos dos doentes empenhando-se à esforços de adaptação à nova realidade. Por serem patologias de origem indefinidas e de cura incerta provoca sentimentos de vulnerabilidade e desamparo. Já a saúde mental, se caracteriza por ser um processo patológico gerado pelo sofrimento psíquico, que em muitas vezes se deve pelo relacionamento que o paciente tem com seu ambiente de trabalho, ritmos acelerados, pressão repressora e autoritária, sem pausas para o descanso. Todos esses pontos citados são considerados fontes de insatisfação que consequentemente geram uma vida psíquica para o paciente (OLE *et al.*, 2005).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante desse trabalho, concluímos que a fisioterapia não deve ser somente um meio para alívio de dor, mas também é uma forma de restauração da função e de estilos de vida, promovendo assim o bem-estar e a Qualidade de Vida Ligada à Saúde. Neste estudo, podemos confirmar a maior incidência do sexo feminino com baixa escolaridade (Ensino Fundamental Incompleto) na procura dos serviços fisioterapêuticos e a maior ocorrência de patologias ortopédicas na população estudada.

Os resultados deste estudo demonstraram que o público que busca os atendimentos especializados na clínica escola da UNI-RN possuem um perfil com grandes limitações físicas, porém, com bom aspecto social que são domínios relacionados à qualidade de vida. É necessário que sejam feitos estudos adicionais que avaliem esses aspectos antes e depois de um certo tempo de tratamento fisioterapêutico, para que seja possível avaliar a qualidade do atendimento que é prestado para esses indivíduos.

Além disso, observa-se a necessidade de investigar a atuação interdisciplinar nas práticas fisioterapêuticas, uma vez que a qualidade de vida dos usuários está relacionada a vários aspectos físicos, sociais e psicológicos. A fisioterapia atuando isoladamente, não é capaz de produzir efeitos sobre todos os domínios que interferem na qualidade de vida dos usuários de uma clínica escola.

TEREPAN, N.P.; ZANEL, S.S.V.; WHITAKER, L.V. Qualidade de vida prévia à internação em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 4, n. 24, p.341-346, 2012.

ABRAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, F.M. Qualidade de vida e análise um índice necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 5, p. 2-18, 2003.

LANDEIRO, C.M.B.M.M. Revisão sistematizada dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados Scielo. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Bahia, v. 15, n. 16, p.4257-4286, 2011.

REFERÊNCIAS

- TAMAI, S.A *et al.* Impact of a program to promote health and quality of life of elderly. **Einstein**, São Paulo, v. 1, n. 9, p.8-13, 2011.
- MAUÉS, C.R *et al.* Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 5, n. 8, p.405-410, 2010.
- ALVES, J.G.B *et al.* Qualidade de vida em estudantes de Medicina no início e final do curso: avaliação pelo Whoqol-bref. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p.91-96, 2010.
- CAMPOS, MO; RODRIGUES NETO, JF. QUALIDADE DE VIDA: UM INSTRUMENTO PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v. 32, n. 2, p.232-240, 2008.
- SANTOS, SR *et al.* Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, 2002.
- FLECK, M.P. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 2, n. 34, p.178-183, 2000..
- TERERAN, N.P; ZANEI, S.S.V; WHITAKER, I.Y. Qualidade de vida prévia à internação em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 4, n. 24, p.341-346, 2012.
- MINAYO, M.C.S; HARTZ, Z.M.A; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 5, p.7-18, 2000.
- LANDEIRO, G.M.B *et al.* Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados Scielo. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Bahia, v. 10, n. 16, p.4257-4266, 2011.

DEDICAÇÃO A.C; HADDAD, M; SALDANHA, M.E.S; DRIUSSO, P. Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.13, n.2, 2009.

FERREIRA, F.S; SANTOS, C.B. QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS PELA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 17, p.406-411, 2009.

