



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE, RELIGIÃO E CRENÇAS NA QUALIDADE
DE VIDA DE PESSOAS COM LESÃO MEDULAR**

FORTALEZA

2014

SAMIRA ROCHA MAGALHÃES

**INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE, RELIGIÃO E CRENÇAS NA QUALIDADE
DE VIDA DE PESSOAS COM LESÃO MEDULAR**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - UFC, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem no Processo de Cuidar na Promoção da Saúde.

Área Temática: Enfermagem neurológica: do cuidado à autonomia.

Orientadora: Prof^a Dr^a Zuila Maria de Figueiredo Carvalho

FORTALEZA

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

M169i Magalhães, Samira Rocha.
 Influência da espiritualidade, religião e crenças na qualidade de vida de pessoas
com lesão medular / Samira Rocha Magalhães. – 2014.
 96 f. : il. color., enc. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,
Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, Fortaleza, 2014.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientação: Profa. Dra. Zuila Maria de Figueiredo Carvalho.

1. Traumatismos da Medula Espinal. 2. Espiritualidade. 3. Qualidade de Vida. I. Título.

CDD 617.482

SAMIRA ROCHA MAGALHÃES

**INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE, RELIGIÃO E CRENÇAS NA QUALIDADE
DE VIDA DE PESSOAS COM LESÃO MEDULAR**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Aprovada em: 26/02/2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Zuila Maria de Figueiredo Carvalho (Orientadora)

Universidade Federal do Ceará - UFC

Dr^ª. Luciene Miranda de Andrade (1º Membro)

Instituto Dr. José Frota

Prof^ª. Dr^ª Ana Karina Bezerra Pinheiro (2º membro)

Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof^ª. Dr^ª Rita Mônica Borges Studart

Universidade de Fortaleza - Unifor

Dedico este trabalho a minha avó materna, Maria de Jesus Jorge Rocha (*in memoriam*), por tudo que me ensinou a respeito de religião e espiritualidade, por ter sido uma pessoa espirituosa e otimista mesmo nos momentos difíceis.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Deus, por estar sempre presente em minha vida, por me presentear com o dom da vida e por mais uma vitória.

Aos meus pais, Tânia e Vidal, pelo dom da vida e por me apoiarem e acreditarem na minha capacidade de vencer na vida; por eles tenho grande amor e gratidão.

Ao meu marido, Robério Alencar, por sua paciência, compreensão e companheirismo.

A minha irmã, Samara, pelo amor, companheirismo e incentivo para fazer pesquisa.

A todos os meus familiares, em especial a minhas tias, Thelma e Márcia, por me acolherem em sua casa e me apoiarem em todas as etapas da minha vida; a tia Magda, por ter cuidado de mim na infância. E ao meu primo-irmão, João Lucas, por sempre estar ao meu lado desde criança; juntos aprendemos o verdadeiro significado da fraternidade.

À minha querida orientadora Prof^a Zuila Maria de Figueiredo Carvalho, pela paciência e competência ao me conduzir nesse processo.

Por fim, a todos os pacientes que participaram dessa pesquisa, pela extensa contribuição para que essa pesquisa se tornasse realidade, que Deus lhes dê forças para superar as dificuldades.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Ceará, aos funcionários e professoras, por me propiciarem a oportunidade de amadurecimento e aprendizagem no mestrado.

À minha professora e amiga, Maria Goretti Soares Monteiro, por me incentivar a ser uma grande profissional, sempre a me aconselhar a estudar e a crescer na vida.

À professora Luciene Miranda, pela atenção, apoio e criterioso olhar epidemiológico ao avaliar esta pesquisa.

Às professoras Luciene Miranda de Andrade, Ana Karina Bezerra Pinheiro e Rita Mônica Borges Studart por aceitarem fazer parte da banca examinadora.

À Diorlene Oliveira, pela sua dedicação, disponibilidade e competente assessoria estatística.

Ao Nupen (Grupo de Pesquisa em enfermagem Neurológica), pelo apoio e por me proporcionar o aprendizado sobre pesquisa. Em especial, às bolsistas Anyelle e Rebeca, pela grande e valiosa ajuda na coleta de dados; sem elas isso não seria possível.

Às minhas amigas Verônica e Kelcione, pelo carinho e companheirismo.

Aos funcionários do Instituto Dr. José Frota, em especial à enfermeira Maria Marques, pelo apoio durante a coleta de dados do meu estudo.

Às colegas da turma de mestrado, principalmente a Priscila Alencar, pela convivência, carinho e troca de conhecimento.

“À nossa volta, as pessoas sofrem com o vazio e a ansiedade. Há um vácuo a ser preenchido, e este é um vácuo espiritual. Só quando tivermos esperança de curar esse sofrimento saberemos o que o futuro nos reserva. Que a ciência faça parte da cura, pois, de outra forma, podemos nos enredar em maravilhas tecnológicas que só irão multiplicar os corações vazios e as almas descompassadas”.

Autor: Deepak Chopra

MAGALHÃES, S.R. **Influência da espiritualidade, religião e crenças na qualidade de vida de pessoas com lesão medular.** [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2014.

RESUMO

Tem-se observado a importância da espiritualidade, religiosidade e crenças para superar momentos difíceis. Desse modo, este trabalho objetivou avaliar a influência da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais na qualidade de vida de pessoas com lesão medular (LM). Trata-se de um estudo exploratório de corte longitudinal, com abordagem quantitativa, realizado na cidade de Fortaleza - CE, em duas fases, no ambiente hospitalar e depois com os mesmos pacientes, em seu domicílio, por meio de contato telefônico. A população alvo do estudo foi constituída de 55 pessoas no ambiente hospitalar, mas somente 49 participaram da segunda fase. Foram aplicados dois instrumentos; um para traçar os perfis sociodemográfico e clínico e o instrumento de Qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde - Módulo Espiritualidade, Religião e Crenças Pessoais - WHOQOL-SRPB, o qual apresenta oito facetas, totalizando 32 itens com respostas em escala Likert. Foram realizadas análises exploratórias mediante uso de distribuições de frequências univariadas e medidas descritivas. Os aspectos éticos foram respeitados, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), e aprovado pelo comitê de ética da UFC com protocolo nº 338.980 e do comitê coparticipante (IJF) com o nº 348.114. A validação da consistência interna das respostas obtidas e cálculo dos escores das respectivas dimensões da escala foram verificados em ambas as fases do estudo e mostrou ser excelente. Para comparação dos valores médios dos grupos (hospitalizados e no domicílio) foi utilizado o Teste T de Wilcoxon. Confirmam-se os altos escores obtidos nos domínios da WHOQOL-SRPB, em ambas as fases, nas quais os domínios que mais se destacaram foram os relacionados com a *esperança e otimismo, força espiritual e fé*. Em relação às modificações dos escores durante as duas fases os domínios que demonstraram diferença estatística significativa foi os domínios, *sentido na vida e força espiritual*, acredita-se que essa diferença ocorreu devido à mudança de ambiente, no qual a pessoa ainda está passando pelo período de adaptação. Portanto, espera-se que este estudo possa despertar os enfermeiros para a reflexão sobre a relevância do cuidado espiritual e emocional das pessoas com LM.

Palavras chave: Traumatismos da Medula Espinal. Espiritualidade. Religião. Qualidade de vida. Enfermagem.

ABSTRACT

The importance of spirituality, religiosity and beliefs to overcome difficulties has been noted. The aim of this study was to evaluate the influence of spirituality, religiosity and personal beliefs in the life quality of people who had a spinal cord injury (SCI). This is an exploratory longitudinal study with a quantitative approach, conducted in the city of Fortaleza - CE, in two phases: in the hospital and then with the same patients, in their homes, through telephone contact. The study's target population consisted of 55 people in the hospital, but only 49 participated in the second phase. In order to meet the aims of this study, two instruments were applied; one to trace the socio-demographic and clinical profiles and the Quality of Life instrument of the World Health Organization - Module Spirituality, Religion and Personal Beliefs - WHOQOL-SRPB WHO, which features eight factors, totalling 32 items on the Likert scale, where 1 represents never and 5 indicates always. Exploratory analyzes were performed by using univariate frequency distribution, descriptive measures and the *Box Plot* graph. The validation of the internal consistency of the responses and calculation of the scores of the respective dimensions of scale WHOQOL-SRPB were verified in both phases of the study. The ethical aspects were observed, according to Resolution 466/12 of the National Health Council (BRAZIL, 2012), and approved by the ethics committee of the UFC with Protocol 338 980 and committee co-participant (IJF) with paragraph 348 114. The validation of the internal consistency of the responses and calculate the scores of the respective dimensions of the scale were observed in both phases of the study and proved to be excellent. The Wilcoxon T test – a non parametric test for paired samples' comparison – was used to compare the average values of the groups (hospitalized and at home). High scores were obtained from WHOQOL-SRPB domains, in both phases, in which the ones that stood out were those related to *hope and optimism, spiritual strength and faith*. Regarding changes in scores for the two sides domains that demonstrated a statistically significant difference was domains, meaning in life and spiritual strength, it is believed that this difference was due to the change of environment in which the person is still going through the period adaptation. Therefore, it is expected that this study lead nurses to the reflection on the relevance of spiritual and emotional care of people with SCI and to the practice of mutual respect.

Keywords: Spinal Cord Injuries. Spirituality. Religion. Quality of life. Nursing.

RESUMEN

Se ha señalado objetivo evaluar la influencia de la espiritualidad, religiosidad y creencias personales en la calidad de vida de personas con lesión medular (LM) durante la hospitalización y en su domicilio. Se trata de un estudio exploratorio de corte longitudinal, con abordaje cuantitativo, realizado en la ciudad de Fortaleza – Ceará, en dos fases, en el ambiente hospitalario y después con los mismos pacientes, ya en su domicilio a través de contacto telefónico. La recogida de los datos ocurrió entre los meses de marzo a octubre de 2013. La población del estudio fue constituida de 55 personas en el ambiente hospitalario, pero solamente 49 participaron de la segunda fase. Para responder los objetivos desde estudio fue aplicado dos instrumentos uno para trazar el perfil sociodemográficos y clínicos y el instrumento de Calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud – Módulo Espiritualidad, Religión y Creencias Personales - WHOQOL-SRPB de la OMS que presenta ocho facetas (factores) totalizando 32 ítems con respuestas en escala Likert, donde 1 representa nunca y 5 indica siempre. Fueron realizados análisis exploratorias mediante uso de distribuciones de frecuencias univariadas y medidas descriptivas y el gráfico Box plot. La validación de la consistencia interna de las respuestas obtenidas y cálculo de los scores de las respectivas dimensiones de la escala WHOQOL-SRPB en ambas fases del estudio. La validación de la consistencia interna de las respuestas y calcular los puntajes de las respectivas dimensiones de la escala se observaron en ambas fases del estudio y resultó ser excelente. Para comparación de los valores medios de los grupos (hospitalizados y en el domicilio) fue utilizado la Prueba T de Wilcoxon, es una prueba no paramétrica para comparación de muestras pareadas. Confirma si los altos scores obtenidos en los dominios de la WHOQOL- SRPB en ambas fases, donde los dominios que más se destacaron fueron los relacionados la esperanza y optimismo, Fuerza espiritual y fe. Respecto a los cambios en las puntuaciones de los dos dominios lados que demostraron una diferencia estadísticamente significativa fue dominios , es decir, en la vida y la fuerza espiritual , se cree que esta diferencia se debía al cambio de ambiente en el que la persona todavía está pasando por el período la adaptación . Por lo tanto se espera que ese estudio pueda despertarse en los enfermeros sobre la relevancia del cuidado espiritual y emocional de las personas con LM. Siempre acordando mantener el respeto mutuo.

Palabras-Clave: Traumatismos de la Médula Espinal. Espiritualidad. Religión. Calidad de vida. Enfermería.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação do Coeficiente de Spearman

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Medidas descritivas dos escores das dimensões (facetadas) da escala WHOQOL - SRPB de pessoas com o diagnóstico de TRM (n=49), em ambas as fases do estudo.

Gráfico 2 Medidas descritivas dos escores das dimensões da escala WHOQOL-SRPB de pessoas de **religião evangélica** com o diagnóstico de TRM (n=49), em ambas as fases, segundo a frequência de participação.

Gráfico 3 Medidas descritivas dos escores das dimensões da escala WHOQOL - SRPB de pessoas de **religião católica** com o diagnóstico de TRM (n=49), em ambas as fases, segundo a frequência de participação.

Gráfico 4 Medidas descritivas dos escores das dimensões da escala WHOQOL - SRPB de pessoas de **sem religião** com o diagnóstico de TRM (n=49), em ambas as fases, segundo a frequência de participação.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Características demográficas de pessoas com o diagnóstico de TRM (n=55). Fortaleza - Ceará, 2013

Tabela 2 Características socioeconômicas de pessoas com o diagnóstico de TRM (n=55). Fortaleza - Ceará, 2013.

Tabela 3 Características clínicas de pessoas com o diagnóstico de TRM (n=55). Fortaleza - Ceará, 2013.

Tabela 4 Medidas descritivas (médias e desvio padrão e mediana) dos escores das dimensões dos itens da escala WHOQOL-SRPB de pessoas com o diagnóstico de TRM (n=49) em ambas as fases do estudo. Fortaleza - Ceará, 2013.

Tabela 5 Avaliação da consistência interna das respostas dos itens segundo dimensões da escala WHOQOL-SRPB de pessoas com o diagnóstico de TRM (n=49), em ambas as fases do estudo. Fortaleza - Ceará, 2013.

Tabela 6 Correlação de Spearman das dimensões dos itens da escala WHOQOL - SRPB entre as fases de hospitalização (1ª fase) e domiciliar (2ª fase) de pessoas com o diagnóstico de TRM (n = 49). Fortaleza - Ceará, 2013.

Tabela 7 Medidas descritivas (médias e desvio padrão) das dimensões dos itens da escala WHOQOL - SRPB de pessoas com o diagnóstico de TRM (n=49), em ambas as fases do estudo, segundo a religião. Fortaleza - Ceará, 2013.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLA

IJF	Instituto Dr. José Frota
Nupen	Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Neurológica
OMS	Organização Mundial da Saúde
QV	Qualidade de Vida
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRM	Trauma Raquimedular
UFC	Universidade Federal do Ceará
LM	Lesão Medular
MS	Ministério da Saúde
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life Instrument
SRPB	Espiritualidade, Religião e Crenças Pessoais
CRE	<i>Coping</i> Religioso/Espiritual
Conade	Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	17
1.1	Contextualizando a lesão medular e os cuidados de enfermagem	17
1.2	Qualidade de vida e promoção da saúde em pessoas com lesão medular	20
1.3	Qualidade de vida e instrumento WHOQOL.....	22
1.4	Religião, espiritualidade e saúde	26
1.5	Justificativa e relevância do estudo	30
2.	OBJETIVOS	32
2.1	Objetivo Geral	32
2.2	Objetivos Específicos	32
3.	METODOLOGIA	33
3.1	Tipo de estudo	33
3.2	Local do estudo	33
3.3	População e amostra	34
3.4	Amostra	34
3.4.1	Critérios de inclusão e exclusão do estudo	35
3.5	Coleta de dados	36
3.5.1	Instrumentos de coleta de dados	36
3.5.2	Operacionalização da coleta de dados	37
3.5.2.1	Teste piloto	37
3.5.2.2	Treinamento da equipe	38
3.5.2.3	Coleta de dados.....	38
3.6	Descrição das variáveis	39
3.7	Tratamento e análise dos dados	40
3.7.1	Aspectos éticos.....	41
4.	RESULTADOS	42
4.1	Caracterização demográfica, socioeconômica e clínica de pessoas com o diagnóstico de TRM	42
4.2	Caracterização das dimensões das crenças espirituais, religiosas ou pessoais de pessoas com o diagnóstico de TRM enquanto hospitalizadas e no domicílio	47
5.	DISCUSSÃO	58
6.	CONCLUSÃO	72
7.	SUGESTÕES.....	77
	REFERÊNCIAS	80
	APÊNDICES / ANEXOS	84

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualizado a lesão medular e os cuidados de enfermagem

A lesão medular (LM) é uma agressão à medula espinhal, a qual resulta em diminuição ou ausência de sensibilidade e força muscular, além de distúrbios neurovegetativos dos segmentos do corpo localizados abaixo da lesão e pode levar ao comprometimento nos sistemas urinário, intestinal, respiratório, circulatório, sexual e reprodutivo (BRUNOZI; SILVA; GONÇALVES; VERONEZI, 2011).

Considerada um grande problema de saúde pública por ter consequências importantes como as sequelas ou até a morte, principalmente em indivíduos jovens que sofrem graves acidentes de trânsito, dentre outros tipos de agressões, quando não fatais, essas condições traumáticas muitas vezes conduzem a deficiências parciais ou completas do indivíduo, com graves repercussões para ele, sua família e para a sociedade (CARVALHO; FALCO; HERNÁNDEZ; BRITO; GULARTE; SEGURA, 2009).

Segundo BRASIL (2012), a incidência mundial anual de trauma raquimedular é da ordem de 15 a 40 casos por milhão de habitantes. Nos EUA, a incidência é de aproximadamente 12.000 novos casos por ano; desses, 4.000 vão a óbito antes de chegarem ao hospital e outros 1.000 falecem durante a hospitalização. No Brasil, o coeficiente de incidência de lesão medular traumática é desconhecido e não existem dados precisos a respeito da sua incidência e prevalência, uma vez que essa condição não é sujeita à notificação.

A incidência de trauma raquimedular (TRM), no Brasil, é de 40 casos novos/ano/milhão de habitantes, ou seja, cerca de 6 a 8 mil casos novos por ano; desses, 80% das vítimas são homens e 60% se encontram entre os 10 e 30 anos de idade. Estima-se que ocorram a cada ano, no país, mais de 10.000 novos casos de lesão medular, dos quais o trauma é a causa predominante, o que representa incidência muito elevada quando comparada com as de outros países (BRASIL, 2012).

Para classificar a LM, a escala da Associação Americana de Lesão Espinal (ASIA) estabelece como padrão a avaliação motora e sensitiva e tenta associar um índice de independência funcional. A escala da ASIA surgiu em 1984, incorporou a escala de Frankel, classificou a lesão entre A e E, definiu 10 pares de músculos chaves a serem avaliados e criou um escore (índice) motor, mas ainda não incorporava índice sensitivo. A escala sofreu revisões posteriores (1992 e 2002). Em 1992, a escala incorporou ao escore motor o escore sensitivo e produziu os índices motor e sensitivo, os quais são a soma numérica dos escores, a refletir o grau de deficiência neurológica associado com a lesão medular (cirurgia da coluna vertebral, 2012).

As manifestações clínicas dependerão do nível e grau da lesão. Em relação ao grau, as lesões podem ser classificadas como completas e não completas. Nas lesões completas existe perda sensitiva e paralisia motora total abaixo do nível da lesão, devido à interrupção completa dos tratos nervosos. Em uma lesão incompleta estão preservados grupos musculares e áreas sensitivas que não foram afetadas (NUNES; CORDEIRO; TEDESCO, 2012).

Dependendo das sequelas e as dificuldades que essas pessoas enfrentam para retornar à sua vida familiar e social interferem na sua qualidade de vida, devido à gravidade e irreversibilidade, acarretam alterações e modificações biopsicossociais para o indivíduo, repercutem em mudanças corporais, psicológicas e sociais e exigem a adaptação dessas a uma nova vida (BERTO; BARRETO, 2011).

Pessoas com LM, pode se confrontar - se com diversas complicações que varia do âmbito físico, como a integridade da pele prejudicada, infecções, disfunção intestinal, bexiga neurogênicas, trombose venosa profunda, dentre outras, a LM acarreta também complicações ao nível psicossocial, como é o caso das depressões, isolamento sociais, sentimento de luto. Frente ao exposto, podemos afirmar que a pessoa com lesão medular apresenta múltiplas incapacidades e, com isso, requer cuidados complexos pertinentes a tantas alterações (BRUNI, et al. 2004).

Portanto, Bruni, *et al.* (2004)., em geral, leva tempo para o paciente e a família compreenderem a magnitude das incapacidades resultantes do TRM. Eles podem atravessar estágios de ajuste, incluindo choque, descrença, negação, depressão, luto e aceitação. Durante a fase aguda do trauma, a negação pode ser um mecanismo protetor de defesa dos pacientes,

ajudando-os a superar a realidade do acontecimento. Portanto, à medida que eles conscientizam - se do agravo, o processo de luto pode prolongar-se e tudo se fecha, uma vez que eles passam a reconhecer as metas de longo alcance e as expectativas podem ser interrompidas ou alteradas permanentemente. O período de depressão com frequência continua à medida que o paciente apresenta perda de autoestima em áreas de identidade própria e de papéis sociais e emocionais.

Torna-se evidente que nos casos de TRM, a equipe de saúde, deve considerar que a reabilitação tenha início o mais precoce possível, pois envolve a aprendizagem do paciente e da família diante de uma vida completamente diferente. À partir daí, o maior desafio é a prevenção das complicações ou de incapacidades secundárias que, se contornadas, melhoram gradativamente o potencial funcional dos pacientes (BRUNI, et al. 2004).

Dessa forma, a reabilitação não deve ser iniciada apenas em centro de reabilitação, mas no próprio hospital que iniciou o atendimento, devendo se estender até o domicílio, através das equipes de saúde da família, a fim de não prejudicar a assistência de reabilitação, haja vista que a demora de inserção do paciente em centros de reabilitações retarda sua independência e agrava os sintomas psicossociais.

Realidade esta também identificada no trabalho realizado por Carvalho (2004), que defende a importância da consulta de enfermagem no ambulatório, pois favorece o período que permeia entre a alta hospitalar e o programa de reabilitação. Esse tipo de assistência proporciona aos pacientes com lesão medular melhores condições para, gradativamente, adaptarem-se à sua nova condição de vida e tem, pois, o intuito de promover a integração ou reintegração na comunidade, tornando-o produtivo e participante na comunidade.

Portanto é necessário que toda equipe de saúde, especialmente a enfermeira, forneçam suporte e cuidados, voltados para prevenção e controle das complicações, principalmente os relacionados às alterações psicológicas, emocionais e espirituais, devendo também realizar orientações para os familiares no âmbito hospitalar e domiciliar, visando à promoção da saúde do paciente como também do familiar cuidador.

