

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE


DM

COEL/C.A.

**ESTUDO DA QUALIDADE DE VIDA
EM SUJEITOS COM
TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO**

CARLA ALEXANDRA RODRIGUES COELHO

LISBOA, 2000

 ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada
Centro de
Documentação

Registo: 14527
Data: 20.11.2003

Tel.: 21 831 17 50 • biblioteca@ispa.pt

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação
do **Prof. Doutor José Luís Pais Ribeiro**,
apresentada no **Instituto Superior de Psicologia
Aplicada** para obtenção do grau de **Mestre** na
especialidade de **Psicologia da Saúde** conforme
Portaria nº 107/97 de 17 de Fevereiro, para dar
satisfação ao ponto “b” do nº 2 do Art.º 5 do Decreto
Lei nº 216/92 de 13 de Outubro.

Para ser grande, sê inteiro: nada

Teu exagera ou exclui.

Sê todo em cada coisa: Põe quanto és

No mínimo que fazes.

Assim em cada lago a lua toda

Brilha, porque alta vive.

Ricardo Reis (1994)

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos aqueles que contribuíram para a realização deste trabalho e em especial:

- Ao Prof. Doutor Luís Pais Ribeiro pelo valioso apoio, larga disponibilidade e orientação concedida
- Ao Dr. Hasse Ferreira, Dr. Gois Horácio, Dr. Alexandre Pereira, à Dr^a. Alexandra Mendes, Dr^a. Aúrea e Dr^a. Marta de Sousa, pela disponibilidade, amabilidade, tolerância e apoio dispensados, sem os quais não teria sido possível a recolha da amostra
- A todos os traumatizados crânio-encefálicos que acederam participar no estudo
- A todos os familiares e amigos que estiveram sempre a meu lado durante as diferentes fases de execução deste trabalho

Obrigado a todos

INDICE

INTRODUÇÃO.....	1
 CAP. I- FORMULAÇÃO DA QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	
1- A Questão de Investigação.....	4
2- Objectivos do estudo.....	7
 CAP. II- RECENSÃO BIBLIOGRÁFICA	
1. Traumatismo Crânio-Encefálico	
1.1. Patofisiologia.....	9
1.2. Dados epidemiológicos e demográficos.....	13
1.3. Avaliação do Traumatismo Crânio-Encefálico.....	15
1.4. Sequelas do Traumatismo Crânio-Encefálico.....	25
1.5. A Reabilitação.....	44
2. Qualidade de Vida	
2.1. Perspectiva Histórica.....	53
2.2. Definição e Domínios de Qualidade de Vida.....	58
2.3. Avaliação da Qualidade de Vida.....	63
3. Qualidade de Vida e Traumatismo Crânio-Encefálico.....	68

CAP. III- MÉTODO

1. Tipo de estudo.....	92
2. Definição de variáveis.....	92
3. Participantes	
3.1. Seleção dos participantes.....	94
3.2. Caracterização dos participantes.....	96
4. O instrumento	
4.1. Caracterização.....	106
4.2. Administração.....	114
4.3. Cotação.....	115
5. Estatística.....	116

CAP. IV- RESULTADOS

1. Apresentação e Interpretação.....	120
--------------------------------------	-----

CAP. V- DISCUSSÃO

1. Discussão dos resultados.....	135
2. Conclusões.....	156

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

ANEXOS

ANEXO I: Protocolo

ANEXO II: Questionário utilizado na recolha de dados

LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS

Quadro 1- Escala de Coma de Glasgow.....	23
Quadro 2- Critério de Classificação da gravidade através da Escala de Coma de Glasgow (ECG).....	23
Quadro 3- Estimativa da gravidade do traumatismo baseada na Duração da Amnésia Pós-Traumática (APT).....	24
Gráfico 1- Caracterização por Sexo.....	96
Gráfico 2- Caracterização por Idade.....	97
Gráfico 3- Caracterização por Habilitações Acadêmicas.....	97
Gráfico 4- Caracterização por Estado Civil (antes e depois do T.C.E.).....	98
Gráfico 5- Caracterização por Data de Ocorrência	99
Gráfico 6- Caracterização por Idade na altura da ocorrência do T.C.E.....	100
Gráfico 7- Caracterização por Situação Profissional (antes e depois do T.C.E.).....	100
Quadro 4- Retorno ao trabalho após a ocorrência de T.C.E. por sexo.....	101
Gráfico 8- Caracterização por Causa do T.C.E.....	102
Quadro 5- Causa do T.C.E. por Idade quando do T.C.E.....	103
Gráfico 9- Caracterização por Reabilitação.....	103
Gráfico 10- Caracterização por Tipo de Reabilitação.....	104
Gráfico 11- Caracterização por Gravidade do T.C.E.....	105
Quadro 6- Informação acerca do SF-36 e a interpretação de valores altos e baixos..	110
Quadro 7- Valores de correlação de Pearson entre as Sub-Escalas de QDV e a Idade.....	120
Quadro 8- Valores da Diferença de Médias em relação às Sub-Escalas Papel Físico e Papel Emocional, tendo em consideração o Estado Civil.....	121