NOGUEIRA, P.C *et al.* Sobrecarga do cuidado e impacto na qualidade de vida relacionada à saúde de cuidadores de indivíduos com lesão medular. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 6, n. 20, p.1-9, 2012.

SILQUEIRA, S. M. F. O questionário genérico SF-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes hipertensos. Tese (Pós Graduação em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

SUDA, E.Y; UEMURA, Missae Dora; VELASCO, Eliane. Avaliação da satisfação dos pacientes atendidos em uma clínica-escola de Fisioterapia de Santo André, SP. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 16, n. 2, p.126-131, 2009.

BRANCO, J.C *et al.* Qualidade de vida de colaboradores de hospital universitário do Sul do Brasil. **J Health Sci Inst**, São Paulo, v. 28, n. 2, p.199-203, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Resolução Nº. 80, de 9 de maio de 1987. DOU nº. 093 - de 21/05/87, Seção I, p. 7609

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Resolução Nº. 80, de 9 de maio de 1987. DOU nº. 093 - de 21/05/87, Seção I, p. 7609

FILHO, S.D.S *et.al.* Atividade cardio-respiratórias e publicação em revistas indexadas: avaliação do interesse científico em reabilitação cardíaca. **Rev. Pulmão**, p.306-309, 2005.

TOYOSHIMA, M.T.K; ITO, G.M; GOUVEIA, N. MORBIDADE POR DOENÇAS RESPIRATÓRIAS EM PACIENTES HOSPITALIZADOS EM SÃO PAULO/SP. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 4, n. 51, p.209-213, 2005.

SANTILI, *et.al.* Análise estatística do trauma ortopédico infanto-juvenil do pronto socorro de ortopedia de uma metrópole tropical. **Acta Ortop Bras** p.179-182, 2005

ISHIDA, *et.al.* Trauma na infância e adolescência: epidemiologia, tratamento e aspectos econômicos em um hospital público. **Acta Ortop Bras**. p. 261-265, 2007,

SANTOS, A.L.B; NOVAES, M.R.C.G. Qualidade de Vida de Pacientes com Câncer Colorretal em Uso de Glutamina. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 4, p.541-546, 2011.

JAMMAL, M.P; MACHADO, A.R.M; RODRIGUES, L.R. Fisioterapia na reabilitação de mulheres operadas por câncer de mama. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 4, p.506-510, 2008.

RAMOS, A.V.B; ALMEIDA, C.S. A GESTAÇÃO NO SEGUNDO TRIMESTRE DE USUÁRIAS DA CLÍNICA DE SAÚDE DA MULHER E O PAPEL DA FISIOTERAPIA. **Revista Inspirar**, Curitiba, v. 4, n. 21, p.1-6, 2012.

REZENDE, C.L; SOUZA, J.C. Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher. **Psicólogo Informação**, São Paulo, v. 16, n. 16, p.45-69, 2012.

TORREALBA, F.C.M; OLIVEIRA, L.D.R. Incontinência urinária na população feminina de idosas. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 1, p.159-175, 2010.

MILANI, G.B; JOÃO, S.M.A; FARAH, E.A. Fundamentos da Fisioterapia dermatofuncional: revisão de literatura. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 13, n. 1, p.37-43, 2006.

RANGEL, E.S.S; BELASCO, A.G.S; DICCINI, S. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 20, p.205-212, 2013.

MARQUES, C.M; MOREIRA, D; ALMEIDA, P.N. Atuação fisioterapêutica no tratamento de úlceras plantares em portadores de hanseníase: uma revisão bibliográfica. **Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 28, n. 2, p.145-150, 2003.

PASTRE, C.M. *et al.* Fisioterapia e amputação transtibial. **Arquivos de Ciências e Saúde**, São Paulo, v. 2, n. 12, p.120-124, 2005.

VALLE, E.A. *et al.* Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no Mini Exame do Estado Mental entre idosos: Projeto Bambuí. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 25, p.918-926, abr. 2009.