1.2 Qualidade de vida e promoção da saúde em pessoas com lesão medular

A qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros, são valores que estão associados à promoção da saúde e discutidos na Carta de Ottawa, um dos documentos fundadores da promoção da saúde. A promoção da saúde representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seu entorno. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000).

As pessoas portadoras de lesão medular necessitam de estratégias que melhorem sua qualidade de vida, pois se sabe que a LM traz consequências, em médio e longo prazo, com relação ao aumento das necessidades especiais e diminuição da qualidade de vida das vítimas. Esse impacto não se relaciona apenas com as alterações anatômicas e fisiológicas iniciais, mas, também, com os aspectos psicológicos e sociais do atendimento na fase aguda e na reabilitação (ALVES *et. al.*, 2009).

No Brasil, existem diversos conselhos e programas como, por exemplo, o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência - Conade e a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, todos dedicados a direcionar as ações governamentais. Apesar desses programas, ocorre que a sociedade ainda não vê a real inclusão das pessoas portadoras de deficiência em suas diversas esferas e essas ainda não têm acesso ao acompanhamento de profissionais da saúde em todos os níveis de atenção que garantam a reabilitação (TEIXEIRA, 2010).

A promoção da saúde refere-se também a uma combinação de estratégias: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais (BUSS, 2000). Essas ações são essenciais para a melhor qualidade de vida de pessoas com LM.

Devido à gravidade e à irreversibilidade, a lesão medular exige dos indivíduos que sofreram este tipo de lesão um programa de reabilitação longo, o qual, na maioria das vezes, não leva à cura, mas auxilia na adaptação a uma nova vida. As sequelas e as dificuldades que

essas pessoas enfrentam para retornar à sua vida familiar e social interferem na qualidade da sua de vida, tornando-se um desafio para os profissionais de um programa de reabilitação (PEDRO, 2011). Há consenso crescente de que a QV é uma questão fundamental para as pessoas com lesão medular, especialmente porque a expectativa de vida dos indivíduos com LM tem aumentado substancialmente nos últimos 30 anos (LOPES, 2007).

Em nosso país, ainda são poucos os estudos relacionados à qualidade de vida e lesão medular. No entanto, avaliar a QV é de grande importância para essas pessoas. Alguns estudos que avaliaram a qualidade de vida concluíram que os domínios físicos, sociais e emocionais e saúde mental são os que mais comprometem a QV dessas pessoas (VALL; BRAGA; ALMEIDA, 2006).

Em outro estudo, Amaral (2009) realizou uma pesquisa qualitativa cujo objetivo foi estudar a adaptação à lesão medular. Os resultados obtidos foram agrupados em seis categorias: resposta emocional à nova situação, dificuldades, suporte, consciência da situação, organização dos recursos e adaptação, surgindo também como tema central encontrar um novo sentido para a vida. A principal consideração retirada sugere que adaptação à lesão era influenciada pela espiritualidade dos indivíduos, notadamente a forma como tomaram consciência da sua nova condição, bem como a forma como organizaram os recursos, procurando um novo significado para a vida.

Da mesma forma, Brillhart (2005) também estudou a satisfação com a vida e espiritualidade em pessoas com lesão medular e concluiu haver significativa correlação positiva entre satisfação com a vida e fatores psicológicos e espirituais.

Brillhart (2005) mostra a evidente importância de avaliar a qualidade de vida de pessoas com LM, principalmente nos domínios emocional e espiritual, para que sejam traçadas intervenções que possibilitem promover a saúde dessas pessoas, prevenir e tratar as alterações relacionadas a esses domínios. Enfatiza que o papel do enfermeiro de reabilitação é também o de promover suporte espiritual ao paciente, direcioná-lo a redefinir sua vida e explorar oportunidades.

Conhecer a qualidade de vida de pessoas com lesão medular propicia aos enfermeiros proporem ações de promoção da saúde, ao se considerar que as estratégias de promoção da saúde têm, dentre outros objetivos, o de promover um “*empowerment*”

psicológico, fortalecer a autoestima e a capacidade de adaptação ao meio, desenvolver mecanismos de autoajuda, solidariedade, mudanças no estilo de vida, aspectos esses vislumbrados pelos enfermeiros no processo de cuidar em articulação com a qualidade de vida.

A promoção da saúde utiliza o conceito de *empowerment* ou, em português, empoderamento, para explorar o potencial de transformação das práticas comunitárias e profissionais em saúde. A partir de uma perspectiva extra-paradigmática, a reflexão sobre a promoção da saúde busca novas possibilidades de análise sobre o referido movimento nas teorias pós-estruturalistas e pós-modernas (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

Em outro estudo, Carvalho (2004) aponta que uma pessoa “*empowered*” é independente, comedida e autoconfiante, capaz de se comportar de maneira determinada, de influenciar o seu meio e ainda de atuar como um agente de equilíbrio.

Assim, a promoção da saúde procura possibilitar aos indivíduos e coletivos um aprendizado que os torne capazes de viver a vida em suas distintas etapas e de lidar com as limitações impostas por eventuais enfermidades por meio do empoderamento (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

1.3 Qualidade de vida e instrumento WHOQOL

Definir qualidade de vida é algo complexo e muito subjetivo, porém, a Organização Mundial de Saúde (OMS), por meio de seus especialistas, conceituou QV como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas pessoais, padrões e preocupações (FLECK, 2000). Esse entendimento levou a criação de um instrumento denominado World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL - 100), o qual avalia a QV contemplando seis principais domínios: físico, estado psicológico, níveis de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religião/crenças pessoais (FLECK, 2008).

As pessoas portadoras de LM necessitam de suporte físico, social, psicológico e espiritual para a promoção da qualidade de vida, participando de programa de reabilitação

longo, o qual, na maioria das vezes, não leva à cura, apenas auxilia na adaptação a uma nova vida (BAMPI; SILVA; GUILHEM; LIMA, 2008).

Dentre os problemas psicológicos, o transtorno depressivo é um dos problemas mais comum em pessoas com LM e a gravidade da depressão varia de depressão menor para transtornos de ajustamento e episódios depressivos maiores. O tipo, duração, abrangência dos sintomas e efeito sobre as funções são variáveis. No entanto, os eventos níveis de depressão subclínica foram encontrados e têm demonstrado grande impacto na saúde, principalmente na realização de atividades da vida diária e nas relações interpessoais com pessoas sem deficiência (JI CHEOL SHIN *et al.*, 2012).

Em outro estudo sobre qualidade de vida em pessoas com LM, Vall, Braga e Almeida (2006) destacaram que, além dos aspectos físicos, o domínio dos aspectos emocionais e saúde mental também comprometem a QV, com porcentagens de 59,38% e 62% respectivamente, a demonstrar que esse equilíbrio entre corpo e mente não está ocorrendo, o que propicia baixa qualidade de vida, refletida em todos os seus domínios.

Torna-se evidentes que as alterações no estilo de vida devido a LM, principalmente as relacionadas a locomoção e aos aspectos psicológicos, podem afetar os diferentes domínios de qualidade de vida.

Relatam Pedroso, Pilatti e Picinin (2011) que o sucesso do instrumento WHOQOL- 100 instigou a OMS a construir outros instrumentos e a especificar alguns domínios. Dentre esses instrumentos, incluiu-se o WHOQOL-SRPB, que trata do domínio espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG, 2006).

Não existia na literatura instrumentos para avaliar a religiosidade que fossem ao mesmo tempo fáceis de aplicar e satisfatórios para os aspectos mais genéricos das religiões, isto é, aqueles presentes em todas ou na maioria delas e também capazes de incorporar realidades específicas de uma determinada religião. Além disso, os poucos instrumentos disponíveis são desenvolvidos, na maioria das vezes, em um único país, nos Estados Unidos, e são provavelmente pouco válidos para estudar a prática religiosa em diferentes culturas (ROCHA, 2002).

Em função disso, a Organização Mundial da Saúde, por meio do Grupo de Qualidade de Vida, incluiu um domínio denominado religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais no seu instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, o WHOQOL-100, o qual contém cem itens (FLECK; BORGES; BOLOGNESI; ROCHA, 2003).

Devido à espiritualidade ser representada de forma reduzida no WHOQOL-100 e por recomendação de grupos focais e leigos de diversos países, o domínio espiritualidade foi incluído no conceito original de qualidade de vida para os instrumentos WHOQOL (FLECK; SKEVINGTON, 2007).

No WHOQOL-100, o domínio espiritualidade é composto de uma faceta (contendo 4 itens), a qual abordou questões relacionadas com o significado de vida e crenças pessoais. O desenvolvimento de um domínio espiritualidade expandido, seguindo a metodologia WHOQOL, pela qual foi desenvolvido o instrumento por intermédio da colaboração simultânea de pesquisadores em diferentes centros, seguindo um protocolo comum que foi acordado no consenso internacional (Group WHOQOL SRPB, 2006).

Portanto, o WHOQOL-SRPB é um instrumento desenvolvido para avaliar de que forma espiritualidade, religião e crenças pessoais (SRPB, sigla em inglês) estão relacionadas à QV na saúde e na assistência à saúde. O princípio que fundamenta o desenvolvimento do WHOQOL-SRPB é o de que, partindo da perspectiva de avaliação da QV, ter uma crença profunda, religiosa ou não, poderia dar um significado transcendental à vida e às atividades do dia a dia e funcionar como uma estratégia para lidar com o sofrimento humano e os dilemas existenciais (FLECK; SKEVINGTON, 2007).

Assim, a perspectiva do WHOQOL-SRPB é de que as diversas crenças pessoais (por exemplo, crenças espirituais, religião, marxismo, psicanálise) podem funcionar como uma estratégia para se conseguir lidar com os problemas, por darem significado ao comportamento humano e, hipoteticamente, influenciarem a QV (FLECK; SKEVINGTON, 2007).

O desenvolvimento do WHOQOL-SRPB brasileiro foi efetivado pelo coordenador do grupo WHOQOL no Brasil, o qual atuou como coordenador e moderador dos grupos focais, além de dois psiquiatras e uma antropóloga, que trabalharam como relatores dos grupos focais. Foi traduzido para o português do Brasil por um psiquiatra bilíngue e a

tradução foi revisada por toda a equipe envolvida (FLECK; BORGES; BOLOGNESI; ROCHA, 2003). A validação do instrumento no Brasil foi realizado por Panzini, *et al.*, (2011) em pessoas doentes e saudáveis.

Quanto à nomenclatura dos fatores do instrumento piloto, os itens agruparam-se da seguinte forma: Fator 1 - Conexão Espiritual, Fé, Força Espiritual; Fator 2 - Paz Interior, Totalidade & Integração; Fator 3 - Sentido na Vida, Esperança & Otimismo; Fator 4 - Admiração (Grupo WHOQOL SRPB, 2006).

Seguindo essa metodologia, 18 centros em 15 países, incluindo o Brasil, distribuídos em quatro regiões (América, Oriente Médio, Europa e Ásia), realizaram 92 grupos focais para revisar as facetas SRPB propostas por especialistas e sua importância, e para sugerir novos itens. Foi realizado teste-piloto multicêntrico com 15 facetas e 105 itens, o que resultou em um instrumento com oito facetas e 32 itens (PANZINI *et al.*, 2011).

O instrumento é autoaplicável e constituído de oito facetas: 1. Conexão com um ser ou força espiritual; 2. Sentido na vida; 3. Admiração; 4. Totalidade e integração; 5. Força espiritual; 6. Paz interior; 7. Esperança e otimismo; e 8. Fé (ROCHA; FLECK, 2011). Cada faceta tem quatro perguntas, a totalizar os trinta e dois itens, os quais deverão ser respondidos utilizando-se a escala Likert de cinco pontos (1 = nada a 5 = extremamente) (PANZINI *et al.*, 2011).

Estas perguntas respondem à definição de qualidade de vida como a percepção dos indivíduos de sua posição na vida no contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Group WHOQOL-SRPB, 2006).

Com isso, acredita-se que esse instrumento possa avaliar de maneira confiável a influência da religião espiritualidade e crenças na qualidade de vida de pessoas com lesão medular.

1.4 Religiosidade, espiritualidade e saúde

Uma pessoa, quando confrontada com uma crise ou doença, pode sentir ameaçada a sua totalidade pessoal e seu bem-estar. Não faz diferença a dimensão de vida que essa alteração atinge, porque o corpo, a mente e o espírito estão unidos, de forma que o que afeta

uma dimensão afeta também as outras. O sofrimento e a doença frequentemente forçam a pessoa a encarar assuntos relacionados ao significado da vida; face a uma situação de crise, essa pode ser confrontada com a realidade de sua existência, relações consigo mesma, com os outros, com Deus e talvez até com sua própria morte (BENKO; SILVA, 1996).

Atualmente, a espiritualidade vem sendo foco de pesquisas, dando-lhe reconhecimento científico como fator importante para a cura, como também para a prevenção e promoção da saúde do indivíduo. Esse movimento, ainda pouco estudado, constitui um passo significativo para o entrelaçamento entre os diversos campos do conhecimento e do cuidar (SOUZA; SOARES, 2005).

Com isso, a atenção ao aspecto da espiritualidade se torna cada vez mais necessária na prática de assistência à saúde. Cada vez mais a ciência se curva diante da grandeza e da importância da espiritualidade na dimensão do ser humano. Ser humano é buscar significado em tudo que está em nós e à nossa volta, por sermos seres inacabados por natureza e estarmos sempre em busca de nos completarmos. A transcendência de nossa existência torna-se a essência de nossa vida à medida que essa se aproxima do seu fim (PERES *et al.*, 2007).

Na pesquisa de Amaral (2009), os resultados demonstraram que a dimensão espiritual pode ser o motor da pessoa com LM, ajuda-a a gerir as consequências da sua lesão, preserva os objetivos de vida a cumprir e a essa valorizar. Assim, os estudos que envolvem aspectos de religiosidade e espiritualidade e crenças pessoais merecem, como todo e qualquer outro objeto de investigação, a aplicação sistemática e rigorosa do método científico para sua validação, independentemente de posturas preconcebidas a favor ou contra eventuais resultados (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007).

Há inúmeras definições sobre religiosidade e espiritualidade na literatura, as quais, embora sejam rotineiramente utilizadas como sinônimas, apresentam conceitos distintos (NASCIMENTO *et al.*, 2010).

Para Carvalho (2010), a espiritualidade pode ser entendida como a consciência de transcendência, a consciência de algo que está além da experiência e do conhecimento humano comum. Consiste, portanto, na evolução dos aspectos não materiais da vida e da internalização de uma realidade. Para a autora, a espiritualidade está conectada a alguns

aspectos como o significado e finalidade da vida, a interação e harmonia com outras pessoas, com a terra e com o universo, além de sua relação com a fé e a realidade.

Completando esse conceito, Chan *et al.* (2006) refere que a espiritualidade é uma experiência universal, a qual engloba o domínio existencial e a essência do que é ser humano; não significa doutrina religiosa, mas uma filosofia do indivíduo, seus valores e o sentido atribuído à vida. A dimensão da espiritualidade visa favorecer a harmonia com o universo, esforçando-se para responder a questões sobre o infinito, que entra em evidência quando o indivíduo se encontra em situações de estresse emocional, doença física e morte, a buscar um sentido para os acontecimentos, a integridade, a paz, a harmonia e a individualidade (NARAYANASAMY; OWENS, 2001).

Portanto, a espiritualidade é uma dimensão intrínseca ao ser humano, quer esse se assuma vinculado a uma religião convencional ou não, por poder ser vivenciada em múltiplas vertentes e não somente na religiosa. Cabe ao enfermeiro reconhecer que os doentes expressam as necessidades espirituais de forma sutil e, por vezes, a doença afigura-se em um contexto vivencial desencadeador de sofrimento. Como resposta ao processo de saúde/doença, o sofrimento deve ser foco de atenção da intervenção do enfermeiro (CALDEIRA; BRANCO; VIEIRA, 2011).

A religião está relacionada com um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos projetados para facilitar a proximidade com o sagrado ou transcendente, Deus, força maior, realidade ou verdade (KOENIG *et al.*, 2001). Para Panzini *et al.* (2007), religiosidade é a extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Embora haja sobreposição entre espiritualidade e religiosidade, a última difere-se pela clara sugestão de um sistema de adoração/doutrina específica partilhada com um grupo.

Ainda sobre a religiosidade, Bousso (2011) relaciona religião, doença e morte na história de vida dos indivíduos. Em linhas gerais, mostra que o benefício da religião e da espiritualidade nessas experiências depende da interação de fatores que compõem o contexto do evento da doença, evidenciando-se, assim, que a religião pode trazer benefícios a essa experiência como, por exemplo, suporte social, emocional, motivação e esperança. Essas são estratégias de enfrentamento utilizadas pelo indivíduo e seus familiares nas situações estressantes de doença e de morte.

Em estudo realizado por BOUSSO *et al.*, (2011), ficou evidente que a religião pode trazer benefícios para enfrentar alguma doença como, por exemplo, suporte social, emocional, motivação e esperança. Essas são estratégias de enfrentamento utilizadas não somente pelo paciente, mas, também, por sua família nas situações estressantes de doença e morte. A religiosidade é parte relevante da vida de muitas famílias e não pode ser negligenciada no contexto da doença.

As crenças pessoais também devem ser consideradas como fator importante no processo de saúde, pois, pesquisas realizadas demonstram o quanto as pessoas estão em paz consigo mesmas. A fonte dessa paz vem do íntimo da pessoa e pode estar ligada à relação que ela tem com Deus ou pode se originar de sua crença em um código moral ou um conjunto de crenças. O sentimento é de serenidade e calma e, sempre que alguma coisa não dá certo, essa paz interior ajuda a lidar com o problema. É considerada uma condição muito desejada (FLECK; SKEVINGTON, 2007).

Diante disso, as crenças pessoais foram incluídas no domínio da WHOQOL-SRPB, por poderem avaliar quaisquer crenças ou valores que um indivíduo sustente e que formem a base de seu estilo de vida e de seu comportamento. Embora possa haver sobreposição com o conceito de espiritualidade, as crenças pessoais não são necessariamente de natureza não material, como no caso do ateísmo (FLECK; BORGES; BOLOGNESI; ROCHA, 2003).

Torna-se evidente que o profissional de enfermagem deve respeitar o paciente por suas crenças, valores ou pela religião que professa, pois, de maneira geral, todas as religiões manifestam mensagens de alento, de esperança e fé, as quais procuram amenizar as inquietações comuns aos seres humanos na busca por respostas para problemas como a razão do sofrimento, a convivência com a culpa e o perdão, a vida e a morte, a origem de tudo, para onde se vai e de onde se veio (BOFF, 2002).

Porém, ainda é possível perceber que alguns profissionais de enfermagem apresentam dificuldade para reconhecer as necessidades espirituais do paciente, o que pode dificultar a promoção, a manutenção e a recuperação da dignidade e da totalidade humana. Essa dificuldade pode ser decorrente do medo ou da preocupação de que a forma de expressar as necessidades espirituais ou a crença na divindade não esteja em consonância com a daquele de quem cuida e, então, ao acolher, compreender e permitir a expressão de fé e esperança, ou

seja, a crença do paciente, o profissional possa sentir que está traindo os seus dogmas ou a sua religião (SOUZA, 2006).

Bouso *et al.* (2011) relatam que fica perceptível que a espiritualidade, religiosidade e as crenças pessoais podem ser explicações que ajudam a dar significado às experiências de doença e morte, além de mostrarem-se condutoras dos comportamentos dos pacientes e de seus familiares ao se moverem para um estado de adaptação e ajustamento à doença.

Torna-se evidente que a espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais são elementos contribuintes para promoção da saúde, considerando que a concepção de saúde não abrange apenas ausência de doença, mas um completo bem-estar físico, social, intelectual, emocional e espiritual (PAULA, 2012).

Brillhart (2005) investigou a satisfação com a vida e espiritualidade entre pessoas com LM crônica de longa data e concluiu no seu estudo que há significativa correlação positiva entre satisfação com a vida e fatores psicológicos e espirituais. Enfatizou também que o papel do enfermeiro de reabilitação inclui atuar como suporte espiritual ao paciente, no direcionamento para redefinir suas vidas e explorar oportunidades.

Em uma pesquisa realizada por Rocha e Fleck (2010), ficou evidenciado que a religiosidade aumenta durante eventos de vida negativos, incluído o adoecimento, e que religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais são fatores protetores para suicídio, abuso de drogas e de álcool, comportamento delinquente, insatisfação marital, sofrimento psicológico e psicoses.

O interesse pela temática surgiu ao longo da minha prática clínica como enfermeira de uma instituição que atende a pessoas com LM na fase aguda e pude perceber a elevada incidência de casos de pessoas com lesão e o quanto essas pessoas se apegam à religiosidade e à espiritualidade, em busca de superar o trauma sofrido. A experiência profissional instigou a realização de pesquisas relacionada a temática. Durante a graduação tive a oportunidade de participar de um grupo de pesquisa denominado Nupen - Núcleo de Pesquisa e Extensão em Enfermagem Neurológica, no qual comecei a desenvolver estudos sobre o tema, onde tive a oportunidade de publicar artigos, sendo o principal na área da lesão medular, o artigo sobre *Experiencing a traumatic spinal cord injury – Analysis on the view of*

the theory of Watson`s transpersonal caring, publicado no Journal of Biomedical Science and Engineering, além de muitos trabalhos em anais de eventos nacionais e internacionais.

Diante do exposto, surgiu o questionamento: **Qual a influência da religiosidade, espiritualidade e crenças na qualidade de vida de pessoas com lesão medular? A influência difere na fase de hospitalização para a fase em que a pessoa se encontra no domicílio?**

1.5 Justificativa e relevância do estudo

O estudo se justifica devido à necessidade de avaliar a influência da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais na qualidade de vida de pessoas LM durante a hospitalização e em seu domicílio, através o instrumento WHOQOL-SRPB.

Vale salientar também, que os autores Panzini *et al.*, (2011), salientam a necessidades de novos estudos sobre a WHOQOL- SRPB em populações específicas e de diferentes religiões, grupos culturais ou doenças, pois o instrumento, apesar de ter sido validado e de ter demonstrado ser válido e confiável, ainda necessita de vários estudos, que seja realizados por diferentes pesquisadores, para que se possa aumentar seu grau de validade. Torna-se, portanto, evidente que a aplicação desse instrumento é de extrema relevância para saúde pública, haja vista o ineditismo de sua aplicação em pessoas com lesão medular, podendo trazer valiosas contribuições para a assistência, principalmente da enfermagem, nos aspectos emocionais e espirituais.