Quadro 9- Resultados da ANOVA nas Sub-Escalas Funcionamento Físico, Dor Corporal e Saúde Mental, tendo em consideração a Situação Profissional depois do Traumatismo.....	122
Quadro 10- Valores da Diferença de Médias em relação à Sub-Escala Funcionamento Físico, tendo em consideração o tipo de reabilitação (Fisioterapia).....	125
Quadro 11- Valores da Diferença de Médias em relação à Sub-Escala Vitalidade, tendo em consideração o tipo de reabilitação (Terapia Ocupacional).....	125
Quadro 12- Valores da Diferença de Médias em relação à Sub-Escala Saúde Geral, tendo em consideração o tipo de reabilitação (Fisiatria).....	126
Quadro 13- Valores da Diferença de Médias em relação às Sub-Escalas Família e Trabalho, tendo em consideração o tipo de reabilitação (Assistência Social).....	127
Quadro 14- Valores da Diferença de Médias em relação às Sub-Escalas Funcionamento Social, Papel Emocional, Família e Saúde Mental, tendo em consideração o tipo de reabilitação (Orientação Vocacional/ Profissional).....	128
Quadro 15- Valores da Diferença de Médias em relação às Sub-Escalas Saúde Geral e Família, tendo em consideração o tipo de reabilitação (Neuropsicologia).....	130
Quadro 16- Valores da Diferença de Médias entre sujeitos com doença e sujeitos sem doença na QDV.....	131
Quadro 17- Valores da Diferença de Médias entre mulheres com doença e mulheres sem doença nas Sub-Escalas Dor Corporal, Funcionamento Físico, Papel Físico, Saúde Geral e Saúde Mental.....	132
Quadro 18- Valores da Diferença de Médias entre homens com doença e homens sem doença nas Sub-Escalas Funcionamento Físico, Funcionamento Social, Papel Emocional, Papel Físico, Saúde Geral, Saúde Mental e Transição na Saúde.....	133

SUMMARY

The purposes of this study were to: (a) study the Quality Of Life (QOL) in patients with Traumatic Brain Injury (T.B.I.) more than a year after injury; (b) inquire the existence of statistically significant differences in QOL between participants with traumatic brain injury (n=40) and a group of subjects without disease (n=379) and (c) inquire the existence of significant differences in QOL between participants with T.B.I. and a group of subjects without disease, according to gender.

The instrument used in the study aims to describe the Health Related QOL and consists of a questionnaire based on the 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) and on the F-84 (Form of 84 items). Includes 47 items divided in 12 Sub-Scales: General Health, Health Transition, Physical Functioning, Role Functioning-Physical, Social Functioning, Role Functioning-Emotional, Bodily Pain, Vitality, Mental Health, Concentration, Family and Work.

The results showed a negative correlation between age and the sub-Scales: Vitality ($r = -0,36, p < 0,05$), Mental Health ($r = -0,32, p < 0,05$), General Health ($r = -0,37, p < 0,05$), Concentration ($r = -0,42, p < 0,01$) and Family ($r = -0,45, p < 0,05$).

The solitaires (category composed by divorced, single and widow) showed better Role Functioning-Physical and Emotional, when compared with people married/in cohabitation.

The active people under sick leave were the ones that make the more negative evaluation about Physical Functioning, Mental Health and Bodily Pain.

The Occupational Therapy showed positive effects on Vitality, the Physiotherapy on Physical Functioning, the Psychiatry on General Health, the Vocational/Professional Orientation on Mental Health, Role Functioning-Emotional and Social Functioning.

The traumatic brain injured demonstrated to have worse QOL than subjects without disease.

Men with disease showed more complaints about QOL, when compared to women with disease.

RESUMO

Esta investigação teve como objectivos: (a) estudar a Qualidade de Vida (QDV) nos sujeitos que sofreram Traumatismo Crânio-Encefálico (T.C.E.) há mais de um ano; (b) averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas a nível da QDV entre os participantes com T.C.E. ($n= 40$) e um grupo de sujeitos sem doença ($n= 379$) e (c) averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas a nível da QDV entre os participantes com T.C.E. e um grupo de sujeitos sem doença, em função da variável sexo.