LENARDT, M.H. *et al.* O desempenho de idosas institucionalizadas no miniexame do estado mental **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 5, n. 22, p.638-644, 2009.

PEIXOTO, R.M. *et al.* Comparação da percepção da qualidade de vida entre migrançosos, diabéticos e voluntários sadios através do Brazilian SF-36 **Headache Medicine.**; v.3, n.1, p.26-35, 2012.

CESARINO, C.B. *et al.* Qualidade de vida em pacientes com cardioversor desfibrilador implantável: utilização do questionário SF-36. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São Paulo, v. 2, n. 26, p.238-243, 2011.

SERVELHERE, K.R. *et al.* Aplicação da escala SF-36 em pacientes operados de tumores da base do crânio. **Arquivo Brasileiro de Neurocirurgia**, São Paulo, v. 2, n. 30, p.69-75, 2011.

ALMEIDA, DMQ; CALDAS, EMCB; ALVES, PSBP. Potencialidades e fragilidades na rede de atenção à saúde da mulher no município de Tabira. **J Manag Prim Health Care**, v. 1, n. 3, p.3-6, 2012.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Mulheres e Saúde: Evidências de hoje, agenda de amanhã; 2011.

BEDONE, R.M.V; ABDO, C.H.N. Síndrome metabólica como fator de risco para disfunção sexual feminina. **Diagnóstico e Tratamento**, São Paulo, v. 18, n. 1, p.45-48, 2013.

MEDONÇA KMPP, GUERRA RO, DIÓGENES TPM. Influência das características sócio-demográficas na satisfação do paciente com o tratamento fisioterapêutico. **Revista Fisioterapia em Movimento**. v.3, n.19, p.83-89, 2006.

SUDA, E.Y.; UEMURA, M.D; VELASCO, E. Avaliação da satisfação dos pacientes atendidos em uma clínica-escola de Fisioterapia de Santo André, SP. **Revista Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 16, n. 2, p.126-131, 2009.

COSTA, M.C *et al.* FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS IDENTIFICADOS EM TRABALHADORES ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v. 36, n. 3, p.727-739, 2012.

GAMA, K.C.S.D. AVALIAÇÃO ÁLGICA EM PROFISSIONAIS DE FISIOTERAPIA DA ÁREA DE TRAUMATO-ORTOPEDIA EM VITÓRIA DA CONQUISTA - BA. **C&d-revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v. 5, n. 1, p.81-100, 2012. Disponível em: <http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/132/118>.

Acesso em: 20 jun. 2012

BRASIL, Ministério da Saúde. DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS. **Cadernos de atenção básica**. Brasília, 2010.

BANJA, D.H *et al.* ANÁLISE DA FUNCIONALIDADE E DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM SEQUELAS NEUROLÓGICAS. **Revista Saúde e Pesquisa**, Paraná, v. 5, n. 1, p.1983-1870, 2012.

SCALZO, P.L *et al.* Qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Cerebral: clínica de fisioterapia Puc Minas Betim. **Revista de Neurociências**, São Paulo, v. 18, n. 2, p.139-144, 2010.

LABRONICI, R.H.D.D *et al.* ESPORTE COMO FATOR DE INTEGRAÇÃO DO DEFICIENTE FÍSICO NA SOCIEDADE. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 58, n. 4, p.1092-1099, 2000.

TERRONI, *et.al.* Depressão pós-AVC: Fatores de risco e terapêutica antidepressiva. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.49, n.4, p.450-459, 2003.

REZENDE, M.; CUNHA, C.; SILVA, A.; SOUSA, S. Rede de Relações e satisfação com a vida em pessoas com amputação de membros. **Ciências & Cognição**, v.10, n.1, p.164-177, 2007.

RIZZETTI, D.A.; TREVISAN, C.M. AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL EM PACIENTES PORTADORES DE SEQÜELAS DE AVC PARTICIPANTES DO PROJETO DE HIDROCINESIOTERAPIA APLICADA ÀS PATOLOGIAS NEUROLÓGICAS DO IDOSO. **Saúde Santa Maria**, Santa Maria, v. 34, n. 1, p.32-36, 2008.