O autor Koenig (2012) estimula a realização de pesquisa sobre espiritualidade e religiosidade e justifica existirem poucas pesquisas que examinem esses aspectos em longo prazo, no que tange à relação com o resultado emocional, social, físico e ocupacional em jovens que sofrem deficiência repentina, haja vista que as crenças religiosas ajudam a estabilizar a vida e auxiliam no enfrentamento.

Além de acatar a recomendação de Caldeira; Branco; Vieira (2011) quando se reportam à importância da dimensão espiritual nos processos de saúde/doença, uma vez que esta é reconhecida pelas associações nacionais e internacionais de enfermagem e demonstrada pela evidência científica, essa dimensão continua a ser esquecida na assistência de enfermagem.

A relevância do estudo centra-se no fato de que esse buscou o conhecimento sobre a importância atribuída à espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais das pessoas com LM, se esses fatores influenciam a aceitação da nova condição de vida e ainda, até que ponto o cuidado de enfermagem com base nos aspectos relacionados à WHOQOL-SRPB poderá diminuir os problemas de ordem psicoemocionais e espirituais. Considerando que os enfermeiros, como profissionais presentes ativamente na face clínica aguda e na crônica e de reabilitação de pessoas vivenciando uma LM devem prestar cuidados não apenas para a dimensão física, mas, também, para as dimensões emocional, espiritual e existencial, por muitas dessas pessoas se voltarem para a religião como modo de enfrentamento da deficiência e por ser eficiente também para enfrentar a depressão que se origina de deficiências.

2 OBJETIVOS

2.4 Objetivo Geral

- Avaliar a influência da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais na qualidade de vida de pessoas com lesão medular (LM) durante a hospitalização e em seu domicílio.

2.5 Objetivos Específicos

- Descrever as características demográficas, socioeconômicas e clínicas de pessoas com LM.
- Identificar as dimensões relacionadas à espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais adotadas pelos pacientes como estratégias para melhoria da sua qualidade vida.
- Comparar as dimensões da WHOQOL-SRPB em pessoas com LM durante a hospitalização com as dimensões da WHOQOL-SRPB no domicílio.
- Constatar a consistência interna da escala para o uso em pessoas com LM.
- Verificar a relação entre as dimensões da WHOQOL-SRPB durante a hospitalização e no domicílio.
- Verificar a relação entre a religião e a frequência de participação com as dimensões da WHOQOL-SRPB durante a hospitalização e no domicílio.

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho e tipo do estudo

Trata-se de estudo exploratório de corte longitudinais, com abordagem quantitativa. A pesquisa exploratória começa com algum fenômeno de interesse, no entanto, mais que simplesmente observar e descrever o fenômeno, esse tipo de pesquisa investiga a sua natureza complexa e os outros fatores com os quais esse está relacionado (POLIT; BECK, 2011). É longitudinal porque tem a capacidade de demonstrar as mudanças ao longo do tempo e a sequência temporal dos fenômenos, que constitui um critério essencial para o estabelecimento de causalidade (POLIT; BECK, 2011).

3.2 Local do estudo

A primeira etapa deste estudo foi realizada em uma unidade de internação neurológica, localizada no 6º andar de um hospital público municipal, terciário, de urgência e emergência, referência em atendimento a vítimas de traumas, situado na região central da cidade de Fortaleza - Ceará, Brasil. A instituição, de abrangência estadual e regional, realiza em média 15.500 atendimentos por mês (IJF, 2012).

A estrutura física do hospital é moderna, do tipo vertical, com oito andares e capacidade instalada de 425 leitos distribuídos nas mais diversificadas especialidades, dentre elas neurocirurgia, cirurgia geral, torácico-vascular, traumatológica, buco-maxilo-facial, plástica, e clínica médica, excetuando ginecologia e obstetrícia. Conta, ainda, com os serviços de apoio de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Centro de Tratamento de Queimados, Centro de Diagnóstico por Imagens, Laboratório de Análises Clínicas, Centro de Assistência Toxicológica, serviço de ambulatório para atender aos egressos com consultas agendadas e ambulatório da dor aberto à população. A escolha dessa instituição como cenário do estudo está relacionada ao fato de essa ser a única no estado do Ceará a atender a pessoas com lesão medular na fase aguda.

A coleta de dados propriamente dita ocorreu na unidade de internação neurológica e sua área física divide-se em 13 enfermarias e 26 leitos, os quais recebem pacientes com trauma raquimedular, hérnia de disco, tumor de coluna.

A segunda etapa do estudo ocorreu após a alta hospitalar, quando o paciente se encontrava em seu domicílio. O contato entre participante e entrevistado deu-se por meio de ligações telefônicas, em que foi reaplicada a escala WHOQOL-SRPB. O método de contato adotado decorreu da facilidade de coleta e do paciente ter contato pessoal anterior com os entrevistadores e de ter conhecimento dessa segunda etapa.

A duas etapas se justificam diante da necessidade de responder ao objetivo proposto, cuja finalidade é comparar as dimensões da WHOQOL-SRPB em pessoas com LM durante a hospitalização com as dimensões da WHOQOL SRPB no domicílio e, por fim, avaliar se os aspectos da religião, espiritualidade e crenças pessoais promovem alguma modificação em relação à qualidade de vida.

3.3 População alvo

A população alvo do estudo envolveu pessoas com lesão medular, de ambos os sexos, hospitalizadas na unidade neurológica da instituição, durante o período determinado para coleta de dados, e em sua residência, após a alta.

A coleta de dados da 1ª fase ocorreu entre os meses de Março a outubro de 2013. Já as ligações ocorreram sempre um mês depois da data a 1ª fase, ressaltamos que alguns pacientes as entrevistadores tive que ligar depois, pois ainda se encontravam hospitalizados. O fim da coleta ocorreu no início de mês de dezembro. Em média o intervalo entre a primeira e segunda fase variou em torno de um a dois meses, em alguns pacientes devido o tempo de internação ter sido maior, esse intervalo chegou a ser maior, em torno de três meses.

3.4. Amostra

A amostra do estudo foi calculada a partir da fórmula indicada para estudos em população finitas (HULLEY, NEWMAN, CUMMINGS, 2008).

O tamanho da amostra foi obtido a partir da seguinte expressão:

$$n = \frac{z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{z_{\alpha}^2 \cdot P \cdot Q + (N-1) \cdot E^2 \cdot p \cdot q}$$

N	Total de pacientes atendidos na unidade em 2011 (N = 186).
P	Prevalência de pacientes com LM (P = 0,50)
Q	Complementar da prevalência (100 - p)
n	Tamanho da amostra encontrado (n = 52,9 ≈ 60).
$z_{\alpha}^2 = 1,96$	Percentil da distribuição gaussiana, o qual corresponde ao nível de confiança α , para hipótese unilateral.
E	Erro amostral (d = 0,053), diferença entre a proporção encontrada na amostra e a verdadeira proporção populacional.

Para o cálculo amostral foram adotados os seguintes parâmetros: nível de confiança do estudo de 95% ($Z_{\alpha} = 1,96$); erro amostral de 5,3%; no denominador utilizou-se a população total de 186 pacientes (número de internações por lesão medular no hospital, no ano 2011). Em razão de ser desconhecida a prevalência de LM no hospital, adotou-se a prevalência de pacientes com diagnóstico de lesão medular de 50%. Com base nos parâmetros expostos, a amostra foi estimada em 52,9 ≈ 55 pacientes com LM, selecionada por conveniência, de forma consecutiva, conforme a internação, pelo diagnóstico de lesão medular.

3.4.1 Critérios de inclusão e exclusão do estudo

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: diagnóstico de lesão medular traumática na fase hospitalar e ter conhecimento do diagnóstico de LM há mais de 10 dias; ter condições de responder ao instrumento, sozinho ou com auxílio do pesquisador, nos casos de tetraplegia, incapacidade física para escrever, deficiência visual. A adoção desses critérios deve-se à necessidade de se verificar, em duas fases distintas, a possível associação entre a WHOQOL-SRPB e a melhor aceitação do estado de saúde, considerando-se ter sido o

trauma um evento inesperado, para o qual a pessoa não teve preparo psicológico para entender e aceitar a doença.

Adotou-se o seguinte critério de exclusão: existência de outra patologia associada, a qual afete seu nível de consciência e orientação, a exemplo de trauma crânio-encefálico, acidente vascular encefálico. Esses dados foram verificados por meio da análise do prontuário do paciente, o qual continha informações médicas, de enfermagem e das demais categorias da saúde, a respeito das condições clínicas, antes mesmo do contato entre paciente e entrevistador.

Como critério de descontinuidade do estudo foram utilizados os seguintes critérios: paciente evoluir par óbito, as pesquisadoras não conseguir entrar em contato com os pacientes devido aos telefones desligados ou fora da aérea de cobertura.

3.5 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu em duas fases. A primeira, no ambiente hospitalar, durante o período de internação na enfermaria, ou seja, quando o paciente tinha o diagnóstico de lesão medular e estava ciente desse.

A segunda fase ocorreu quando o paciente se encontrava em seu domicílio; nessa fase, optou-se por fazer a aplicação do instrumento WHOQOL-SRPB por telefone.

3.5.1 Instrumentos de coleta de dados

Para responder aos objetivos propostos, foram utilizados os seguintes instrumentos:

Instrumento I (APÊNDICE A) - o primeiro bloco corresponde aos dados sociodemográficos e clínicos dos entrevistados como sexo, idade, escolaridade, profissão/ocupação, procedência, religião, etiologia da lesão, nível da lesão, tempo de lesão, classificação da lesão segundo a ASIA, tempo de internação e intervenção cirúrgica.

O Instrumento II (ANEXO 1) - para avaliar a contribuição da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais na QV das pessoas com lesão medular, foi utilizada a escala WHOQOL-SRPB nas duas fases deste estudo. O Instrumento WHOQOL-SRPB apresenta oito facetas (fatores), em um total de 32 itens com respostas em escala Likert,

onde 1 representa nunca e 5 indica sempre. Como cada fator contém 4 perguntas, o escore total da faceta varia de 4 a 20. A consistência interna para o índice geral do instrumento foi de $\alpha = 0,96$ (PANZINI *et al.*, 2011) e de 0,77 e 0,95 para as facetas, segundo resultados do teste piloto multicêntrico (WHOQOL-SRPB Group, 2006).

Segundo Panzini *et al.* (2011), a validação do Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde - Módulo Espiritualidade, Religião e Crenças Pessoais, em português brasileiro, apresentou boas qualidades psicométricas, foi considerado válido e seu uso recomendado no Brasil.

As facetas do WHOQOL-SRPB são descritas por Pedroso; Gutierrez; Picinin (2012) da seguinte forma:

- Conexão com o ser ou força espiritual: o quanto a conexão com Deus auxilia na resolução de problemas ou no confronto de momentos difíceis;
- Sentido na vida: nível com o qual o indivíduo enxerga um sentido em sua vida;
- Admiração: capacidade de admirar e apreciar as coisas que estão ao redor do indivíduo, de forma a inspirar-lhe a viver;
- Totalidade e integração: sentimento de equilíbrio entre a mente, o corpo e a alma, de forma a criar harmonia entre as ações, pensamentos e sentimentos do indivíduo;
- Força espiritual: nível com o qual a presença de força espiritual interna ajuda em épocas difíceis e/ou na melhoria da vida do indivíduo;
- Paz interior: nível de paz e harmonia com o qual o indivíduo consegue viver;
- Esperança e otimismo: sentimento de esperança e otimismo que o indivíduo possui com relação à melhoria da sua vida;
- Fé: o quanto a fé conforta e fortalece o dia a dia do indivíduo, melhora o seu bem-estar e a forma com a qual esse aproveita a vida.

3.5.2 Operacionalização da coleta dos dados

3.5.2.1 Teste Piloto

Para testar o instrumento e a operacionalização da coleta de dados foi fundamentalmente importante a realização de um estudo piloto. A aplicação dos instrumentos foi realizada para cinco pacientes. Para evitar a sobreposição de dados, os pacientes selecionados não compuseram a amostra do estudo. A realização do piloto possibilitou avaliar os procedimentos elaborados para a pesquisa, desde o treinamento das bolsistas, a aceitação dessa pelos participantes até o entendimento das questões elaboradas, o que permitiu a readequação das questões não compreendidas, no caso do instrumento I (dados sociodemográficos e clínicos).

O instrumento II - WHOQOL-SRPB, nas facetas de admiração, totalidade & integração e conexão com um ser ou força espiritual, os pacientes demonstraram dificuldades para compreender as perguntas, porém, não foi modificado por ser instrumento elaborado e validado por representante da OMS no Brasil. O controle de qualidade da produção dos dados coletados foi realizado pela pesquisadora responsável pelo projeto, a qual coletou e supervisionou as entrevistadoras no campo e verificou todos os instrumentos coletados.

3.5.2.2 Treinamento da Equipe

A equipe responsável pela coleta de dados foi composta pela pesquisadora responsável pelo projeto e duas entrevistadoras. Para compor o grupo de entrevistadoras foram selecionadas estudantes da graduação em Enfermagem, as quais fazem parte do Núcleo de Pesquisa e Extensão em Enfermagem Neurológica - Nupen.

O treinamento das bolsistas entrevistadoras ocorreu em duas etapas: na primeira, a pesquisadora realizou uma exposição do estudo, seguido de leitura e discussão dos instrumentos para garantir a padronização, orientação e capacitação das entrevistadoras para o trabalho; na segunda, ocorreu a observação, na qual durante o teste piloto foi possível às bolsistas observarem como deveriam se aplicar os instrumentos.

3.5.2.3 Coleta de dados

Os procedimentos adotados durante a coleta dos dados ocorreram como a seguir se relata. Em um primeiro momento, a pesquisadora entrava em contato com a enfermeira do plantão, explicava os objetivos da pesquisa e, em seguida, verificava os pacientes internados com LM no censo hospitalar, confirmava os dados pelo prontuário e

observava a presença de outro agravo de saúde que impossibilitasse a participação na pesquisa. A seguir, dirigia-se ao leito do paciente, propunha sua participação na pesquisa e solicitava sua assinatura, após explicar todos os dados contidos no TCLE. Posteriormente a pesquisadora aplicava o primeiro instrumento, o qual continha informações sociodemográficas e clínicas; ficava a critério do participante se o segundo instrumento seria autoaplicável ou se preferiria que a pesquisadora realizasse as perguntas. Nos casos de tetraplégicos, com impossibilidade de marcar os itens do instrumento WHOQOL SRPB, a pesquisadora também aplicava a escala. As pesquisadoras compareciam ao hospital uma vez por semana, por ser de 2 meses o tempo de internação, em média.

A segunda etapa ocorreu quando o paciente se encontrava no domicílio. Considerando-se que alguns pacientes moravam no interior do estado e a distância de alguns domicílios até a capital, optou-se por fazer a aplicação do instrumento WHOQOL-SRPB por telefone. Essa informação foi prestada na primeira etapa.

Essa fase foi dificultada pelos problemas de comunicação, principalmente com os telefones do interior; muitos se encontravam fora de área ou desligados, o que obrigava as pesquisadoras a ligarem várias vezes e em horários diferentes. Por essa razão, quatro pessoas ficaram sem participar da coleta na segunda fase. Duas pessoas não participaram da pesquisa porque foram a óbito, se enquadrando nos critérios de descontinuidade.

3.6 Descrição das variáveis

Neste estudo foram utilizados dois grupos de variáveis:

a) Sociodemográficas: idade, sexo, procedência, raça/cor, escolaridade, ocupação, estado civil, presença de acompanhante, religião, renda familiar e número de filhos.

b) Variáveis clínicas: etiologia da lesão, tipo de lesão, classificação da lesão segundo critério da American Spinal Injury Association - ASIA, tempo de lesão, intervenção cirúrgica, tempo de internamento.

c) Dimensões (facetas) e domínio da escala WHOQOL-SRPB: os 32 itens da escala foram sumarizados em 8 dimensões, com valores que variaram de 1 a 5: conexão com o ser ou força espiritual; sentido na vida; admiração; totalidade e integração;

força espiritual; paz interior; esperança e otimismo; e fé. O escore geral das dimensões variaram de 4 a 20.

3.7 Tratamento e análise dos dados

Os dados foram digitados no Microsoft Access versão 2003 e, após a digitação, foram exportados para o *software* estatístico STATA versão 8 para geração dos resultados. Foram realizadas análises exploratórias mediante uso de distribuições de frequências univariadas e medidas descritivas e o gráfico Box plot (média e desvio padrão, mediana, mínimo e máximo e quartis) das características demográficas, socioeconômicas e clínicas da população de estudo; validação da consistência interna das respostas obtidas e cálculo dos escores das respectivas dimensões da escala WHOQOL-SRPB em ambas as fases do estudo (no hospital e no domicílio).

Os escores das respectivas dimensões foram calculados a partir da soma das quatro questões pertencentes a cada faceta (total 8), seguido de divisão por 4 com variação de 1 a 5. A média das facetas representa o escore da respectiva dimensão para cada indivíduo. Obteve-se o escore geral síntese de todas as dimensões a partir da soma das “n” dimensões dividida por 8 e multiplicada por 4, com variação de 4 a 20.

O coeficiente Alfa de Cronbach foi utilizado para avaliar a consistência interna das respostas aos itens da escala WHOQOL-SRPB e adotou-se a classificação sugerida por Steiner e Norman (2003) para avaliarem-se os valores obtidos: entre 0,70 e 0,90, boa consistência interna; abaixo de 0,70, fraca consistência interna; e acima de 0,90, alta concordância.

Para comparação dos valores médios dos grupos (hospitalizados e no domicílio) utilizou-se o Teste T de Wilcoxon, teste não paramétrico para comparação de amostras pareadas, cujo principal objetivo foi comparar as dimensões das pessoas enquanto estavam hospitalizadas e no domicílio, com o propósito de verificar diferenças significativas entre as dimensões nas duas fases.

Foi utilizado o Coeficiente de Correlação Linear de Spearman para verificar a relação entre os escores das dimensões do WHOQOL-SRPB em ambas as fases do estudo. O uso desse coeficiente deve-se à ausência de normalidade dos dados e ao n obtido para

composição da amostra (n=49). Adotou-se a classificação sugerida por Vieira (2012) para interpretação do coeficiente. O nível de significância estatístico, adotado em todas as análises, foi 5% ($p \leq 0,05$).

Quadro 1 - Classificação do Coeficiente de Spearman.

Coeficiente	Interpretação
$r = 1$ ou -1	Correlação perfeita
$0,75 \leq r < 1,00$ ou $-1,00 < r < -0,75$	Correlação forte
$0,50 \leq r < 0,75$ ou $-0,75 < r < -0,50$	Correlação moderada
$0,25 \leq r < 0,50$ ou $-0,50 < r < -0,25$	Correlação fraca
$0 < r < 0,25$ ou $-0,25 < r < 0$	Correlação pequena ou nula

Fonte: Vieira, 2012

3.8 Aspectos éticos

Os aspectos éticos foram respeitados em todas as etapas da pesquisa, em atendimento às exigências estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), em especial, as relativas à preservação dos princípios bioéticos fundamentais do respeito ao indivíduo, da beneficência. O projeto de dissertação foi encaminhado à Plataforma Brasil e recebeu os protocolos de aprovação nº 338.980 (ANEXO 2) do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará e nº 348.114. (ANEXO 3) do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Dr. José Frota (IJF), comitê coparticipante.

4 RESULTADOS

Participaram do estudo durante a fase de hospitalização 55 pessoas adultas, de ambos os sexos e com o diagnóstico de TRM. Na 2ª etapa do estudo, 49 pessoas acompanhadas na fase hospitalar responderam à escala WHOQOL-SRPB no domicílio, compondo a amostra de comparação para ambas as fases do estudo (hospitalar e domiciliar). Os motivos que levaram à ausência das seis pessoas na 2ª etapa foram as seguintes: duas foram a óbito durante o estudo e com quatro não foi possível o contato pelos telefones fornecidos.

4.1 Caracterização demográfica, socioeconômica e clínica de pessoas com o diagnóstico de TRM

Na **Tabela 1** apresentam-se as características demográficas da população de estudo. Houve predomínio do sexo masculino (87,3%); em relação à faixa etária, 25,5% das pessoas tinham idade até 25 anos, 16,4% entre 26 e 35 anos, 21,8% entre 46 e 55 anos e 9,1% entre 56 e 65 anos; a média de idade foi 38,1 anos (desvio padrão = $\pm 13,9$ anos), a idade mínima 15 anos e a máxima 65 anos.

Quanto à distribuição da cor autorreferida, a cor parda prevaleceu com 49,1%; a cor preta 25,5%; a cor branca 14,6% e a cor amarela 10,6%. No tocante à religião, predominou a católica (54,6%); 23,6% evangélicos e 21,8% declararam não participar de nenhuma religião. Em relação ao estado civil, 36,4% solteiros; 32,7% casados; 25,4% relataram ter união estável e 5,5% separados/divorciados.

Quanto à presença de filhos, 31,4% declararam não ter filhos; 21,6% ter apenas um filho; 29,4% de dois a três filhos e 17,6% quatro ou mais. No que se refere à procedência dos participantes, 51,9% vieram do interior do estado do Ceará e 49,1% são da capital, Fortaleza.

Tabela 1 Características demográficas de pessoas com o diagnóstico de TRM (n=55).
Fortaleza - Ceará, 2013.

Características demográficas	n (%)
Sexo	
Masculino	48 (87,3)
Feminino	7 (12,7)
Grupo etário (em anos) (n=54)	
≤ 25	14 (25,5)
26 a 35	9 (16,4)
36 a 45	14 (25,5)
46 a 55	12 (21,8)
56 a 65	5 (9,1)
Sem informação	1 (1,8)
Cor	
Parda	27 (49,1)
Preta	14 (25,5)
Branca	8 (14,6)
Amarela	6 (10,6)
Crença religiosa	
Católica	30 (54,6)
Evangélica	13 (23,6)
Sem religião	12 (21,8)
Estado civil	
Solteiro	20 (36,4)
Casado	18 (32,7)
União estável	14 (25,4)
Separado/divorciado	3 (5,5)
Número de filhos (n=51)	
Sem filhos	16 (31,4)
1	11 (21,6)
2 a 3	15 (29,4)
4 e mais	9 (17,6)
Procedência	
Fortaleza	27 (49,1)
Outros municípios do estado	28 (51,9)

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Idade média = 38,1 anos (desvio padrão = ± 13,9 anos).