O instrumento utilizado visa descrever a QDV relacionada com a Saúde e é um Questionário baseado no 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) e no F-84 (Forma de 84 itens). Inclui 47 itens divididos em 12 Sub-Escalas: Saúde Geral, Transição na Saúde, Funcionamento Físico, Papel Físico, Papel Emocional, Funcionamento Social, Dor Corporal, Vitalidade, Saúde Mental, Concentração, Família e Trabalho.

Os resultados obtidos revelaram uma correlação negativa entre a idade e as Sub-Escalas: Vitalidade, ($r= - 0,36$, $p<0,05$), Saúde Mental ($r= - 0,32$, $p<0,05$), Saúde Geral ($r= - 0,37$, $p<0,05$), Concentração ($r= - 0,42$, $p<0,01$) e Família ($r= - 0,45$, $p<0,05$).

Os solitários (categoria constituída pelos divorciados, solteiros e viúvos) apresentaram melhor Papel Físico e Emocional, quando comparados com os casados/em coabitação.

Os sujeitos Activos com Baixa foram aqueles que fizeram uma avaliação mais negativa do seu Funcionamento Físico, Saúde Mental e Dor Corporal.

A Terapia Ocupacional demonstrou ter efeitos positivos ao nível da Vitalidade, a Fisioterapia a nível do Funcionamento Físico, a Fisiatria a nível da Saúde Geral, a Orientação Vocacional/Profissional a nível da Saúde Mental, Papel Emocional e Funcionamento Social.

Os traumatizados crânio-encefálicos demonstraram ter pior QDV do que os sujeitos sem doença.

Os homens com doença apresentaram mais queixas acerca da QDV, quando comparados com as mulheres com doença.

INTRODUÇÃO

Os Traumatismos Crânio-Encefálicos (T.C.E.) constituem um dos grandes problemas de saúde pública nos países industrializados, agravado pela circunstância do seu número ter sofrido um aumento considerável nos últimos anos.

Nas últimas décadas o desenvolvimento e progresso da medicina reduziram a mortalidade por doenças infecciosas e contribuíram para o aumento das doenças crónicas.

O problema que emerge é se o indivíduo que sobrevive à doença consegue enfrentar o seu dia-a-dia com a mesma facilidade e grau de satisfação daqueles que não a sofreram.

No caso particular dos traumatizados crânio-encefálicos, Crisp (1993) adverte que o aumento de sobreviventes com sequelas traumáticas tem como resultado o aumento de indivíduos com progressivos problemas cognitivos, tais como perda de memória ou dificuldades de concentração, mudanças de comportamento que incluem lentidão, fadiga e problemas emocionais, e uma redução nas actividades sociais.

Estes problemas afectam não só os traumatizados crânio-encefálicos, como também as suas famílias e a comunidade, originando muitas vezes atitudes de rejeição e exclusão da parte destas.

A investigação começou por abordar os problemas dos traumatizados crânio-encefálicos do ponto de vista médico, e os problemas de ajustamento ao Traumatismo Crânio-Encefálico eram primeiramente vistos como sendo da responsabilidade do

hospital ou dos serviços médicos, embora implicitamente dessem importância ao papel do doente. Muito poucos estudos eram realizados com base na opinião daqueles que experienciaram o T.C.E. (Crisp, 1993).

Na última década, começou a assistir-se a um interesse crescente quanto à informação relacionada com a experiência de viver com T.C.E., isto é, ao significado que isto tem para o traumatizado crânio-encefálico, e deu-se um crescente aumento da atenção para a experiência subjectiva das pessoas com T.C.E.. Em particular, aspectos sobre as emoções têm sido insistentemente estudados (Teasdale e col., 1997).

Igualmente inúmeros estudos têm sido realizados com o intuito de averiguar, junto das famílias, o impacto das mudanças comportamentais, afectivas e psicológicas ocorridas no traumatizado crânio-encefálico, e o respectivo ajustamento no núcleo familiar.

Baseados na nossa experiência profissional sobre as dificuldades que muitos dos sujeitos com T.C.E. experienciam no retorno à sua vida social, familiar e laboral após a ocorrência do traumatismo, o presente estudo pretende dar um contributo para a análise dos domínios da QDV em défice após a ocorrência de T.C.E. (avaliados através de um Questionário que visa descrever a QDV Relacionada com a Saúde baseado no SF-36 e no F-84) e das variáveis que se consideramos intervenientes na QDV destes sujeitos como sejam: a idade, o sexo, a gravidade, os anos de duração do traumatismo, a causa, o estado civil, entre outras.