PERLINI, N.M.O.G; FARO, A.C.M. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar*. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 2, n. 39, p.154-163, 2005.

OLIVEIRA, A.C.; BRAGA, D.L.C.. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos na clínica de ortopedia da Universidade Paulista. **J Health Sci Ins**, São Paulo, v. 4, n. 28, p.356-358, 2010.

Oh SJ, Ku JH. Is a generic quality of life instrument helpful for evaluating women with urinary incontinence? **Qual Life Res**. v.15, n.3, p.495-501, 2006.

Stach-Lempinen BS, *et al.* Severe depression determines quality of life in urinary incontinent women. **Neurourol Urodyn.** v.22, n.6, p.:563-8, 2003.

OLE, F.G. *et al.* Qualidade de vida da equipe de enfermagem do centro cirúrgico. **Arquivos de Ciências e Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 2, p.102-110, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE 1



Liga de Ensino do Rio Grande do Norte
Centro Universitário do Rio Grande do Norte
Curso de fisioterapia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDOEsclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa Qualidade de vida dos usuários do serviço de Fisioterapia das clínicas integradas da UNI-RN, que é coordenada pelo Professora Catharinne Angélica Carvalho de Farias e suas orientandas de graduação Gabriela Macêdo Cardoso e Jéssica Livia Oziel Rodrigues.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Não haverá pagamento pela sua participação.

Essa pesquisa procura avaliar A qualidade de vida dos pacientes que são atendidos no setor de Fisioterapia nas clínicas integradas da UNI-RN. Serão realizados os seguintes procedimentos: um questionário com identificação do paciente, mini exame do estado mental (MEEM) , e por fim, o questionário de qualidade de vida *Medical Outcomes Study 36 – Item short - Form Health Survey (SF-36)*.

O questionário que será realizado não trará nenhum risco para a sua saúde, pois não serão realizados procedimentos que envolvam cortes, introduções de instrumentos e coletas de sangue. Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento.

Qualquer dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para Gabriela Macêdo Cardoso ou Jéssica Livia Oziel Rodrigues no endereço: Coordenação Fisioterapia da UNI-RN, localizada na Rua Prefeita Eliane Barros, 2000, Tirol, Natal/RN CEP: 59014-545, ou pelo telefone (84)3215-2951.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, declaro estar ciente e informado(a) sobre os procedimentos de realização da pesquisa, conforme explicitados acima, e aceito participar voluntariamente da mesma.

Assinatura

Data: ____/____/____



POLEGAR DIREITO

Obrigada pela sua participação como voluntário(a) em nossa pesquisa.

APÊNDICE 2



Liga de Ensino do Rio Grande do Norte
Centro Universitário do Rio Grande do Norte



FICHA DE AVALIAÇÃO

Prontuário nº: _____

Data da Avaliação: ____/____/____

I. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____ Data de nas: ____/____/____

Gênero: _____ Raça: _____ RG: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____ Telefone(s): _____ E-mail: _____