Os dados da **Tabela 2** referem-se à escolaridade, ocupação e renda familiar dos entrevistados. Quanto à escolaridade, 9,1% analfabetos; 32,7% estudaram da até a 5ª série do

ensino fundamental; 25,5% cursaram o ensino fundamental completo ou incompleto; 32,7% cursaram o ensino médio completo ou incompleto. No concernente à situação ocupacional, 7,3% estavam desempregados; 29,1% tinham emprego formal e 34,5% declararam trabalhar informalmente. Também foram citadas no estudo as ocupações dona de casa (1,8%) e empresários/proprietário (1,8%); 18,2% declararam outras ocupações; e 7,3% referiram estarem aposentados. Verificou-se também que a maioria (60%) referiu rendimento familiar de até um salário-mínimo; 3,7% menos de um salário-mínimo; 20% até dois salários-mínimos e 16,3% renda superior a dois salários-mínimos. O valor do salário-mínimo vigente na época era R\$ 678,00 reais.

Tabela 2 Características socioeconômicas de pessoas com o diagnóstico de TRM (n=55). Fortaleza - Ceará, 2013.

Características Socioeconômicas	n (%)
Escolaridade (última série concluída)	
Analfabeto	5 (9,1)
Até a 5ª série	18 (32,7)
Ensino fundamental completo e incompleto	14 (25,4)
Ensino médio completo e incompleto	18 (32,7)
Renda familiar (em salário mínimo)	
< 1 salário mínimo	2 (3,7)
Até um salário mínimo	33 (60,0)
Mais de um salário até dois salários mínimos	11 (20,0)
Mais de dois salários mínimos	9 (16,3)
Posição na Ocupação	
Desempregado	4 (7,3)
Empregado formal	16 (29,1)
Empregado informal	19 (34,5)
Dona de casa	1 (1,8)
Empresário/proprietário	1 (1,8)
Outros	10 (18,2)

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Salário mínimo de referência R\$ 678,00.

No que diz respeito às características clínicas, dispostas **na Tabela 3**, as principais etiologias da LM são as causas externas. Dentre os acidentes de trânsito, os acidentes de motocicleta predominaram (23,6%); acidentes de carro (14,6%) e os atropelamentos (5,5%). A violência também foi relevante entre as causas de LM; dessas, as lesões causadas por arma

de fogo representaram 18,2%. As quedas de modo geral totalizaram 29,1% e foram especificadas como queda da própria altura, queda de altura, queda dentro de transporte em movimento. Do restante, 9,1% foram especificadas como de outras causas; dessas, destacam-se um mergulho em águas rasas e um caso de tumor de bulbo, caracterizada como de causas clínicas ou interna.

No que concerne ao tipo, pode-se evidenciar que predominaram os paraplégicos (76,4%) e os classificados como tetraplégicos (23,6%). Em relação ao nível de lesão, esse foi classificado de acordo com a ASIA, porém, nesse estudo, as lesões foram resumidas a duas categorias, a lesão completa (40%) e a lesão incompleta (60%).

Quanto a intervenções cirúrgicas, verificou-se que não tinham realizado cirurgias (52,7%) e que realizaram algum tipo de cirurgia (47,3%). Dos que realizaram intervenções cirúrgicas, realizaram artrodese de coluna (80,8%) e realizaram outros procedimentos (19,2%), como cervicotomia (3,8%), correção de fratura de membro inferior direito (3,8%), limpeza de úlcera por pressão (7,7%) e toracotomia (3,8%).

Quanto ao tempo de lesão, a maioria (96,4%) convivia com a LM há menos de 6 meses, apenas 1,8% vivia com a lesão entre 6 e 24 meses e 1,8% havia mais de 24 meses. Em relação ao tempo de internação, 25,9% passaram menos de um mês hospitalizados, 14,8% até um mês, 46,8% entre um e dois meses e 13,0% mais de dois meses internados.

Quanto à presença de acompanhante, a maioria (87,3%) tinha acompanhante durante a hospitalização e apenas 12,7% estavam sozinhos. Os principais membros da família a acompanharem os entrevistados eram companheiro ou companheira (32,7%), pai ou mãe (16,4%), filhas ou filhos (7,3%) e 32,7% dos cuidadores eram outros parentes como irmãos, irmãs, primo, sobrinhos, tios. Os outros acompanhantes citados, como namoradas, sogras, cunhados perfizeram o total 10,9%.

Tabela 3 Características clínicas de pessoas com o diagnóstico de TRM (n=55). Fortaleza - Ceará, 2013.

Características Clínicas	n (%)
Etiologia da lesão	
Perfuração por arma de fogo	10 (18,2)
Acidente de carro	8 (14,6)
Acidente de motocicleta	13 (23,6)
Atropelamento	3 (5,5)
Queda	16 (29,1)
Outros	5 (9,1)
Tipo de lesão	
Paraplegia	42 (76,4)
Tetraplegia	13 (23,6)
Classificação da lesão	
Completa	22 (40,0)
Incompleta	33 (60,0)
Realizou intervenção cirúrgica	
Sim	26 (47,3)
Não	29 (52,7)
Tipo de cirurgia realizada (n=26)	
Artrodese de coluna	21 (80,8)
Cervicotomia	1 (3,8)
Fratura de MIE	1 (3,8)
Limpeza cirurgia de úlcera	2 (7,7)
Toracotomia	1 (3,8)
Tempo de Lesão	
Menos de 6 meses	53 (96,4)
De 6 a 24 meses	1 (1,8)
Mais de 24 meses	1 (1,8)
Tempo Internamento (n=54)	
Menos de um mês	14 (25,9)
Até um mês	8 (14,8)
Entre um e dois meses	25 (46,3)
Mais de 2 meses	7 (13,0)
Grau de parentesco do cuidador	
Companheiro/companheira	18 (32,7)
Filho/filha	4 (7,3)
Pai/mãe	9 (16,4)
Parentes (irmã/irmão, prima, sobrinha, tio)	18 (32,7)
Outros (namorada, sogra, cunhado)	6 (10,9)

Fonte: Elaboração própria.

4.2 Caracterização das dimensões das crenças espirituais, religiosas ou pessoais de pessoas com o diagnóstico de TRM enquanto hospitalizadas e no domicílio.

Esta etapa do estudo correspondeu ao estudo das crenças espirituais, religiosas ou pessoais mediante aplicação da escala WHOQOL-SRPB para 49 pessoas com diagnóstico de TRM, acompanhadas durante as fases de hospitalização e domiciliar.

Os 32 itens da escala WHOQOL-SRPB foram sumarizados em 8 dimensões, com escores que variaram entre 1 e 5. No **Gráfico 1** (*Box plot*) e na **Tabela 4**, pode-se observar pela sumarização dos escores durante a hospitalização e no domicílio, que as distribuições em todas as dimensões mostraram-se assimétricas, a expressar variabilidade em torno do valor mediano e variações entre 3,5 e 4,3 (Tabela 4).

Na fase de hospitalização, observa-se que o valor mediano, relativo aos valores da dimensão *Conexão com o ser ou força espiritual* foi 3,8, enquanto na fase domiciliar foi diminuído para 3,5, com expressiva redução na diferença interquartilica no domicílio (diferença entre os quartis Q75 - Q25). A dimensão o *Sentido da vida* manteve o valor mediano 4 nas fases hospitalar e domiciliar, entretanto, apresentou expressiva variação interquartilica no domicílio e essa se mostrou estatisticamente significativa na **Tabela 4** (valor de $p = 0,052$).

A dimensão *Admiração* apresentou expressiva variabilidade no padrão das respostas no ambiente hospitalar, manteve o valor mediano 4 em ambas as fases e apresentou redução na variação entre os quartis no ambiente domiciliar. A dimensão *Totalidade e integração* apresentou variações no valor mediano entre as fases, no ambiente hospitalar a mediana foi 3,8 e no domicílio 4,0; ocorreu aumento da frequência de valores abaixo da mediana no domicílio. A dimensão *Força espiritual* mantém o valor mediano 4 com a mudança de ambiente, entretanto, essa dimensão apresenta expressiva variação dos valores abaixo da mediana no domicílio e apresentou diferenças estatisticamente significantes (valor de $p = 0,049$) (tabela 5).

A dimensão *Paz interior* apresentou variações no ambiente hospitalar; a mediana foi 3,8 e a domiciliar 4,0; pode-se observar uma redução da variação entre os quartis e maior concentração dos valores abaixo da mediana no domicílio. A dimensão *Esperança e otimismo* mantém o valor mediano 4; após mudança de ambiente aumenta a frequência de valores acima

da mediana. Na dimensão *Fé* ocorre aumento do valor mediano do ambiente hospitalar para o domicílio, de 4 para 4,2 respectivamente, entretanto, ocorre aumento da frequência de valores no domicílio abaixo do valor mediano.

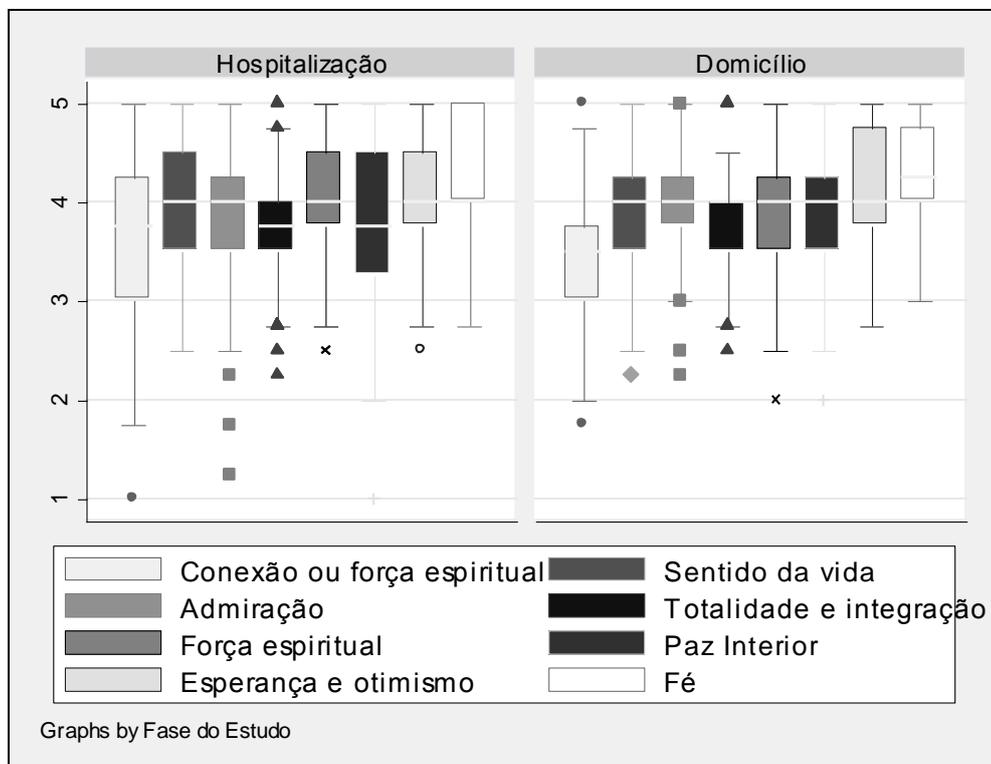


Gráfico 1 Medidas descritivas dos escores das dimensões da escala WHOQOL-SRPB de pessoas com diagnóstico de TRM (n=49) em ambas as fases do estudo.

Na **Tabela 4**, apresentam-se as medidas descritivas para cada dimensão nas duas fases do estudo; os valores médios foram comparados mediante uso do teste de igualdade média de Wilcoxon para dados pareados. Verificou-se que apenas as dimensões *Sentido da vida* e *Força espiritual* apresentaram diferenças estatisticamente significantes quando mensuradas no ambiente hospitalar e no domiciliar (valor de $p \leq 0,05$); as outras dimensões mantiveram-se inalteradas no domicílio.

Pode-se observar que os escores médios de cada dimensão em uma escala de variação entre 1 e 5, variaram de 3,4 (mínimo) a 4,3 (máximo); apresentaram pequenas diferenças médias entre as fases hospitalar e domiciliar. A dimensão *Paz interior* não se modificou em termos de valores médios com a mudança do ambiente. O escore global

mantve-se 15 (variação de 4 a 20) a representar que a síntese de todas as dimensões não se modificou nas duas fases do estudo (tabela 4).

Tabela 4 Medidas descritivas (médias e desvio padrão e mediana) dos escores das dimensões dos itens da escala WHOQOL-SRPB de pessoas com diagnóstico de TRM (n=49) em ambas as fases do estudo. Fortaleza - Ceará, 2013.

Dimensões da Escala WHOQOL-SRPB	Mediana	Média (± dp)	IC95% da média	p-valor ^a
Conexão com o ser ou força espiritual				
Hospitalização	3,8	3,5 (± 0,9)	(3,3 - 3,8)	0,374
Domicílio	3,5	3,4 (± 0,7)	(3,2 - 3,6)	
Sentido na vida				
Hospitalização	4,0	3,9 (± 0,7)	(3,7 - 4,1)	0,052
Domicílio	4,0	3,8 (± 0,6)	(3,6 - 3,9)	
Admiração				
Hospitalização	4,0	3,8 (± 0,8)	(3,5 - 4,0)	0,198
Domicílio	4,0	3,9 (± 0,6)	(3,8 - 4,1)	
Totalidade e integração				
Hospitalização	3,8	3,7 (± 0,6)	(3,5 - 3,9)	0,107
Domicílio	4,0	3,8 (± 0,6)	(3,7 - 4,0)	
Força espiritual				
Hospitalização	4,0	4,0 (± 0,7)	(3,8 - 4,2)	0,049
Domicílio	4,0	3,8 (± 0,7)	(3,6 - 4,0)	
Paz interior				
Hospitalização	3,8	3,8 (± 0,8)	(3,5 - 4,0)	0,599
Domicílio	4,0	3,8 (± 0,6)	(3,4 - 3,5)	
Esperança e otimismo				
Hospitalização	4,0	4,0 (± 0,6)	(3,8 - 4,2)	0,090
Domicílio	4,0	4,2 (± 0,6)	(4,0 - 4,3)	
Fé				
Hospitalização	4,0	4,2 (± 0,6)	(4,1 - 4,4)	0,575
Domicílio	4,2	4,3 (± 0,6)	(4,1 - 4,4)	
Escore do Domínio^b				
Hospitalização	15,8	15,5 (± 2,3)	(14,8 - 16,2)	0,992
Domicílio	15,5	15,5 (± 1,7)	(15,0 - 16,0)	

Fonte: Elaboração própria.

Notas: ^aTeste de igualdade médias de Wilcoxon para dados pareados; ^bSoma de todas as dimensões da Escala variação 4 a 20; dp=desvio padrão.

A **Tabela 5** apresenta os resultados da avaliação da consistência interna das respostas aos itens da escala WHOQOL-SRPB, obtidos pela aplicação do Coeficiente Alfa de Cronbach global e parcial para cada dimensão, em ambas fases do estudo.

O alfa global encontrado na 1ª fase do estudo foi 0,95, na 2ª fase 0,92 e apresentou alta consistência interna entre as respostas aos itens da escala. Ao analisarmos o alfa parcial de cada dimensão (com a retirada dos itens da respectiva dimensão), a consistência interna das respostas se mantém alta, de maneira semelhante ao padrão global com variações de 0,91 a 0,95.

Tabela 5 Avaliação da consistência interna das respostas dos itens segundo dimensões da escala WHOQOL-SRPB de pessoas com o diagnóstico de TRM (n=49), em ambas as fases do estudo. Fortaleza - Ceará, 2013.

Dimensões da Escala WHOQOL - SRPB	Coeficiente Alfa de Cronbach	
	Hospitalização	Domicílio
Conexão com o ser ou força espiritual	0,94	0,92
Sentido na vida	0,94	0,92
Admiração	0,95	0,92
Totalidade e integração	0,95	0,91
Força espiritual	0,94	0,91
Paz interior	0,94	0,91
Esperança e otimismo	0,95	0,91
Fé	0,94	0,91
Alfa de Cronbach Global	0,95	0,92

Nota: Alfa de Cronbach com a retirada dos itens da dimensão.

Na **Tabela 6**, apresentam-se as relações entre as dimensões da escala WHOQOL-SRPB nas fases de hospitalização e domiciliar, mediante uso do Coeficiente de correlação de Spearman.

Verifica-se que a dimensão *Conexão espiritual*, na hospitalização, apresentou fraca correlação com as dimensões *conexão espiritual*, *força espiritual* e *esperança e otimismo* na fase domiciliar.

A dimensão *Sentido da vida*, na hospitalização, apresentou moderada correlação com *sentido da vida* no domicílio e fraca correlação com as dimensões *conexão espiritual*,

admiração, totalidade e integração, força espiritual e esperança e otimismo e fé e não apresentou correlação estatisticamente significativa com *paz interior* na fase domiciliar.

A dimensão **Admiração**, na hospitalização, apresentou moderada correlação com *conexão espiritual e admiração* e fraca correlação com todas as outras dimensões na fase domiciliar.

A dimensão **Totalidade e integração**, na hospitalização, apresentou moderada correlação com *conexão espiritual* e fraca correlação com as demais dimensões na fase domiciliar, exceto para *sentido da vida*, que não se mostrou estatisticamente significativa.

A dimensão **Força espiritual**, na hospitalização, apresentou moderada correlação com *conexão espiritual e força espiritual* e fraca correlação com todas as outras dimensões na fase domiciliar.

A dimensão **Paz interior**, na hospitalização, apresentou correlação moderada com *conexão espiritual*, com *totalidade e integração* e *força espiritual* e fraca correlação com as demais dimensões no domicílio, exceto para a dimensão *esperança e otimismo*, por não se mostrar estatisticamente significativa.

A dimensão **Esperança e otimismo**, na hospitalização, apresentou moderada correlação com *Esperança e otimismo* e *Fé* na fase domiciliar e fraca correlação com as demais dimensões, exceto para *totalidade e integração*, por não apresentar correlação estatisticamente significativa.

A dimensão **Fé**, na hospitalização, apresentou fraca correlação com quase todas as dimensões na fase domiciliar, exceto para *admiração e paz interior*.

Tabela 6 Correlação de Spearman das dimensões dos itens da escala WHOQOL-SRPB entre as fases de hospitalização (1ª fase) e domiciliar (2ª fase) de pessoas com o diagnóstico de TRM (n = 49). Fortaleza - Ceará, 2013.

1ª Fase \ 2ª fase	Dimensões da Escala WHOQOL - SRPB							
	Conexão Espiritual	Sentido na vida	Admiração	Totalidade e integração	Força espiritual	Paz interior	Esperança e otimismo	Fé
Conexão Espiritual	0,48*	0,44*	0,70**	0,56**	0,52**	0,52**	0,45*	0,42*
Sentido na vida	0,26 ^{ns}	0,50**	0,46*	0,25 ^{ns}	0,32*	0,41*	0,41*	0,36*
Admiração	0,23 ^{ns}	0,34*	0,57**	0,28*	0,39*	0,30*	0,28*	0,27 ^{ns}
Totalidade e integração	0,24 ^{ns}	0,30*	0,40*	0,45*	0,36*	0,57**	0,26 ^{ns}	0,29*
Força espiritual	0,45*	0,43*	0,31*	0,41*	0,55**	0,52**	0,46*	0,31*
Paz interior	0,07 ^{ns}	0,19 ^{ns}	0,38*	0,33*	0,28*	0,38*	0,32*	0,25 ^{ns}
Esperança e otimismo	0,35*	0,39*	0,45*	0,41*	0,34*	0,18 ^{ns}	0,58**	0,38*
Fé	0,19 ^{ns}	0,32*	0,32*	0,49*	0,33*	0,32*	0,54**	0,47*

Fonte: Elaboração própria

Nota: Negrito sinaliza correlação estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$); ^{NS}Correlação não significativa; *Correlação Fraca, **Correlação Moderada e ***Correlação Forte.

Na **Tabela 7**, apresentam-se as medidas descritivas (média e desvio padrão) da relação entre as dimensões e a religião, de acordo com as fases do estudo. Na fase de hospitalização, a variação dos escores médios para os evangélicos foi 3,4 a 4,4; entre os católicos 3,4 a 4,3 e entre os sem religião de 3,5 a 4,0. Na fase domiciliar, a variação dos escores médios para os evangélicos foi 3,4 a 4,4; entre os católicos foi 3,5 a 4,3; entre os sem religião, 3,2 a 4,1.

Quando comparados os escores médios entre fases, segundo a religião, observa-se haver entre os evangélicos uma redução no valor médio dos escores na fase domiciliar para quase todas as dimensões, exceto para a dimensão *Admiração*, em que há aumento na fase domiciliar; as dimensões *Totalidade e integração* e *Paz interior* permanecem inalterados. Entre os católicos, a dimensão *Totalidade e integração* apresentou diferenças estatisticamente significantes entre as fases (valor de $p=0,0522$); a dimensão *Paz interior* e *Força espiritual* permanecem inalteradas; quanto às demais dimensões, observa-se aumento dos escores médios na fase domiciliar, exceto para *Conexão com o ser* e *Sentido da vida* nas quais os escores são reduzidos na fase domiciliar. As pessoas que declararam não ter religião apresentaram na distribuição dos escores um padrão semelhante aos católicos em ambas as fases do estudo; os valores dos escores médios na fase de hospitalização e domiciliar apresentaram poucas variações.

Tabela 7 Medidas descritivas (médias e desvio padrão) das dimensões dos itens da escala WHOQOL-SRPB de pessoas com o diagnóstico de TRM (n=49), em ambas as fases do estudo, segundo a religião. Fortaleza - Ceará, 2013. Continua p. 54.

Dimensões da Escala WHOQOL - SRPB	Hospitalização Média (\pm dp)	Domicílio Média (\pm dp)	valor de P ^a
Conexão com o ser ou força espiritual			
Evangélica	3,7 (\pm 1,1)	3,4 (\pm 0,9)	0,5804
Católica	3,4 (\pm 0,8)	3,5 (\pm 0,7)	0,8882
Sem religião	3,5 (\pm 0,8)	3,2 (\pm 0,6)	0,1658
Sentido na vida			
Evangélica	4,1 (\pm 0,6)	3,6 (\pm 0,6)	0,0757
Católica	3,9 (\pm 0,7)	3,8 (\pm 0,6)	0,4895
Sem religião	3,9 (\pm 0,7)	3,7 (\pm 0,8)	0,1863
Admiração			
Evangélica	3,8 (\pm 0,7)	4,2 (\pm 0,6)	0,1766
Católica	3,8 (\pm 0,8)	3,9 (\pm 0,6)	0,6168
Sem religião	3,5 (\pm 1,0)	3,7 (\pm 0,8)	0,6458
Totalidade e integração			
Evangélica	3,8 (\pm 0,7)	3,8 (\pm 0,7)	0,8415
Católica	3,6 (\pm 0,7)	3,9 (\pm 0,6)	0,0522
Sem religião	3,7 (\pm 0,5)	3,8 (\pm 0,4)	0,4439
Força espiritual			
Evangélica	4,3 (\pm 0,6)	3,9 (\pm 0,8)	0,2036
Católica	4,0 (\pm 0,7)	3,8 (\pm 0,6)	0,0859
Sem religião	3,8 (\pm 0,8)	3,8 (\pm 0,8)	0,7123

Fonte: Elaboração própria. **Notas:** ^aTeste de igualdade médias de Wilcoxon para dados pareados.

Tabela 7 Medidas descritivas (médias e desvio padrão) das dimensões dos itens da escala WHOQOL-SRPB de pessoas com o diagnóstico de TRM (n=49), em ambas as fases do estudo, segundo a religião. Fortaleza - Ceará, 2013.

Paz interior			
Evangélica	3,7 (± 0,7)	3,7 (± 0,8)	0,7809
Católica	3,8 (± 1,0)	3,9 (± 0,7)	0,3582
Sem religião	3,9 (± 0,8)	3,9 (± 0,2)	0,8919
Esperança e otimismo			
Evangélica	4,0 (± 0,5)	4,2 (± 0,6)	0,6875
Católica	4,1 (± 0,5)	4,2 (± 0,5)	0,2612
Sem religião	3,8 (± 0,9)	4,0 (± 0,9)	0,1769
Fé			
Evangélica	4,3 (± 0,6)	4,4 (± 0,5)	0,6930
Católica	4,3 (± 0,5)	4,3 (± 0,6)	0,4300
Sem religião	4,0 (± 0,7)	4,1 (± 0,7)	0,6511

Fonte: Elaboração própria. **Notas:** ^aTeste de igualdade médias de Wilcoxon para dados pareados.

Nos **Gráficos 2, 3 e 4** apresentamos a distribuição dos escores das respectivas dimensões, por religião e segundo a frequência de participação das atividades religiosas, em ambas as fases do estudo.

Observa-se, com relação à distribuição dos escores, haver maior frequência de pessoas que *semanalmente* participam das atividades entre os evangélicos; o escore mediano em ambas as fases se mantém em torno de 3 ou superior. Na dimensão *Conexão com o ser ou força espiritual*, chama a atenção o aumento da frequência de pessoas com escore abaixo do valor mediano e o aumento do escore na dimensão *Admiração*, na fase domiciliar; ainda nesta fase, observa-se que os escores médios das dimensões *Tranquilidade e integração* e *Força espiritual* se mantêm muito próximos de 3,5. A frequência de evangélicos que participam *quinzenalmente* das atividades parece pequena; os escores medianos estão em torno de 3,0 para quase todas as dimensões. Entre os evangélicos que não participam de atividades religiosas, o escore mediano de todas as dimensões parece estar em torno de 3,5 ou superior; neste grupo, a frequência de pessoas parece ser inferior ao grupo *semanalmente*.

Com relação à distribuição dos escores entre os católicos, evidencia-se haver maior frequência de pessoas que *semanalmente* participam das atividades; o escore mediano se mantém em torno de 3 ou superior em ambas as fases. Na dimensão *Conexão com o ser ou força espiritual*, chama a atenção o aumento da frequência de pessoas com escore acima do valor mediano e, na fase hospitalar, o aumento do escore na dimensão *Fé*; observa-se, ainda nessa fase, que os escores médios das dimensões *Tranquilidade e Integração* e *Força espiritual* se mantêm muito próximos de 3,5 na fase hospitalar e próximo de 4 na fase

domiciliar. A frequência de católicos que participam *quinzenalmente* das atividades parece pequena; os escores medianos estão em torno de 3,5 a 4 para quase todas as dimensões. Chama a atenção que; nessa fase; a dimensão *Conexão com o ser ou Força espiritual* apresenta valores medianos relativamente baixos, em torno de 2,5. Ao contrário dos evangélicos, houve católicos que referiram participar mensalmente das atividades religiosas, mantendo a mediana em torno de 3 em quase todas as dimensões, porém, observa-se pequena redução da mediana nas dimensões referentes a *Conexão com o ser ou Força espiritual*, tanto na fase hospitalar quanto na domiciliar, mantida a mediana em torno de 3,5.

Ocorreu também relativa participação de católicos que referiram participar *ocasionalmente* ou *não participarem* das atividades, porém, a mediana das dimensões manteve-se muito próxima dos que participam *mensalmente*, em torno de 3,5 a 4. Entre os católicos que *não participam* de atividades religiosas, o escore mediano de todas as dimensões parece estar em torno de 3,5 ou superior; a frequência de pessoas nesse grupo parece ser inferior ao grupo *semanalmente*.

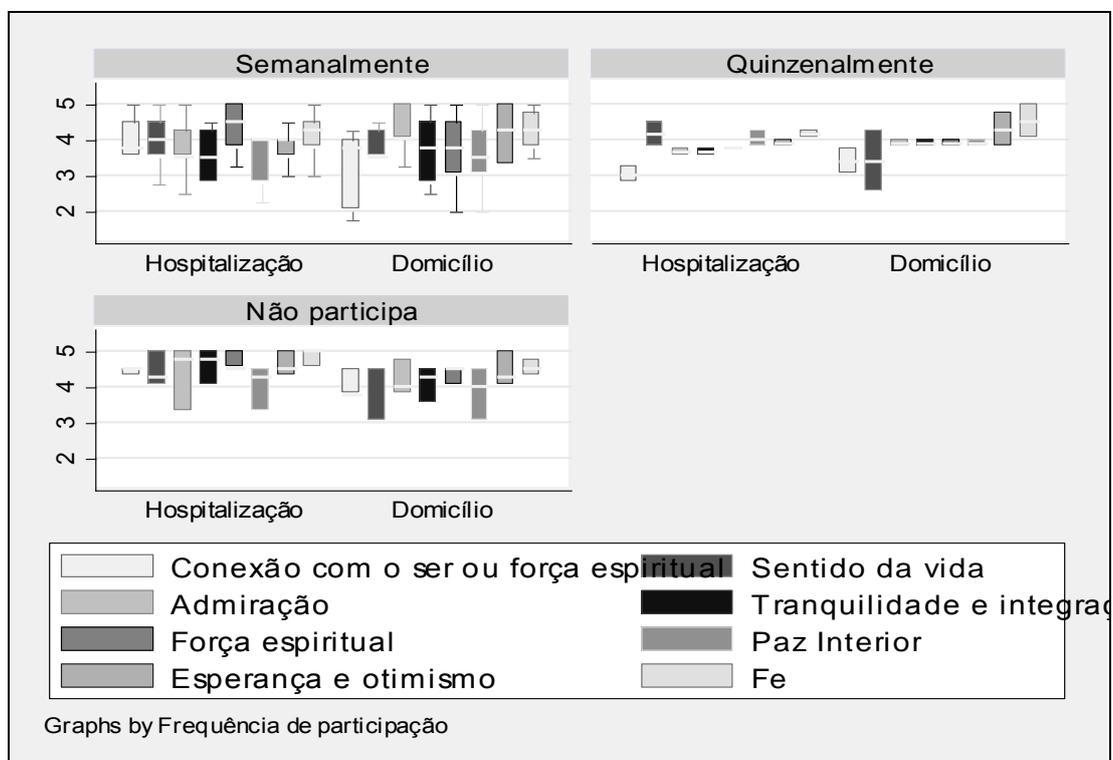


Gráfico 2 Medidas descritivas dos escores das dimensões da escala WHOQOL-SRPB de pessoas de **religião evangélica** com o diagnóstico de TRM (n=49), em ambas as fases, segundo a frequência de participação.

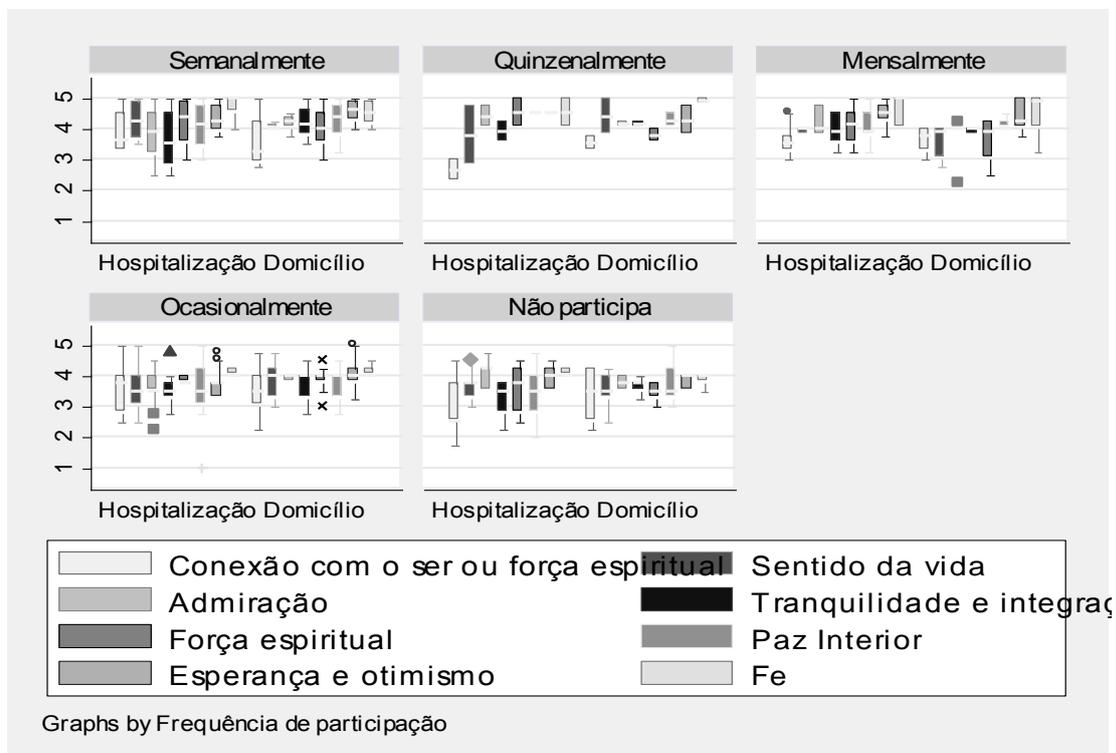


Gráfico 3 Medidas descritivas dos escores das dimensões da escala WHOQOL-SRPB de pessoas de **religião católica** com o diagnóstico de TRM (n=49), em ambas as fases, segundo a frequência de participação.

No **Gráfico 4**, observam-se as medidas descritivas dos escores das dimensões da escala WHOQOL-SRPB de pessoas sem religião, na qual obteve-se mediana em torno de 4 na fase de hospitalização; as dimensões *Sentido na vida*, *Paz interior* e *Fé* obtiveram mediana 4 durante a primeira fase do estudo, enquanto os outros domínios ficaram com mediana um pouco acima de 3,5 e abaixo de 4. Durante a segunda fase do estudo, no domicílio, as pessoas que não frequentam religião alguma mantiveram mediana abaixo de 4 na maioria dos domínios; no domínio *Fé* observa-se que foi mantida a mesma mediana 4, na fase de hospitalização, no entanto, ocorreu diminuição da mediana da dimensão *Paz interior* e *Conexão com o ser ou Força espiritual* quando comparadas as duas fases.

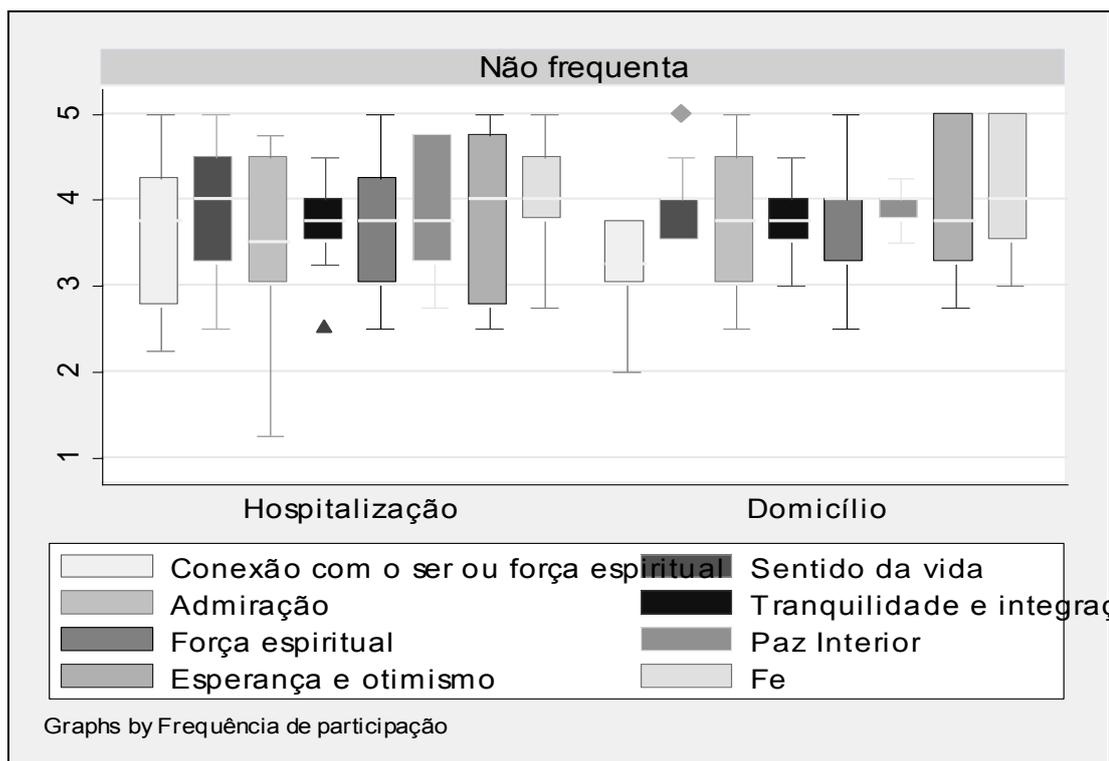


Gráfico 4 Medidas descritivas dos escores das dimensões da escala WHOQOL-SRPB de pessoas de **sem religião** com o diagnóstico de TRM (n=49), em ambas as fases, segundo a frequência de participação.

5 DISCUSSÃO

Diante dos resultados expostos nessa dissertação e a fim de responder aos objetivos propostos, torna-se necessário discutir os aspectos relevantes do perfil sociodemográfico e clínico, bem como questões relativas à influência da religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais na qualidade de vida de pessoas com LM durante a hospitalização e em seu domicílio, depois da alta.

As características demográficas, socioeconômicas e clínicas de pessoas com LM, apresentadas neste estudo, apontou os dados sobre idade, sexo, escolaridade, raça, cor, procedência, religião até os aspectos clínicos referentes à causa, o tipo e o tempo de lesão.

Os dados em relação ao gênero, nesse estudo, corroboram as pesquisas presentes em nossa literatura sobre LM, nas quais a predominância ainda é no sexo masculino, 87,3% na nossa casuística para esse gênero. Em outra pesquisa, realizada no estado do Ceará, a predominância do sexo masculino também prevaleceu; 193 (84,6%) pessoas do sexo masculino e 35 (15,4%) do sexo feminino (SILVA; SCHOELLER; GELBCKE; CARVALHO; SILVA, 2012). No estudo epidemiológico realizado em São Paulo, em (2006), a prevalência masculina foi 95,8%; em estudo de 2011, essa prevalência era 81,6% (BRITO; CHEIN; MARINHO; DUARTE, 2011, NOGUEIRA; CALIRI; HAAS, 2006).

Observa-se que, ao passar dos anos, existe aumento da LM em pessoas do sexo feminino, o que pode ter relação direta com o fato de maior número de mulheres conduzirem veículos (motos-carros) atualmente, bem como maior contingente delas estarem inseridas profissionalmente em trabalhos que envolvem risco, como a construção civil, no qual as quedas são mais frequentes (BRITO; CHEIN; MARINHO; DUARTE, 2011).

No tocante à idade, este levantamento aponta que essa variou de 15 a 65 anos, com média de 38,1 anos; em consonância com outros trabalhos, encontraram média de idade cinco a seis anos abaixo da deste estudo (BRITO; CHEIN; MARINHO; DUARTE, 2011, NOGUEIRA; CALIRI; HAAS, 2006, SILVA; SCHOELLER; GELBCKE; CARVALHO; SILVA, 2012). Pode-se, então, perceber pequeno aumento na média de idade dos pacientes deste estudo se comparado com outros, no entanto, a média de idade continua a atingir a

população economicamente ativa.

Para os autores Brito, Chein, Marinho e Duarte (2011), é notório o impacto socioeconômico do TRM, posto que incide, principalmente, sobre os indivíduos economicamente ativos, no auge de sua inserção na sociedade, o que representa desgaste econômico, social, familiar e psicológico para os pacientes/família e para a saúde pública.

Na distribuição da cor, quase a metade dos participantes referiram ser da cor parda (49.1%), diferentemente de um estudo realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, com 65 pacientes diagnosticados com LM, no qual a cor da pele preta prevaleceu (65,6%) (BARROS; SOUSA; COSTA *et al.*, 2013). Em outra pesquisa, prevaleceu a cor branca (68,1%) dos pesquisados (NOGUEIRA; CALIR; HAAS, 2006).

A religião é um dos aspectos de maior relevância nesta dissertação, em virtude de a prática religiosa poder melhorar a qualidade de vida, por ser uma estratégia de enfrentamento. Assim, podemos evidenciar que a maioria dos participantes praticava alguma religião (78,2%). Neste estudo, apenas duas religiões foram citadas; a católica com maior frequência (54,6%) e a evangélica com 23,6%. No estudo sobre perfil da LM no estado de São Paulo, a religião católica também obteve maior frequência, seguida dos evangélicos (MORAIS; SPOTTI; COHEN *et al.*, 2013).

Bampi, Guilhem e Lima (2008) avaliaram a qualidade de vida de pessoas com LM traumática e, ao aplicar a escala Whoqol-Bref da OMS, essa demonstrou que os entrevistados que se apoiam em crenças pessoais, espiritualidade e religião aceitam sua aparência física, mantêm a autoestima e a capacidade de pensar, aprender e se concentrar.

Em se tratando especificamente do estado civil, há concordância com o estudo de Moraes; Spotti; Cohen *et al.* (2013), no qual a maioria dos indivíduos possuía união estável (46,8%). No entanto, outra pesquisa realizada em nosso estado mostrou que a maioria dos participantes era solteira (54,29%) (CAMPOS, MIRANDA, CARVALHO, VALL, 2013).

Acredita-se que o fato de a maioria ser casada ou ter união estável pode explicar a alta prevalência de acompanhante (87,3%). A presença de um cuidador sugere que os pacientes com LM, durante a fase de hospitalização, tenham o suporte familiar e não seja deixado sozinho. Quanto à questão do apoio familiar, o estudo de Campos, Miranda,

Carvalho, Vall, (2013) salientou que a maioria dos entrevistados (85,71%) relatou receber apoio da família. Os principais acompanhantes eram membros da família e foram destacados como companheiro ou companheira, pai ou mãe, filhas ou filhos, dentre outros parentes.

Quanto à procedência dos participantes, 51,8% vieram do interior do estado do Ceará e 48,2% eram da capital, Fortaleza. Esses dados comprovam o quanto os municípios do interior do estado do Ceará estão despreparados para atender à população no que se refere à assistência de alta complexidade, principalmente aos atendimentos de acidentes e violência, a aumentar a demanda do atendimento e a superlotar os hospitais públicos da capital.

Infelizmente esse problema também ocorre em outros estados do Brasil. Em pesquisa realizada em São Paulo, quanto à procedência, 97,8% dos pacientes são do noroeste do estado de São Paulo; desses, 32,8% são da cidade onde se situa o hospital de referência e 67,2% são da região correspondente. Os demais pacientes (2,2%) são de outros estados (MORAIS; SPOTTI; COHEN *et al.*, 2013).

Ao analisar a escolaridade, esse estudo mostrou que os participantes apresentaram baixa média de escolaridade; 9,1% analfabetos, 58,2% cursaram o ensino fundamental completo e incompleto e 32,7 cursaram o ensino médio completo ou incompleto. A amostra não foi composta por nenhuma pessoa com estudo superior. Em sua dissertação de mestrado, Noronha (2008) encontrou dados relacionados à escolaridade correlatos com o deste estudo, no entanto, havia pessoas com nível superior; identificou que 4,5% dos indivíduos eram analfabetos; 61,7% cursaram o nível fundamental; 30,5% cursaram nível médio de ensino e 3,2% cursaram nível superior. O nível de ensino verificado por outros autores brasileiros que também encontraram maior frequência do nível fundamental de ensino (VENTURINE *et al.*, 2006, BAMPI *et al.*, 2008, NOGUEIRA *et al.*, 2006).

Quanto à aplicação da Whoqol-SRBP, três facetas apresentaram validade discriminativa para escolaridade, a sugerir que quanto menor a educação, maior *Conexão espiritual*, *Força espiritual* e *Fé*, o que apoia os resultados do estudo piloto multicêntrico para *Conexão espiritual* e *Fé*, as mesmas facetas em que ateus/agnósticos pontuaram menos (PANZINI *et al.*, 2011).