Ocupação atual: _____ Ocupação anterior: _____

Grau de Instrução: _____ Estado Civil: _____

Religião: _____ Médico Responsável: _____

Diagnóstico clínico: _____

Tempo da doença (meses): _____ Tempo de Fisioterapia: _____

Especialidade fisioterapêutica: _____

ANEXO 1

Nível Escala Do Estado Mental - MEEM

Funções cognitivas		Pontos	Escores
Orientação temporal	1. Qual é o(a) Dia da Semana?	1	
	Mês?	1	
	Data do mês?	1	
	Ano?	1	
	Hora Aproximada?	1	
Orientação espacial	2. Onde estamos? Local em que se encontra? (Casa, Clínica, etc)	1	
		1	
	Como chegamos? (rua, corredor)	1	
	Qual a Rua próxima?	1	
	Cidade?	1	
Estado?			
Registro - 1. Mencione três objetos, levando 1 segundo para cada um. Então, pergunte ao paciente sobre os três objetos após você os ter mencionado. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Repita as perguntas, até o paciente aprender todos os três. (Vaso, Cadeira, Tênis)		3	
Atenção e cálculo - 4. Série de sete (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65).		5	
Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrompa a cada cinco respostas. Alternar, sobre MUNDO de três para frente.			
Memória Recente - 5. Pergunte o nome dos três objetos aprendidos na questão 3. Estabeleça um ponto para cada resposta correta.		3	
Linguagem			
6. Aponte para um lápis e um relógio. Peça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta.		2	
7. Peça o paciente repetir "nem aqui, nem ali, nem lá"			
8. Peça o paciente seguir um comando de três estágios: Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel no chão.		1	
9. Peça o paciente ler e obedecer ao seguinte: FECHÉ OS OLHOS.		3	
10. Peça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria (A frase deve			

ANEXO 1

Mimi-Exame Do Estado Mental – MEEM

Funções cognitivas		Pontos	Escores
Orientação temporal	1. Qual é o(a) Dia da Semana? Mês? Data do mês? Ano? Hora Aproximada?	1 1 1 1 1	
Orientação espacial	2. Onde estamos? Local em que se encontra? (Casa, Clinica, etc) Local Específico? (sala, consultório) Bairro ou Rua próxima? Cidade? Estado?	1 1 1 1 1	
Registro	3. Mencione três objetos, levando 1 segundo para cada um. Então, pergunte ao paciente sobre os três objetos após você os ter mencionado. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Repita as respostas, até o paciente aprender todos os três. (Vaso, Carro, Tijolo)	3	
Atenção e cálculo	4. Série de sete (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrompa a cada cinco respostas. Alternar: solete MUNDO de trás para frente.	5	
Memória Recente:	5. Pergunte o nome dos três objetos aprendidos na questão 3. Estabeleça um ponto para cada resposta correta.	3	
Linguagem	6. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta. 7. Faça o paciente repetir "nem aqui, nem ali, nem lá". 8. Faça o paciente seguir um comando de três estágios: "Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel no chão". 9. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: FECHÉ OS OLHOS. 10. Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria (A frase deve	2 1 3	

conter um sujeito e um objeto e fazer sentido. Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto).	1	
Capacidade construtiva visual 11. Faça o paciente copiar o desenho impresso. Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados de interseção formarem um quadrilátero. 	1	
Total	30	

ANEXO 2

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida (SF-36)

1- Em geral você diria que sua saúde é:

EXCELENTE	MUITO BOA	BOA	RUIM	MUITO RUIM
1	2	3	4	5

2- comparada há um ano, como você se classificaria sua idade geral, agora?

MUITO MELHOR	UM POUCO MELHOR	QUASE BOA	UM POUCO PIOR	MUITO PIOR
1	2	3	4	5

3-Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando

ATIVIDADES	SIM, DIFICULTA MUITO	SIM, DIFICULTA UM POUCO	NÃO, NÃO DIFICULTA DE MODO ALGUM
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escadas	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de	1	2	3

um quilômetro			
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as ultimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	SIM	NÃO
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que gostaria	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades?	1	2
d) Teve dificuldades de fazer seu trabalho ou outras atividades(por ex., necessitou de um esforço extra	1	2

5- Durante as ultimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir deprimido ou ansioso)?

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

6- Durante as ultimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

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

7- Quanta dor no corpo você teve durante as ultimas 4 semanas?

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

8- Durante as ultimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

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

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as ultimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais aproxime de maneira como você se sente, em relação às ultimas 4 semanas.

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

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

10- Durante as ultimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

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

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes	Não sei	A maioria das vezes	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável	1	2	3	4	5

quanto qualquer pessoa que conheço					
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelemte	1	2	3	4	5