No concernente à situação ocupacional, observou-se que 7,3% estavam desempregados e 92,7% trabalhavam; houve também uma porcentagem que referiu estar

aposentada, ou seja, de modo geral, tinha algum tipo de renda. Vale salientar que o perfil desse estudo foi traçado durante a hospitalização, o que pode ter conduzido os pacientes a responderem sobre sua ocupação antes da lesão, levando ao alto índice de ocupação.

Em um hospital de reabilitação foi realizada uma pesquisa que evidenciou inserção no mercado de trabalho da maior parte dos indivíduos antes da lesão medular (90,4%), mas, após a ocorrência do traumatismo, somente 29 pessoas (55,7%) informaram atividade laboral. Contudo, não necessariamente retomaram a atividade desempenhada anteriormente. Após a lesão, 29 (55,7%) participantes passaram a receber algum benefício previdenciário concedido em decorrência do traumatismo. É interessante salientar aumento significativo de engajamento em atividades de trabalho e/ou estudo entre pacientes que não recebem benefício assistencial, quando esses são do sexo masculino, sofreram lesão medular há menos de quatro anos e têm menos de 29 anos de idade (VERA E ARAÚJO, 2011).

Em relação à renda, a maioria (60%) referiu ter renda *per capita* de um salário. Esses dados corroboram a pesquisa realizada no Ceará, no domicílio de 35 pessoas portadoras de LM, na qual 45,71% declararam renda de apenas um salário (CAMPOS; MIRANDA; CARVALHO, VALL, 2013).

As principais etiologias da LM são as causas externas; dessas, os acidentes de trânsito, dos quais prevaleceram os acidentes de moto, acidentes de carro e os atropelamentos. A violência também participa das causas de LM, principalmente aquelas por arma de fogo; as quedas também se destacaram neste estudo. Esses dados também são constatados em várias pesquisas, as quais demonstram que as principais causas estão relacionadas aos acidentes e violência (BRITO; CHEIN; MARINHO; DUARTE, 2011, NOGUEIRA; CALIRI; HAAS, 2006, SILVA; SCHOELLER; GELBCKE; CARVALHO; SILVA, 2012).

A cada dia as causas externas tornam-se grave problema de saúde pública e, em se tratando de acidentes e violência, pode trazer graves consequências biopsicossociais não apenas para as vítimas como também para o sistema de saúde. Dentre os diversos danos, os quais variam da invalidez física à morte, as lesões neurológicas se enquadram entre os mais graves, a exemplo do trauma raquimedular e requerem dos profissionais especializados que desenvolvam assistência de qualidade. Por ser de instalação súbita e inesperada, torna-se um infortúnio de proporções desastrosas para o doente e sua família, além de promover altos custos hospitalares à sociedade (CAMPOS; RIBEIRO; LISTIK, S. *et al.*, 2008).

Das etiologias que causaram LM, as quedas merecem destaque; 29,1% da amostra foram devido a algum tipo de queda, perdendo apenas para os acidentes automobilísticos, os quais totalizam 43,7% quando somados (carro, moto e atropelamento). Esse dado corrobora os achados da pesquisa de Brito; Chein; Marinho; Duarte (2011), a qual destacou a proporção de quedas gerais como significativamente maior do que a dos acidentes automobilísticos e motociclísticos quando estes foram individualizados. Em relação ao tipo de quedas, foram especificadas as seguintes: queda da própria altura, queda de altura, queda dentro de transporte em movimento. Em outro estudo sobre QV em pessoas com lesão medular, os autores também salientaram que 55,3% sofreram a lesão medular por meio de acidente com arma de fogo ou queda (FRANÇA *et al.*, 2013).

Nogueira; Caliri; Haas (2006) destacam que mesmo agrupando os acidentes referentes a veículo automotor (colisão, capotamento e com motocicletas), o número de ocorrências (31,9%) é menor do que as ocorrências por ferimento por arma de fogo (FAF). Nesta dissertação, encontrou-se que a violência não tem índice tão alto como na pesquisa citada, mas participa significativamente das causas de LM e 18,2% das lesões são causadas por arma de fogo. Porém, vale salientar que Centros Nacionais que integram a Rede SARA de Hospitais de Reabilitação, no período 1º de janeiro de 2013 a 30 de junho de 2013, registram que as lesões causadas por agressões com arma de fogo constituem a primeira causa de internação em Fortaleza (Rede SARA de Hospitais de Reabilitação, 2013).

O instrumento que avaliou o perfil clínico neste estudo classificou o tipo de lesão em paraplégicos ou tetraplégicos e classificou conforme a ASIA apenas em lesão completa ou incompleta, sem descrever os níveis da coluna vertebral (cervical, torácica ou lombar) e sem detalhar a ASIA, no caso da lesão incompleta. O motivo que levou a utilizar essa nomenclatura foi a ausência de registros detalhados da classificação na maioria dos prontuários.

Segundo a *American Spinal Injury Association (ASIA)*, disponível em www.asia-spinalinjury.org/index.php, a lesão pode ser classificada como ASIA A, B, C, D e E. Por não ter preservação das funções motora e sensitiva no segmento sacral S4 - S5, a ASIA A é referida como lesão completa e a ASIA B, C, D, E são denominadas lesões incompletas e, segundo essa ordem, varia de forma decrescente em relação ao comprometimento.

De acordo com a literatura que descreve sobre o tipo de comprometimento, em

que as lesões nos níveis torácico, lombar ou sacral desencadeiam quadros de paraplegias e acarretam comprometimentos motores e/ou sensitivos em tronco e pernas ou apenas nas pernas. As lesões no nível da coluna cervical acarretam casos de tetraplegia, comprometem funções motoras e/ou sensitivas com repercussões nos braços, tronco e pernas e a integridade física de forma geral (MENDES, 2007).

Então, a casuística deste estudo evidenciou que a maioria dos entrevistados era classificada como paraplégicos (76,4%) e os 23,6% restantes eram classificados como tetraplégicos. Assim, a etiologia dos mecanismos de trauma foi semelhante em dois estados brasileiros, corroborando os dados desta pesquisa.

Na pesquisa de Campos, Ribeiro, Listik *et al.*, (2008) que consideram o segmento vertebral toracolombar o mais acometido e constitui 64% das lesões, enquanto as lesões cervicais perfizeram 36%. Nesse mesmo sentido, Frison, Teixeira, Oliveira *et al.*, (2013) citam que os níveis da coluna vertebral mais acometidos foram também foram o lombar, o torácico, o cervical e o sacral.

De acordo com a ASIA, em relação ao nível de lesão, foi classificada a lesão incompleta como a que mais prevaleceu (60%) e classificada como lesão completa os 40% restantes. A maior prevalência de lesão incompleta também foi encontrada na pesquisa realizada em Porto Alegre, na qual 142 (10,7%) apresentavam diagnóstico de LM (FRISON, TEIXEIRA, OLIVEIRA *et al.*, 2013).

É relevante destacar que nos EUA, no ano 2005, as tetraplegias incompletas representavam 39,5%, seguidas das paraplegias completas (22,1%), paraplegias incompletas (21,7%) e, por último, a tetraplegia completa (6,3%). Naquele país, ao menos nos últimos 15 anos, tem aumentado a participação de tetraplegias incompletas e, conseqüentemente, diminuído a das paraplegias e tetraplegias completas.

Quanto ao tempo de lesão e devido a o estudo ser realizado em um hospital de urgência e emergência, observou-se que a maioria dos entrevistados possuía pouco tempo de lesão; 96,4% menos de seis meses e, talvez por esse motivo, ainda não lidavam adequadamente com as alterações desenvolvidas em decorrência da LM. Apenas 3,6% viviam com a lesão há mais de seis meses e esses estavam internados por outros motivos no período de coleta. Infelizmente, nessa fase, observamos que alguns pacientes com lesão não estavam

informados das sequelas e depositavam a esperança de voltar a andar após cirurgia de artrodese de coluna.

O aumento do tempo de internamento decorreu da espera para realizar cirurgias como a artrodese de coluna, correções cirúrgicas de fraturas, limpezas cirúrgicas, dentre outras. Verificou-se um tempo de internamento relativamente alto; 46,8% entre um e dois meses e 13,0% há mais de dois meses internados; 25,9% passaram menos de um mês hospitalizados e 14,8% até um mês. Também se verificou esse alto tempo de internação na pesquisa de Carvalho; Darder; Reis *et al.*, (2013), na qual o período de hospitalização variou de 12 a 58 dias, com a média de 31 dias de internação para os pacientes brasileiros; essa mesma pesquisa verificou que o tempo de internação nos doentes portugueses variava de 10 a 15 dias.

Verificou-se também que 52,7% não tinham realizado intervenções cirúrgicas e que 47,3% realizaram algum tipo de cirurgia. Dos que realizaram intervenções cirúrgicas, 80,8% realizaram artrodese de coluna e 19,2% realizaram outros procedimentos como cervicotomia (3,8%), correção de fratura de membro inferior direito (3,8%), limpeza de úlcera por pressão (7,7%) e toracotomia (3,8%).

Apesar de ser difícil mesurar e avaliar os aspectos relacionados à espiritualidade, religiosidade e crenças como influenciadores na melhoria do estado de saúde, a comunidade científica reconhece-os como tais e sempre se refere à necessidade de novas pesquisas nessa área.

O instrumento de WHOQOL-SRPB permitiu conhecer a influência desses aspectos na QV de pessoas com lesão medular durante a hospitalização e depois da alta, em seu domicílio. Sabe-se também que é um tema bastante discutido no cuidado holístico, porém sua aplicação ainda não ocorre com frequência significativa. No caso da LM, torna-se evidente a necessidade do apoio relacionado ao psicológico, emocional e espiritual.

Em um estudo sobre QV em pessoas com lesão medular, no qual foi aplicado o instrumento da OMS, o WHOQOL - Bref, os domínios meio ambiente e físico obtiveram os piores escores de avaliação e os domínios psicológicos e de relações sociais obtiveram os escores mais elevados na avaliação. Na avaliação do domínio psicológico, demonstrou que os entrevistados se apoiam em crenças pessoais, espiritualidade e religião, aceitam sua aparência

física mantêm a autoestima e a capacidade de pensar, aprender e se concentrar (BAMPI; GUILHEM; LIMA, 2008).

No que se refere aos escores médios de cada dimensão, em uma escala de variação entre 1 e 5, variaram de 3,4 (mínimo) a 4,3 (máximo), apresentaram pequenas diferenças médias entre as fases hospitalar e domiciliar. A dimensão *Paz interior* não se modificou em termos de valores médios com a mudança do ambiente.

Como já explicitado na metodologia, os escores dos domínios são calculados por meio da soma dos escores das “n” facetas que compõem cada domínio, dividida pelo número de facetas do domínio. O resultado é multiplicado por quatro, sendo estes expressos em uma escala de 4 a 20 (PEDROSO; GUTIERREZ; PICININ, 2012). Nesta pesquisa, o escore global manteve-se em 15, a representar que a síntese de todas as dimensões não se modificou em ambas as faces do estudo.

Em relação à identificação das dimensões relacionadas à espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais adotadas pelos pacientes como estratégias para melhoria da sua qualidade de vida, nesta dissertação confirmam-se os altos escores obtidos nos domínios da WHOQOL- SRPB em ambas as fases, nas quais os domínios que mais se destacaram foram os relacionados à *Esperança e otimismo*, *Força espiritual* e *Fé*.

As medidas descritivas para cada dimensão, nas duas fases do estudo, os valores médios foram verificados e demonstraram, por meio do teste de Wilcoxon, que apenas as dimensões *Sentido da vida* e *Força espiritual* apresentaram diferenças estatisticamente significantes quando mensuradas no ambiente hospitalar e no domiciliar (valor de $p \leq 0,05$); as outras dimensões mantiveram-se inalteradas no domicílio.

Podemos observar, com relação aos valores das dimensões *Conexão com o ser ou força espiritual*, que esse domínio aborda o quanto a conexão com Deus auxilia na resolução de problemas ou no confronto de momentos difíceis. O valor mediano variou muito pouco durante as fases, nas quais a fase hospitalar teve 3,8 enquanto na fase domiciliar foi reduzido para 3,5.

Na dimensão *Sentido da vida*, no qual se faz referência ao nível com o qual o indivíduo enxerga um sentido em sua vida, os escores mantiveram o valor mediano em 4 nas

fases hospitalar e domiciliar, entretanto, apresentaram expressiva variação interquartilica no domicílio; essa variação se mostrou estatisticamente significativa (valor de $p = 0,052$). Esse sentido na vida vem da vontade de dar continuidade a um processo de busca da independência e autonomia.

Em contrapartida, os autores Schoeller, Bitencourt, Leopardi *et al.* (2012) referiram que a capacidade de tocar a vida após a lesão varia muito para cada pessoa. Um ponto comum entre todos do seu estudo foi o isolamento social, ao menos no início da nova vida. Alguns, com o avanço da idade e de tempo de lesão, foram se adaptando à nova vida, reinsertando-se na vida social. Outros, por diversas razões, ainda optam por não sair de casa, acirrando o isolamento que a sociedade excludente em que vivemos impõe.

No estudo qualitativo sobre como encontrar um sentido na vida após a LM, observa-se que apesar das dificuldades decorrentes das transformações, não apenas na vertente física, mas em diversas vertentes da vida humana como a psicológica, a emocional e a espiritual, o estudo demonstra que o autocontrole e a autoconfiança permitem superar as dificuldades, acreditar que a mudança é uma oportunidade de crescimento pessoal e não uma ameaça à vida e desse modo, aceitar certa imprevisibilidade da vida (AMARAL, 2009).

A dimensão *Admiração* é referente à capacidade de admirar e apreciar as coisas que estão ao redor do indivíduo, de forma a inspirar-lhe a viver. O estudo apresentou expressiva variabilidade no padrão das respostas no ambiente hospitalar, manteve o valor mediano em 4 entre as fases e apresentou redução na variação entre os quartis no ambiente domiciliar.

Durante o estudo de construção do constructo SRPB os mostra que dentre os pacientes estudados, recuperados de alguma doença, surgem maior sentimentos de admiração após terem tido uma doença séria (FLECK *et al.*, 2013). Esse sentimento de admiração também pode ainda estar presente no momento da doença, principalmente em pessoas com LM, no qual os pacientes terão que conviver com a deficiência. Acredita-se que a capacidade de admiração pode facilitar o processo de reabilitação, por meio da vontade de viver.

Na dimensão *Totalidade e integração*, busca-se saber sobre o sentimento de equilíbrio entre a mente, o corpo e a alma, de forma a criar harmonia entre as ações, pensamentos e sentimentos do indivíduo. Neste estudo, essa faceta apresentou variações no

valor mediano entre as fases; a mediana foi 3,8 no ambiente hospitalar e no domicílio 4,0, nesse último ocorreu aumento da frequência de valores abaixo da mediana. Acredita-se que o ambiente domiciliar facilita essa harmonia, em razão de a pessoa sentir-se em um ambiente de confiança, o que possibilita melhor integração entre seu corpo e mente.

Ressaltando o que foi discutido no artigo sobre a explicação do significado do WHOQOL-SRPB, vale destacar que algumas das facetas incluídas no instrumento, como sentido da vida, admiração, totalidade/integração e esperança/otimismo, têm sido associadas ao envolvimento religioso, mas não são religiosidade e espiritualidade em si (FLECK; SKEVINGTON, 2007).

Na dimensão *Força espiritual* se avalia a presença de força espiritual interna e até que ponto essa força ajuda a melhorar a vida do indivíduo em épocas difíceis. Essa dimensão mantém o valor mediano em 4 com a mudança de ambiente, entretanto, apresenta expressiva variação dos valores abaixo da mediana no domicílio e apresentou diferenças estatisticamente significantes (valor de $p=0,049$).

Em uma revisão realizada por Caldeira, Branco, Vieira (2011), a espiritualidade é uma dimensão intrínseca ao ser humano, quer esse se assuma vinculado a uma religião convencional ou não, pois pode ser vivenciada em múltiplas vertentes e não apenas na religiosa. No primeiro artigo encontrado nesta revisão, Serralheiro define-a como:

“uma força viva no interior de cada um de nós que nos leva a uma maior plenitude de vida. É a resposta única e pessoal aos apelos da autenticidade e à ultrapassagem da banalidade. A espiritualidade é a situação de toda a pessoa humana que procura autenticidade face a si própria, aos outros e à vida, é o sentido profundo dos acontecimentos da sua vida pessoal, da vida dos outros e da história. Esta procura de autenticidade é a força interior que permite unificar e dar um sentido definitivo à existência” (CALDEIRA, BRANCO, VIEIRA 2011 *apud* SERRALHEIRO, 1993, p. 20).

Em relação à dimensão sobre a *Paz interior*, a qual evidencia o nível de paz e harmonia com o qual o indivíduo consegue viver, apresentou variações no ambiente hospitalar; a mediana foi 3,8 e a domiciliar 4,0. Pode-se observar uma redução da variação

entre os quartis e maior concentração dos valores abaixo da mediana no domicílio. Sabe que o ambiente domiciliar é mais agradável e confortável, possibilitando, assim, o aumento da mediana. A pesquisa de Oliveira (2008) sobre A mulher com lesão medular e a sexualidade, sociopoetizando o cuidado clínico de enfermagem, de natureza qualitativa, mostra que arte, paisagens e imagens da natureza transmitem paz, tranquilidade, serenidade e desejo de viver.

O sentimento de *esperança e otimismo* que o indivíduo possui com relação à melhoria da sua vida mantém o valor mediano em 4; após mudança de ambiente aumenta a frequência de valores acima da mediana. Esses dados corroboram o estudo de Amaral (2009), no qual as pessoas com lesão medular citam que a esperança ajudou a desenvolver um sentido positivo na nova fase da vida, a despeito de a pesquisa ser qualitativa.

Os autores Cerezetti, Nunes, Cordeiro, Tedesco (2012), em um estudo sobre a lesão medular traumática e estratégias de enfrentamento, encontraram resultados que demonstram uma preocupação em relação ao tema impacto emocional, ao mesmo tempo em que representa a ideia de características pessoais prévias para o enfrentamento ativo, principalmente da fase aguda da reabilitação. O texto aponta para uma conclusão importante sobre a aquisição de limitação física em uma fase do desenvolvimento físico, psíquico e social exige cuidado e atenção aos aspectos emocionais e adaptativos do sujeito.

E na última dimensão, *Fé*, avalia o quanto essa conforta e fortalece o dia a dia do indivíduo, melhora o seu bem-estar e a forma com a qual esse aproveita a vida, ocorre aumento do valor mediano do ambiente hospitalar para o domicílio, de 4 para 4,2 respectivamente. Entretanto, ocorre aumento da frequência de valores abaixo do valor mediano no domicílio. Esses dados são confirmados no estudo de Vosgerau (2012), o qual utilizou o instrumento do WHOQOL, em que a maior parte os entrevistados apresentou escores elevados quanto à religião, à espiritualidade e crenças pessoais; o domínio com maior prevalência foi a presença de fé e o menor, sentido de vida.

Nesse estudo, como resultado da avaliação da consistência interna das respostas aos itens da escala WHOQOL-SRPB por meio da aplicação do coeficiente de Alfa Cronbach global, foram encontrados valores de 0,95 na 1ª fase e de 0,92 na 2ª fase, apresentando, portanto, uma excelente consistência interna entre as respostas da escala. Esses dados corroboram os encontrados no estudo de validação da escala, no qual as análises de consistência interna atestaram fidedignidade e validade de constructo. O α de Cronbach para

todas as facetas do WHOQOL-SRPB foi de 0,72 a 0,95 (quatro itens cada), para o índice domínio SRPB-Geral foi $r = 0,96$ (32 itens) e o estudo sobre análise psicométricas da versão portuguesa do WHOQOL- SRPB também demonstrou que os valores de consistência interna por dimensão são aceitáveis, ficando muito próxima da pesquisa de validação e dessa pesquisa (PANZINI *et al.*, 2011, MENESES; MIYAZAKI; RIBEIRO, 2013).

No estudo piloto da WHOQOL SRPB Group (2006), os resultados mostraram que SRPB foi altamente correlacionada com todos os domínios do WHOQOL ($p < 0,01$), embora as correlações mais fortes tenham sido com os domínios psicológico e social e qualidade de vida em geral e a análise psicométrica preliminar demonstrar correlações entre as facetas entre 0.51 e 0.91 e alfa total = 0.91. Outra pesquisa sobre as estratégias de enfrentamento adotadas por pessoas com LM demonstrou que as associações entre estratégias de enfrentamento, analisadas por meio da correlação de Spearman, evidenciam correlação moderada entre busca de suporte social e religiosidade/pensamento fantasioso (Vera; Araújo, 2011). Nesta dissertação verificaram-se as relações entre as dimensões da escala WHOQOL-SRPB nas fases de hospitalização e domiciliar, por meio da correlação de Spearman, a qual mostrou que os domínios apresentaram correlação fraca a moderada.

O objetivo referente à verificação da relação entre a religião e a frequência de participação com as dimensões da WHOQOL-SRPB, durante a hospitalização e no domicílio, somente foram identificadas pessoas que participam da religião católica ou evangélica. É importante salientar que este módulo não é dirigido a qualquer religião específica, mas a todas as formas de espiritualidade, praticada ou não por meio de religiões formais. Para os que não são afiliados a religião alguma ou dimensão espiritual, o domínio deve referir-se a crenças ou códigos de comportamento (WHO, 1998). Diante disso, nota-se que as respostas entre os domínios da escala e os tipos de religiões mantiveram-se muito parecidas com as dos pacientes que referiram não ter religião, fato demonstrado nos resultados em que os escores, tanto entre católicos, evangélicos e sem religião mantiveram-se muito parecidos.

Em relação à frequência da participação, em ambas as religiões certifica-se que os que participam *semanalmente* de atividades religiosas têm escore maior nas dimensões *Conexão com o ser* ou *força espiritual*; na fase hospitalização, os católicos tiveram aumento do escore da fé e, na fase domiciliar, os evangélicos tiveram aumento do escore na dimensão *Admiração*. A frequência parece pequena para católicos que participam *quinzenalmente* das

atividades; os escores medianos estão muito próximos em quase todas as dimensões. Chama a atenção que, nessa fase, a dimensão *Conexão com o ser* ou *força espiritual* apresenta valores medianos relativamente mais baixos.

A frequência religiosa também esteve consistentemente associada à melhor saúde física. Em relação à saúde mental, estiveram associados a menor depressão e maior QV cinco estratégias de CRE positivo, frequência religiosa e duas estratégias de *coping* não-religioso mais saudáveis/positivas: aceitação e receber suporte social/emocional (PANZINI; ROCHA; BANDEIRA; FLECK, 2007).

Observa-se também que as medidas descritivas dos escores das dimensões da escala WHOQOL-SRPB de pessoas sem religião, em que se obteve mediana em torno de 4 na fase de hospitalização, as *dimensões Sentido na vida, Paz interior e Fé* obtiveram mediana 4 durante a primeira fase do estudo, enquanto os outros domínios ficaram com mediana um pouco acima de 3,5 e abaixo de 4. Durante a segunda fase do estudo, no domicílio, as pessoas que não frequentam religião algumas mantiveram mediana abaixo de 4 na maioria dos domínios e no domínio da *Fé* observa-se que a mediana de 4 foi mantida na fase de hospitalização, no entanto, ocorreu diminuição da mediana da dimensão *Paz interior e Conexão com o ser ou Força espiritual* quando comparadas as duas fases.

Acredita-se que essas pessoas, apesar de não praticarem uma religião, têm alguma crença, em razão de os escores dessas pessoas apresentarem conformidade com os escores das pessoas com religião. Vale salientar que, no estudo do desenvolvimento da WHOQOL-SRPB, os autores concluíram que o instrumento, pela sua escala de respostas, prevê que o indivíduo possa encontrar uma resposta que represente a não importância do item em sua vida, o que oferece a possibilidade de quantificação da ausência de crenças (FLECK; BORGES; BOLOGNESI; ROCHA, 2003).

Portanto, propicia que pessoas não religiosas nem espiritualizadas, respondam ao instrumento pelo fato de possuírem, em geral, um princípio ou filosofia de vida, muitas vezes baseado em código moral/ético ou na fé em algo (por exemplo, na ciência), que fortemente embasa/estrutura suas vidas - similarmente ao que pode propiciar a religião/espiritualidade (PANZINI; ROCHA; BANDEIRA; FLECK, 2007).

Apesar de este estudo ter ocorrido em duas fases, o tempo foi curto para coleta de dados e a maioria dos entrevistados ainda se encontrava na fase aguda da lesão medular, o que pode justificar os achados e mostrar que os pacientes com lesão medular obtiveram alto escore na QV referente à aplicação dos domínios da WHOQOL-SRPB, principalmente nos domínios relacionados à *esperança e otimismo, força espiritual e fé*. A fase de negação, segundo Cerezetti, Nunes, Cordeiro, Tedesco (2012) é o momento em que a pessoa começa a perceber a realidade, porém, distorce-a e mantém a crença na recuperação total. Nesse momento, espera-se que a equipe compreenda o paciente, respeite-o e forneça informações que o conscientizem para o processo de reabilitação.

Diversas pesquisas vêm apontando que o fortalecimento do bem-estar espiritual pode auxiliar na redução da angústia relacionada a doenças. Estudos realizados com pessoas portadoras de outras doenças reforçam a necessidade do cuidado de enfermagem voltado para a religião e a espiritualidade. No estudo de Nascimento, Oliveira, Moreno e Silva (2010), constata-se que favorecer o bem-estar global de crianças e adolescentes com câncer e suas famílias constitui-se uma das metas da enfermagem. A religião e a espiritualidade são fontes de conforto e esperança e têm auxiliado na melhor aceitação da condição crônica da criança e do adolescente. Na pesquisa de Hoffmann, Müller, Rubin (2006), os profissionais de saúde precisam ter ciência da responsabilidade sobre o acolhimento contínuo às pacientes com câncer de mama, compreendendo-as como um ser integral, em seus aspectos biopsicossocial e espiritual.

Diante do exposto e concordando com Souza (2006), é importante ressaltar que o cuidado espiritual deve ser oferecido de maneira respeitosa para com as subjetividades e todas as formas de expressões da espiritualidade do ser humano, sejam elas evidenciadas pelo contato com a natureza, pela expressão da criatividade, do uso da intelectualidade, das manifestações religiosas, da manifestação da caridade e do amor. O enfermeiro também deverá estar atento para evitar áreas de atrito no que concerne às diferenças de credo e religião e lembrar que, nos momentos de dor e dificuldade, as manifestações verdadeiramente compreendidas pelo homem são aquelas impregnadas de carinho, amor, afeto, interesse genuíno e empatia.

Outro fato em questão é a postura ainda insegura do enfermeiro diante do tema. Muitas dificuldades são apontadas pelos profissionais para a abordagem do assunto, inclusive

a falta de conhecimento e inabilidade para lidar com esse, mas há que se reconhecer a posição privilegiada da equipe de enfermagem para isso, por estar sempre próxima de seus clientes (NASCIMENTO, OLIVEIRA, MORENO E SILVA, 2010).

6 CONCLUSÕES

Esta pesquisa permitiu conhecer a influência da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais durante a hospitalização e no domicílio, a partir da aplicação do instrumento WHOQOL-SRPB.

Possibilitou traçar os perfis sociodemográfico e clínico a qual demonstrou que a maior prevalência de pessoas com lesão medular são os jovens e do sexo masculino. Nota-se que a maioria procedeu do interior do estado. Os principais acompanhantes eram membros da família e foram destacados como companheiro ou companheira, pai ou mãe, filha ou filho, dentre outros parentes. No concernente à situação ocupacional, a maioria dos participantes relatou estar trabalhando, fato justificado devido ao perfil ter sido traçado durante a hospitalização. Em relação à renda, a maioria referiu ter renda *per capita* de um salário.

Ao analisar a escolaridade, observa-se que os participantes apresentaram baixa a média escolaridade, pois as pessoas que participaram do estudo tinham cursado apenas o ensino fundamental e médio; infelizmente ainda foi registrada uma pequena porcentagem de pessoas analfabetas, as quais foram incluídas na amostra pelo fato de não prejudicar o tamanho da população estudada, porém, sabe-se que mesmo representando parcela relativamente expressiva da população brasileira, especialmente em algumas regiões e microrregiões, a inclusão de indivíduos analfabetos traz o risco de respostas imprecisas e pouco confiáveis, por se tratar de um conjunto relativamente grande de instrumentos de autoavaliação.

No que diz respeito aos dados clínicos, neste estudo se identificou que as principais causas da LM são decorrentes dos acidentes e violência, destacando-se os acidentes automobilísticos e as perfurações por arma de fogo. No que concerne ao tipo, pode-se evidenciar que predominou a paraplegia, porém, houve a participação de pessoas com tetraplegia. Em relação ao nível de lesão, classificada de acordo com a ASIA, a maioria dos participantes apresentava lesão incompleta.

Levando-se em consideração a identificação das dimensões relacionadas à

espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais adotadas pelos pacientes como estratégias para melhoria da sua QV, esta dissertação confirma os altos escores obtidos nos domínios da WHOQOL-SRPB, em ambas as fases, nas quais os domínios que mais se destacaram foram os relacionados à *Esperança e otimismo, Força espiritual e Fé*.

A relação entre as dimensões da WHOQOL-SRPB, durante a hospitalização e no domicílio, verificou-se que apenas as dimensões *Sentido da vida e Força espiritual* apresentaram diferenças estatisticamente significantes e as outras dimensões mantiveram-se inalteradas no domicílio. O escore global manteve-se em 15, a representar que a síntese de todas as dimensões não se modificou.

Acredita-se que os escores mantiveram-se inalterados na fase domiciliar em razão de os pesquisados ainda estarem vivendo na fase aguda da LM, na qual a adaptação do novo estilo de vida ainda não aconteceu por completo e por alguns ainda estarem passando pelo processo de reabilitação. Temos ainda que salientar as dificuldades enfrentadas na inserção dessas pessoas em programa de reabilitação, tendo em vista que muitas vezes essas dificuldades são causadas por complicações provenientes da LM, como as úlceras por pressão e infecções.

O objetivo referente à verificação da relação entre a religião e a frequência de participação com as dimensões da WHOQOL-SRPB durante a hospitalização e no domicílio, identificaram-se somente pessoas que participam da religião católica ou evangélica e a frequência de participação variou entre pessoas que frequentam *semanalmente, quinzenalmente e mensalmente*. Porém, nas duas fases e em ambas as religiões, os escores da escala mantiveram-se quase sem alterações, a demonstrar que os aspectos abordados nessa escala independem da religião.

Outro fato de relevância é o escore das respostas de pessoas que citaram não fazer parte de nenhuma religião ser tão parecido com os escores das pessoas com religião. Essa conclusão não pode ser totalmente confirmada devido à quantidade de pessoas sem religião ser bem menor. No entanto, atribui-se a isso o fato de que a espiritualidade e as crenças podem ou não estarem ligadas a uma religião.

Destaca-se que o resultado da avaliação da consistência interna das respostas aos itens da escala WHOQOL-SRPB apresentado mostrou ter excelente consistência interna entre

as resposta da escala. A correlação de Spearman das dimensões dos itens da escala WHOQOL – SRPB entre as fases de hospitalização e domiciliar de pessoas com o diagnóstico mostrou que os domínios apresentaram correlação fraca a moderada.

Esses resultados confirmam que os aspectos da espiritualidade, religiosidade e crenças apresentam um escore alto durante o processo de doença e ajudam as pessoas na situação de enfrentamento dessa, o que é confirmado na pesquisa Panzini; Rocha; Bandeira; Fleck (2007), os quais reforçam que a presença de uma doença pode estar associada à piora na maioria dos domínios de QV, exceto no domínio SRPB.

A respeito da QV, pode-se ver que a presença de doença crônica pode ser associada com piora na maioria dos domínios, exceto o domínio de SRPB. Fato esse confirmado também na pesquisa de ROCHA, FLECK (2010), na qual demonstraram que os escores também são mais elevados em pessoas doentes. Esse achado sugere que o domínio de SRPB pode não ser apropriado para demonstrar as diferenças entre os indivíduos saudáveis e os doentes.

A respeito da modificação dos escores quando comparamos a duas fases desde estudo, observou-se que somente ocorreram modificações nos domínios *sentido na vida e força espiritual*, fato esse justificado devido à mudança de ambiente, à volta para casa, leva a reflexão de uma nova vida, onde na maioria dos casos se deparam com diversas dificuldades, relacionadas aos aspectos socioeconômicos, como também os aspectos psicológicos, pois sua rotina doméstica encontra - se completamente modificada devido à lesão medular.

Durante a realização deste estudo, surgiram algumas dificuldades e fragilidades. A principal fragilidade foi em decorrência da não aplicação em conjunto com outros instrumentos que avaliam outros domínios da QV, a exemplo da WHOQOL- Bref, para associação dos domínios SRPB com os demais domínios.

Apesar do número de pessoas entrevistada nessa pesquisa ter alcançado o cálculo previsto na amostra, pode se observar que o número de entrevistados poderia ter sido maior, já que não foi possível entrevistar os pacientes que ainda se encontravam internados na emergência e nas unidades de terapia intensiva, respeitando os critérios de inclusão do estudo. Durante a busca nas unidades de internação, verificou-se a média de 10 pacientes internados com TRM e com mandado judicial; esses foram excluídos devido à impossibilidade de

participarem da segunda fase do estudo.

Vale salientar, que também ocorreu uma relativa recusa a participar da pesquisa após a explicação dos objetivos dessa, observou-se que dessas pessoas, umas eram jovens demais (menores de 18 anos) e outras não praticavam nenhuma religião ou ainda estavam muitos revoltados com sua situação.

Dos pacientes que aceitaram participar, os mais jovens, os que não praticam nenhuma religião e os com nível de escolaridade muito baixo demonstraram mais dificuldade e solicitaram ajuda para interpretar as perguntas; aqui também se enquadram pacientes que tiveram dificuldades em compreender as perguntas dos domínios da Whoqol-SRPB.

Na segunda fase do estudo houve dificuldade de contato; os telefones encontravam-se desligados ou fora de área e foi necessário realizar várias tentativas em dias e horários diferentes. Infelizmente, nessa fase, também houve descontinuidade por falecimento de dois participantes; a esposa e a irmã informaram a pesquisadora dos óbitos durante o contato para reaplicar o instrumento.

Em compensação, os pontos facilitadores foram relativos ao ambiente hospitalar de realização do estudo ser familiar para a pesquisadora, o que facilitou a investigação dos pacientes, como também a disposição dos profissionais da instituição para acolher e ajudar a identificá-los. Encontraram-se também pessoas mentalmente espirituosas e otimistas, o que facilitou a aplicação da escala. Ainda assim, observou-se dificuldade dos profissionais de enfermagem para lidar e compreender os aspectos relativos à religião e à espiritualidade como modos de enfrentamento das doenças.

Almeja-se, portanto, que a instituição no qual esse estudo foi realizado, possa investir em seus profissionais e em grupos de apoio espiritual e religiosos para que realize uma assistência voltada para a espiritualidade, apoiando assim os pacientes a superarem o trauma tão inesperado, de forma a promover o apoio emocional, diminuindo ou até mesmo evitando, os transtornos de humor com as depressões.

Torna-se, portanto, evidente a relevância atuação da equipe de enfermagem, principalmente da enfermeira, não unicamente nos cuidados físicos, devendo realizar assistência de qualidade, também nos aspectos psicossociais e espirituais, haja vista que

estamos presentes vinte e quatro horas durante a assistência, tendo, portanto a oportunidade de conhecer, identificar e avaliar as necessidades dos pacientes em diversos aspectos.

Espera-se que este estudo possa despertar os profissionais da saúde, principalmente os enfermeiros, para a relevância do cuidado espiritual e emocional das pessoas que se encontram hospitalizadas por LM. Considera-se também de extrema importância lembrarem-se sempre de evitar a imposição de sua prática religiosa ao usuário, sob o risco de prejudicar a relação profissional-paciente e o respeito que deve ser mutuamente mantido.

]

7 SUGESTÕES

Sugiro, então, que essa pesquisa seja realizada tanto com pessoas na fase crônica da LM quanto após um ano do seu diagnóstico e em conjunto com outros instrumentos sobre qualidade de vida, que possibilite a associação dos diversos domínios da qualidade de vida com o domínio da espiritualidade, religião e crenças. Como exemplo pode ser utilizado, os instrumentos da OMS, a WHOQOL-Bref, WHOQOL-100 ou WHOQOL-DIS (adultos portadores de deficiência física e/ou intelectual).

Recentemente, em nosso grupo de pesquisa (Nupen) e no programa de mestrado da Universidade Federal do Ceará, foi traduzida e adaptada um instrumento sobre qualidade de vida em pessoas com lesão medular, a *Quality of Life Index Spinal Cord Injury Version III*, ele demonstrou ser um instrumento adequado do ponto de vista semântico, idiomático, experimental e conceitual, além de fácil aplicação para avaliar a QV destes pacientes, onde foi possível abordar todos os domínios que englobam a QV, como família, a saúde e funcionamento, em relação à economia e social e as questões psicológicas e espirituais.

Portanto, incentiva-se a realização de futuras pesquisas, associando a Whoqol – SRPB com a *Quality of Life Index Spinal Cord Injury Version III*, após a realização da validação brasileira da mesma, já que visa avaliar a QV especificamente em pessoas com LM.

Para a instituição, no qual foi desenvolvido esse trabalho, sugiro que os gestores possam investir em seus profissionais, sempre capacitando-os principalmente na parte de humanização, para que eles possam prestar uma assistência de qualidade, envolvendo os aspectos psicossociais e espirituais. Também deve investir em grupos de apoio religiosos, que possam realizar apoio religioso e espiritual especializados. Pode também ser resgatado o ambiente destinado a momentos religiosos e espirituais, já existente na instituição, porém encontra-se em desuso, para que os pacientes e seus familiares cuidadores, possam ter momentos de apoio psicológico e espiritual em um ambiente tranquilo e sereno.

Outra questão relevante para sugerir, é a integração da espiritualidade nos currículos de formação em enfermagem, para que a prática do enfermeiro seja influenciada pelas suas experiências desde o início de sua formação, por constituir-se um caminho possível

de melhoria da qualidade da prestação de cuidados de enfermagem e uma oportunidade de desenvolvimento espiritual e competências na prestação de cuidados espirituais. Para que todos os profissionais tenham capacidade de identificar os pacientes com necessidades espirituais e possam intervir nesses aspectos com segurança e/ou solicitar ajuda de pessoas que prestam assistência religiosa.

REFERÊNCIAS

- ALVES, A. L. A. et al. Qualidade de vida de vítimas de trauma seis meses após a alta hospitalar. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.1, p.155-60, 2009.
- AMARAL, Maria Teresa Mendonça Pinto. Encontrar um novo sentido da vida: um estudo explicativo da adaptação após lesão medular. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n.3, p. 573-580, 2009.
- BAMPI, L. N. S.; GUILHEM, D.; LIMA, D.D. Qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática: um estudo com o WHOQOL-Bref. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.11, n.1, p. 67-77, 2008.
- BENKO, M. A.; SILVA, M. J. P. Pensando a espiritualidade no ensino de graduação. **Rev. Latino American de Enf.**, Ribeirão Preto, v.4, n. 1, p. 71-85, 1996.
- BERTO, C. D.; BARRETO, D. B. M. Pessoas com lesão medular traumática: as alterações biopsicossociais e as expectativas vividas. **Unoesc & Ciência - ACHS**, Joaçaba, v. 2, n. 2, p. 174-183, jul./dez. 2011.
- BOFF L. **Espiritualidade**: um caminho de transformação. Rio de Janeiro: Sextante, 2001.
- BOUSSO, R. S.; POLES, K.; SERAFIM, T. S.; MIRANDA, M. G. Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença. **Rev. esc. Enferm.**, USP, São Paulo, v. 45, n.2, p. 397-403, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº. 466/2012. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2003. Disponível em URL: <http://conselho.saude.gov.br>. Acesso em: dezembro de 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 69
- BRILLHART, B. Study of spirituality and life satisfaction among persons with spinal cord injury. **Rehabil Nurs.**, v.30, p. 31-4, 2005.
- BRUNOZI, A. E.; SILVA, A. C.; GONÇALVES, L. F., VERONEZI, R. J. B. Qualidade de Vida na Lesão Medular Traumática. **Rev. Neurocienc.**, v.19, n.1, p. 139-144, 2011.
- BRUNI, Denise Stela et al. Aspectos fisiopatológicos e assistenciais de enfermagem na reabilitação da pessoa com lesão medular. **Rev. esc. enferm. USP.**, v. 38, n.1, p. 71-79, 2004.
- BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n., p. 163-177, 2000.

CALDEIRA, S.; BRANCO, Z. C.; VIEIRA, M. A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, Série III, n.5, p.145-152, dez. 2011.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 20, v.4, p. 1088-1095, jul./ago., 2004.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, Sup 2, p. 2029-2040, 2008.

CARVALHO, Z. M. de F. et al. El cuidado de enfermería en la percepción de los familiares de personas ingresadas con lesión medular. **Enfermería Integral**, v. 85, p. 30-35, 2009.

CARVALHO, Z. M. F.; DARDER, J. J. T.; REIS, P. A. M.; MAGALHÃES, S. R.; MANIVA, S. J. C. F. Experiencing a traumatic spinal cord injury - Analysis on the view of the theory of Watson’s transpersonal caring. **J. Biomedical Science and Engineering**, n. 6, p. 14-20, 2013.

CARVALHO, Z. M. **La Lesión Medular- Manual de cuidados**. Consejo de Enfermería de La Comunidad Valenciana. Espanha: 2010.

CEREZETTI, C. R. N., NUNES, G. R., CORDEIRO, D. R. C. L., TEDESCO, S. Lesão Medular Traumática e estratégias de enfrentamento: revisão crítica. **Mundo da Saúde**, São Paulo v. 36, n. 2, p. 318-326, 2012.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

HOFFMANN, F, S.; MÜLLER, M. C.; RUBIN, R. A mulher com câncer de mama: apoio social e espiritualidade. **Advances in Health Psychology**, v. 14, n.2, p. 143-150, 2006.

FLECK, M. P. A. et al. **A avaliação da qualidade de vida**: Guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FLECK, M. P. A.; BORGES, Z. N; BOLOGNESI, G.; ROCHA, N. S. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.37, n.4, p. 446-455, 2003.

FLECK, M.P.A.; SKEVINGTON, S. Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. **Rev. psiquiatr. clín.** São Paulo, v. 34, n. 1 (sup), p. 146-149,2007.

FLECK, Marcelo Pio da Almeida. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 33-38, 2000.

FREITAS, H. M. R. et al. Método de Pesquisa Survey. Disponível em: <phinxbrasil.net.br/revista/wp-content/blogs.dir/7/files/2011/12/AR-GT-A-metodo-pesquisa-survey.pdf>. Acesso em: 23 de ago., 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Ed. Atlas, 5ª edição, 2010.

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Rev. Psiq. Clín.** São Paulo, v.34, n. 1 (sup.), p. 88-94, 2007.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

JI CHEOL SHIN, MD et al. Depression and Quality of Life in Patients within the First 6 Months after the Spinal Cord Injury. **Ann Rehabil Med**, v. 36, p. 119-125, 2012.

KOENIG, H.G. **Medicina, Religião e Saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade**. Porto Alegre: L&PM, 248p. 2012.

LOPES, E. **Construção da Identidade Pessoal em Pessoas que Sofreram Lesão Medular Traumática**: Estudo Exploratório através de Grelhas de Reportório. Braga, 2007. 316 f Dissertação (Mestrado) - Instituto de estudo da criança, Universidade do Minho.

MENDES, Liliane Gonçalves G. **Subjetividade e lesão medular**: vida que escapa à paralisia. Belo Horizonte, 2007. 157f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

MORAIS, Dionei Freitas et al. Perfil epidemiológico de pacientes com traumatismo raquimedular atendidos em hospital terciário. **Coluna/Columna** . v. 12, n.2, p. 149-152. ISSN 1808-1851.

MOREIRA-ALMEIDA A.; KOENIG, H.G. Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: a commentary on the WHOQOL SRPB group's "a cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life". **Social Science & Medicine** v. 63, p. 843–845, 2006.

NARAYANASAMY A., OWENS J. A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. **J Adv Nurs**. v. 33, n.4, p.446-55, 2001. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.2012.68.issue-8/issuetoc>. Acesso em: 25 de ago.2012.

NASCIMENTO, L. C, OLIVEIRA, F.C. S, MORENO, M.F, SILVA, F. M. Cuidado espiritual: componente essencial da prática da enfermeira pediátrica na oncologia. **Acta Paul Enferm, São Paulo**, v. 23, n.3, p. 437-40, 2010.

NASCIMENTO, L. C; OLIVEIRA, F. C. S; MORENO, M. F.; SILVA, F. M. Cuidado espiritual: componente essencial da prática da enfermeira pediátrica na oncologia. **Acta paul. Enferm**, São Paulo, v.23, n.3, p. 437-40, 2010.

National Spinal Injury Estatistical Center. *Lesión de la Medula Espinal*. Datos y cifras a la Vista. Febrero 2011. Birmingham, Alabama, USA.

OLIVEIRA, D. C. **A mulher com lesão medular e a sexualidade: sociopoetizando o cuidado clínico de Enfermagem**. Fortaleza, 2008. 113 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde) - Universidade Estadual do Ceará.

PANZINI, R. G. et al. Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.45, n.1, p. 153-165, 2011.

PANZINI, R. G; ROCHA, N. S.; BANDEIRA, D. R.; FLECK, M. P.A. Qualidade de vida e espiritualidade. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v.34, n. 1 (sup), p. 105-115, 2007.

PAULA, Darlei. Espiritualidade: uma questão de saúde? **Protestantismo em Revista**, São Leopoldo, RS, v. 27,p. 17-24, jan.-abr. 2012.

PEDRO, A. S. S. **Caracterização de adultos com lesão medular em regime de internamento**. Aveiro, 2011. 41 f. Dissertação (Mestrado)- Universidade de Aveiro Universidade.

PEDROSO, B. P.; GUTIERREZ G. L .; PICININ, C. T. Qualidade de vida, espiritualidade, religião e crenças pessoais: análise do instrumento WHOQOL-SRPB. **Rev. Eletrônica FAFIT/ FACIC.**, São Paulo, v. 03, n. 01, p. 01-12, 2012.

PERES, M. F. P. et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 34, n. 1 (sup), p. 82-87, 2007.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7 ed. São Paulo: Artmed, 2011.

Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação. Mapa da morbidade por causas externas. Disponível em:< www.sarah.br>. Acesso em: 07 de maio 2012.

ROCHA, N. S. **Associação entre estado de saúde, espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais e qualidade de vida**. Porto Alegre, 2002. 162 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

ROCHA, N. S., FLECK, M. P.A. Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v.38, n.1, p. 19-23, 2011.

SCHOELLER, S.D; BITENCOURT, R.N; LEOPARDI, M.T; et al. Mudanças na vida das pessoas com lesão medular adquirida. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 14, n.1, p. 95-103, 2012. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a11.htm>. Acesso em: jan. 2014.

SOUZA, J. R. **A dimensão espiritual no cuidado de enfermagem:** vivência do estudante de graduação. Curitiba, 2006. 65 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

SOUZA, Janei Rabello de. **A dimensão espiritual no cuidado de enfermagem:** vivência do estudante de graduação. Curitiba, 2006. 65 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná.

SOUZA, J. C.; SOARES, A. S. Espiritualidade e qualidade de vida. **Rev Psiquiatr RS.**, Porto Alegre, v. 27, n.2, p. 218-219, maio/ago. 2005.

STEINER, D. L.; NORMAN, G. R. **Health Measurement Scales.** 3rd ed. Oxford: Oxford University Press, 2003.

TEIXEIRA, M. C. A. **Políticas públicas para pessoas com deficiência no Brasil.** São Paulo, 2010. 132 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

TRAUMA R RAQUIMEDULAR Padronização do exame neurológico (baseado na ASIA. Disponível em: <Cirugiadacolunavertebral.com.br>. Acessado em: 12 novembro de 2012.

VALL, J.; BRAGA, V. A. B.; ALMEIDA, P. C. Estudo da qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, v. 64, n.2b, p. 451-455, 2006.

VALL, J.; COSTA, C. M. C.; SANTOS, T. J. et al. Neuropathic pain characteristics in patients from Curitiba (Brazil) with spinal cord injury. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** v. 69, n.1, p. 64-68, 2011.

VIEIRA, S. **Estatística Básica.** São Paulo: Cengage Learning, 2012. 176p.

WHOQOL SRPB Group. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. **Soc Sci Med.** V.62, n.6, p. 1486-97. 2006.

APÊNDICE E ANEXOS



Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
Departamento de Enfermagem – UFC



APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. Dados de Identificação:

Nome (iniciais) _____

Endereço: Rua: _____ Nº _____ Bairro: _____

Município: _____ Telefone: () _____

E-mail: _____ Idade: _____ Sexo: 1. Masculino 2.

Feminino

Procedência: 1. Fortaleza 2. Outros municípios do estado. Qual?

3. Outro estado _____

Raça/cor: 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena 6. Ignorada

Escolaridade: 0. Analfabeto 1. 1ª a 4ª série incompleta do EF 2. 4ª série completa do EF 3. 5ª a 8ª série incompleta do EF 4. Ensino fundamental completo 5. Ensino médio incompleto 6. Ensino médio completo 7. Educação superior incompleta 8. Educação superior completa 9. Ignorado 10. Não se aplica

Ocupação: 1. Desempregado 2. Empregado formal 3. Empregado informal 4. Dona de casa 5. Estudante 6. Empresário/Proprietário 7. Aposentado 8. Não se aplica 9. Outros (_____)

Estado civil: 1. Solteiro 2. Casado 3. União estável 4. Viúvo 5. Separado/divorciado

Acompanhante: 1. Não 2. Sim. Se sim, quem? _____

Religião: 1. Não 2. Sim. Se sim, especificar. _____

Se vinculado a alguma religião, qual a frequência de participação:

1. Semanalmente 2. Quinzenalmente 3. Mensalmente 4. Ocasionalmente 5. Não vem participando

Renda familiar: _____ **Nº de filhos:** _____

2. Dados Clínicos

Etiologia da lesão: 1. Perfuração por arma de fogo 2. Acidente de carro 3. Acidente de motocicleta 4. atropelamento 5. Queda 6. Outros (especificar): _____

Tipo de lesão: 1. Paraplegia 2. Tetraplegia

Classificação da lesão, segundo critério da American Spinal Injury Association - ASIA:

1. lesão completa 2. Incompleta;

Tempo de lesão: 1. Menos de 6 meses 2. De 6 à 24 meses 3. Mais de 24 meses;

Realizou intervenção cirúrgica: 1. Não 2. Sim. Se sim qual?

Data de admissão: ___/___/___ Data de alta: ___/___/___ Tempo Internamento: _____



Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
Departamento de Enfermagem – UFC



APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, **Samira Rocha Magalhães**, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFC, orientada pela Prof^a Dr^a Zuila Maria de Figueiredo Carvalho, estou desenvolvendo o projeto de dissertação intitulado “Influência da espiritualidade, religião e crenças na qualidade de vida de pessoas com lesão medular”. Este tem como objetivo geral *Analisar a influência da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais na qualidade de vida de pessoas com lesão medular*. A coleta dos dados será realizada por meio da aplicação de um formulário semiestruturado.

Nesse sentido, solicito sua colaboração para participar deste estudo. Os dados obtidos serão divulgados junto à comunidade acadêmica, respeitado o caráter confidencial das identidades. Informo ainda que:

- As informações coletadas somente serão utilizadas para os objetivos específicos da pesquisa, quais sejam: Conhecer os aspectos relacionados à espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais utilizados pelos doentes como estratégias para melhoria da sua qualidade vida. Verificar os escores de QV da (WHOQOL SRPB) em indivíduos com lesão medular. Comparar os escores da WHOQOL SRPB, em pessoas com LM, da fase aguda com os da fase crônica. Associar as variáveis socioeconômicas e clínicas com os escores da WHOQOL SRPB.
- A aplicação do formulário tem como benefício o fato de que poderemos conhecer se a espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais ajudam na aceitação do seu novo estado de saúde e na sua qualidade de vida;
- O preenchimento do formulário será realizado pelo próprio participante ou pelo pesquisador, se o participante estiver com alguma impossibilidade física para responder, e a duração deste preenchimento será de 50 min, em média.
- Este instrumento será aplicado novamente em sua residência por telefone ou e-mail.
- O(a) senhor(a) terá acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para retirar eventuais dúvidas;
- O(a) senhor(a) terá o direito e a liberdade de negar-se a participar da pesquisa ou dela retirar-se quando assim desejar, sem que isto traga prejuízo moral, físico ou social;
- As informações e dados coletados serão divulgados, porém, sua identidade será mantida no anonimato, bem como qualquer informação que possa identificá-lo(a);
- O(a) participante não receberá pagamento algum para participar da pesquisa.

Para qualquer outro esclarecimento, estarei disponível no endereço: **Rua Efésio, 453 - apto 1303B; telefones: 3275-7137 e 8828-0041.**

Também informamos o telefone do **Comitê de Ética em Pesquisa: 3366- 8344.**

Este documento será emitido em duas vias; uma ficará com o sr.(a) enquanto participante e a outra ficará com a pesquisadora.

Agradecemos sua colaboração e apresentamos nossos sinceros agradecimentos.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

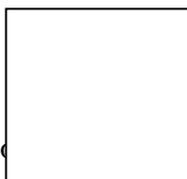
Declaro que após convenientemente esclarecido(a) pelo(a) pesquisador(a), compreendi para que serve o estudo e qual o procedimento a que serei submetido. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo.

Fortaleza, _____ de _____ de 2013. _____

Samira Rocha Magalhães

Responsável pelo Estudo

Assinatura (ou digital) do(a) voluntário



**ANEXO 1- INSTRUMENTO DE QUALIDADE DE VIDA DA ORGANIZAÇÃO
MUNDIAL DA SAÚDE - MÓDULO ESPIRITUALIDADE, RELIGIÃO E CRENÇAS
PESSOAIS (WHOQOL-SRPB, EM INGLÊS**

Faceta (fator) e itens
<p>1. Conexão a ser ou força espiritual</p> <p>Até que ponto alguma ligação a um ser espiritual ajuda você a passar por épocas difíceis? () 1 = nada; () 2= muito pouco; () 3= mais ou menos; () 4= bastante; () 5 = extremamente</p> <p>Até que ponto alguma ligação com um ser espiritual ajuda você a tolerar o estresse? () 1 = nada; () 2= muito pouco; () 3= mais ou menos; () 4= bastante; () 5 = extremamente</p> <p>Até que ponto alguma ligação com um ser espiritual ajuda você a compreender os outros? () 1 = nada; () 2= muito pouco; () 3= mais ou menos; () 4= bastante; () 5 = extremamente</p> <p>Até que ponto alguma ligação com um ser espiritual conforta/tranquiliza você? () 1 = nada; () 2= muito pouco; () 3= mais ou menos; () 4= bastante; () 5 = extremamente</p>
<p>2. Sentido na vida</p> <p>Até que ponto você encontra um sentido na vida? () 1 = nada; () 2= muito pouco; () 3= mais ou menos; () 4= bastante; () 5 = extremamente</p> <p>Até que ponto cuidar de outras pessoas proporciona um sentido na vida para você? () 1 = nada; () 2= muito pouco; () 3= mais ou menos; () 4= bastante; () 5 = extremamente</p> <p>Até que ponto você sente que a sua vida tem uma finalidade? () 1 = nada; () 2= muito pouco; () 3= mais ou menos; () 4= bastante; () 5 = extremamente</p> <p>Até que ponto você sente que está aqui por um motivo? () 1 = nada; () 2= muito pouco; () 3= mais ou menos; () 4= bastante; () 5 = extremamente</p>
<p>3. Admiração</p> <p>Até que ponto você consegue ter admiração pelas coisas a seu redor? (por exemplo: natureza, arte, música). () 1 = nada; () 2= muito pouco; () 3= mais ou menos; () 4= bastante; () 5 = extremamente</p> <p>Até que ponto você se sente espiritualmente tocado pela beleza? () 1 = nada; () 2= muito pouco; () 3= mais ou menos; () 4= bastante; () 5 = extremamente</p> <p>Até que ponto você tem sentimentos de inspiração (emoção) na sua vida? () 1 = nada; () 2= muito pouco; () 3= mais ou menos; () 4= bastante; () 5 = extremamente</p> <p>Até que ponto você se sente agradecido por poder apreciar (“curtir”) as coisas da natureza? () 1 = nada; () 2= muito pouco; () 3= mais ou menos; () 4= bastante; () 5 = extremamente</p>

4. Totalidade & Integração

Até que ponto você sente alguma ligação entre a sua mente, corpo e alma?

() 1 = nada; () 2= muito pouco; () 3= mais ou menos; () 4= bastante; () 5 =
extremamente

Quão satisfeito você está por ter um equilíbrio entre a mente, o corpo e a alma?

() 1 = nada; () 2= muito pouco; () 3= mais ou menos; () 4= bastante; () 5 =
extremamente

Até que ponto você sente que a maneira em que vive está de acordo com o que você sente e
pensa?

() 1 = nada; () 2= muito pouco; () 3= mais ou menos; () 4= bastante; () 5 =
extremamente

Quanto as suas crenças ajudam-no a criar uma coerência (harmonia) entre o que você faz, pensa
e sente?

() 1 = nada; () 2= muito pouco; () 3= mais ou menos; () 4= bastante; () 5 =
extremamente

5. Força espiritual

Até que ponto você sente força espiritual interior?

() 1 = nada; () 2= muito pouco; () 3= mais ou menos; () 4= bastante; () 5 =
extremamente

Até que ponto você pode encontrar força espiritual em épocas difíceis?

() 1 = nada; () 2= muito pouco; () 3= mais ou menos; () 4= bastante; () 5 =
extremamente

Quanto a força espiritual o ajuda a viver melhor?

() 1 = nada; () 2= muito pouco; () 3= mais ou menos; () 4= bastante; () 5 =
extremamente

Até que ponto a sua força espiritual o ajuda a se sentir feliz na vida?

() 1 = nada; () 2= muito pouco; () 3= mais ou menos; () 4= bastante; () 5 =
extremamente

6. Paz interior

Até que ponto você se sente em paz consigo mesmo?

() 1 = nada; () 2= muito pouco; () 3= mais ou menos; () 4= bastante; () 5 =
extremamente

Até que ponto você tem paz interior?

() 1 = nada; () 2= muito pouco; () 3= mais ou menos; () 4= bastante; () 5 =
extremamente

Quanto você consegue sentir paz quando você necessita disso?

() 1 = nada; () 2= muito pouco; () 3= mais ou menos; () 4= bastante; () 5 =
extremamente

Até que ponto você sente um senso de harmonia na sua vida?

() 1 = nada; () 2= muito pouco; () 3= mais ou menos; () 4= bastante; () 5 =
extremamente

7. Esperança & otimismo

Quão esperançoso você se sente?

() 1 = nada; () 2= muito pouco; () 3= mais ou menos; () 4= bastante; () 5 =
extremamente

Até que ponto você está esperançoso com a sua vida?

() 1 = nada; () 2= muito pouco; () 3= mais ou menos; () 4= bastante; () 5 =
extremamente

Até que ponto ser otimista melhora a sua qualidade de vida?

() 1 = nada; () 2= muito pouco; () 3= mais ou menos; () 4= bastante; () 5 =
extremamente

Quanto você é capaz de permanecer otimista em épocas de incerteza?

() 1 = nada; () 2= muito pouco; () 3= mais ou menos; () 4= bastante; () 5 =
extremamente

8. Fé

Até que ponto a fé contribui para o seu bem-estar?

() 1 = nada; () 2= muito pouco; () 3= mais ou menos; () 4= bastante; () 5 =
extremamente

Até que ponto a fé lhe dá conforto no dia a dia?

() 1 = nada; () 2= muito pouco; () 3= mais ou menos; () 4= bastante; () 5 =
extremamente

Até que ponto a fé lhe dá força no dia a dia?

() 1 = nada; () 2= muito pouco; () 3= mais ou menos; () 4= bastante; () 5 =
extremamente

Até que ponto a fé o ajuda a gozar (aproveitar) a vida?

() 1 = nada; () 2= muito pouco; () 3= mais ou menos; () 4= bastante; () 5 =
extremamente

Respostas em escala Likert de 5 pontos (1 = nada; 2= muito pouco; 3= mais ou menos; 4=
bastante; 5 = extremamente).

ANEXO 2 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE, RELIGIÃO E CRENÇAS NA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM LESÃO MEDULAR

Pesquisador: Samira Rocha Magalhães

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 11595013.0.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 338.980

Data da Relatoria: 15/08/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo transversal com abordagem quantitativa. A pesquisa descritiva visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática. Assume, em geral, a forma de levantamento (GIL, 2010). Para Creswell (2010) a pesquisas com levantamento apresenta uma descrição quantitativa ou numérica de tendências, atitudes ou opiniões de uma população, estudando-se uma amostra dessa população. A partir dos resultados da amostra, o pesquisador generaliza ou faz afirmação sobre a população. Será do tipo transversal porque envolve a coleta de dados em um ponto do tempo.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral será analisar a influência da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais na qualidade de vida de pessoas com lesão medular; Os Objetivos específicos são: investigar o perfil sócio-demográfico dos pacientes com LM; Conhecer os aspectos relacionados à espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais utilizados pelos doentes como estratégias para melhoria da sua qualidade vida; verificar os escores de QV da (WHOQOL SRPB) em indivíduos com lesão medular; Comparar os escores da WHOQOL SRPB em pessoas com LM na fase

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
Bairro: Rodolfo Teófilo
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 **Fax:** (85)3223-2903 **CEP:** 60.430-270
E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 338.980

aguda com os escores da fase crônica; Associar as variáveis sócio-econômicas e clínicas com os escores da WHOQOL SRPB.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não trás riscos para as pessoas envolvidas, pois trata-se de um estudo no qual serão aplicados questionários validados e compatíveis com o objeto de estudo. Segundo a pesquisadora os benefícios são: Identificar se os fatores relacionados com a espiritualidade, religião e crenças pessoais influencia na qualidade de vida de pessoas com lesão medular; Depois de identificar se esses fatores influenciam na qualidade de vida e na aceitação do novo estado de saúde, espera-se que esses resultados sirvam de subsídio para as enfermeiras elaborarem um plano de cuidado também voltado para lado emocional, espiritual e existencial das pessoas com lesão medular tanto na fase aguda como crônica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante já aprovada por este Comitê anteriormente, emenda apresentada para inclusão de bolsista para auxiliar no período de coleta de dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi apresentada a declaração de concordância assinada pelas bolsistas.

Recomendações:

não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda ao protocolo aprovada por este CEP.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 338.980

FORTALEZA, 23 de Julho de 2013

Assinador por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Dr. Fernando A. Frota Bezerra
Coordenador do Comitê
de Ética em Pesquisa
COWEP/UFCE

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: comepe@ufc.br

Página 03 de 03

ANEXO 3 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA COPARTICIPANTE

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA -
IJF/ PREFEITURA DE
FORTALEZA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE, RELIGIÃO E CRENÇAS NA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM LESÃO MEDULAR

Pesquisador: Samira Rocha Magalhães

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 11595013.0.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 348.114

Data da Relatoria: 02/08/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo transversal com abordagem quantitativa. A pesquisa descritiva visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática. Assume, em geral, a forma de levantamento (GIL, 2010). Para Creswell (2010) a pesquisas com levantamento apresenta uma descrição quantitativa ou numérica de tendências, atitudes ou opiniões de uma população, estudando-se uma amostra dessa população. A partir dos resultados da amostra, o pesquisador generaliza ou faz afirmação sobre a população. Será do tipo transversal porque envolve a coleta de dados em um ponto do tempo.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral será analisar a influência da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais na qualidade de vida de pessoas com lesão medular; Os Objetivos específicos

Endereço: Rua Barão do Rio Branco, nº 1816

Bairro: Centro

CEP: 60.025-061

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3255-5093

Fax: (85)3255-5093

E-mail: cepijf@outlook.com

**INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA -
IJF/ PREFEITURA DE
FORTALEZA**



Continuação do Parecer: 348.114

são: investigar o perfil sócio-demográfico dos pacientes com LM; Conhecer os aspectos relacionados à espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais utilizados pelos doentes como estratégias para melhoria da sua qualidade de vida; verificar os escores de QV da (WHOQOL SRPB) em indivíduos com lesão medular; Comparar os escores da WHOQOL SRPB em pessoas com LM na fase aguda com os escores da fase crônica; Associar as variáveis sócio-econômicas e clínicas com os escores da WHOQOL SRPB.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a Resolução 466/12, toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Devem ser analisadas possibilidades de danos imediatos ou posteriores, no plano individual ou coletivo. No caso deste estudo, a pesquisadora compromete-se a respeitar a dignidade, autonomia, anonimato e promover o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos ao paciente. Segundo a pesquisadora os benefícios são: Identificar se os fatores relacionados com a espiritualidade, religião e crenças pessoais influenciam na qualidade de vida de pessoas com lesão medular; Depois de identificar se esses fatores influenciam na qualidade de vida e na aceitação do novo estado de saúde, espera-se que esses resultados sirvam de subsídio para as enfermeiras elaborarem um plano de cuidado também voltado para o lado emocional, espiritual e existencial das pessoas com lesão medular tanto na fase aguda como crônica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante já aprovada por este Comitê anteriormente, emenda apresentada para inclusão de bolsista para auxiliar no período de coleta de dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi apresentada a declaração de concordância assinada pelas bolsistas.

Recomendações:

Não se aplica. Projeto já aprovado anteriormente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda ao protocolo aprovada por este CEP.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Barão do Rio Branco, nº 1816

Bairro: Centro

CEP: 60.025-061

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3255-5093

Fax: (85)3255-5093

E-mail: cepijf@outlook.com

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA -
IJF/ PREFEITURA DE
FORTALEZA



Continuação do Parecer: 348.114

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 02 de Agosto de 2013

Maria Célia de Freitas

Assinador por:
Maria Célia de Freitas
(Coordenador)

Endereço: Rua Barão do Rio Branco, nº 1816
Bairro: Centro CEP: 60.025-061
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3255-5093 Fax: (85)3255-5093 E-mail: cepijf@outlook.com

Página 03 de 03