A importância de estudar o impacto do T.C.E. na vida do sujeito que o sofreu segundo a perspectiva do próprio, esteve na base do presente estudo, assunto durante algum tempo menosprezado pela investigação.

Igualmente a relação entre T.C.E. e QDV tem sido pouco estudada. A literatura retrata muitos trabalhos de investigação sobre os T.C.E. graves, mas muito poucos estudos se debruçam sobre os resultados a longo prazo nas pessoas com ligeiro ou moderado T.C.E. que não participaram em programas de reabilitação formais.

Para a Psicologia da Saúde, a avaliação da QDV em sujeitos que sofreram T.C.E. torna-se um passo determinante na identificação dos aspectos psicossociais em défice, que possa servir para a elaboração de programas de intervenção psicológica, tendo em vista a melhoria da Qualidade de Vida do indivíduo, através da redução das consequências psicossociais do T.C.E..

Esperamos com este estudo contribuir com alguns dados que melhorem os conhecimentos sobre o T.C.E. e suas consequências, e a definir algumas necessidades específicas dos traumatizados crânio-encefálicos, para que seja possível futuramente adequar estratégias de intervenção com o objectivo de melhorar a QDV dos sujeitos que sofreram T.C.E..

CAPITULO I

FORMULAÇÃO DA QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

1- A QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Com os recentes avanços da medicina, passou a ser possível sobreviver às doenças em relação às quais se morria anteriormente, de tal modo que grande parte das pessoas que hoje em dia tem uma doença crónica, podem levar uma vida igual à das pessoas que não têm doença.

Com os métodos modernos de tratamento, muitas mais pessoas sobrevivem com traumatismos crânio-encefálicos graves e com a ajuda da Neurocirurgia e das Técnicas de Imagiologia, aumentaram significativamente as taxas de sobrevivência das pessoas com Traumatismo Crânio-Encefálico (T.C.E.).

Por este motivo, a Qualidade de Vida (QDV) torna-se de crucial importância quer no domínio do sistema de saúde em geral, quer no domínio do sistema de cuidados em particular e, por isso, de interesse crescente para a Psicologia da Saúde.

Passada a fase aguda de um T.C.E., e independentemente da gravidade deste, há um grande número de sinais e sintomas, que podem persistir durante um período de tempo variável e, por vezes, de forma permanente.

Segundo Tyerman (1991), esta persistência de sintomas acaba por provocar dificuldades de ajustamento num ou vários domínios da vida do sujeito como: físico, familiar, sexual, profissional, económico e social.

Nesta óptica, o surgimento de um T.C.E. implica muitas vezes uma adaptação e uma reorganização da vida do sujeito onde algumas variáveis podem influenciar o modo como cada sujeito se ajusta à alteração do seu estado de saúde.

Será que variáveis como a idade, o sexo, o estado civil, as habilitações académicas, a reabilitação física e psicológica, a situação profissional, a causa, a gravidade e os anos de duração do traumatismo têm um peso significativo na Qualidade de Vida dos sujeitos que sofreram T.C.E.?

Alguns autores, tais como: Asikainen, Kaste e Sarna (1998), Gutman e Klemic (1996), Rothweiler, Temkin e Dikmen (1998), postulam que variáveis como a idade, o sexo e a gravidade do T.C.E. têm influência na QDV dos sujeitos que sofreram T.C.E..

Se se confirmar, no nosso estudo, a influência das variáveis acima descritas, **quais os domínios da QDV (avaliados através de um questionário que visa descrever a QDV Relacionada com a Saúde baseado no SF-36 e no F-84) que são afectados por estas variáveis?**

Por acharmos estas questões pertinentes, tomámos como problema do presente estudo a QDV de 40 sujeitos de ambos os sexos com idades compreendidas entre os 18 e 65 anos e que sofreram T.C.E. moderado, ligeiro ou grave há um ano ou mais.

Torna-se fundamental um conhecimento o mais aprofundado possível sobre as modificações ocorridas após um T.C.E. para que seja possível efectuar um adequado processo de reabilitação.

A opção de só fazerem parte do estudo sujeitos com T.C.E. ocorrido há um ano ou mais prende-se com o pressuposto de que, muitos destes sujeitos passados poucos meses do traumatismo ainda não se encontram em condições, quer do ponto de vista físico, quer cognitivo, para responderem autonomamente a um questionário.

Embora tenhamos consciência de que a recuperação física e cognitiva podem perdurar durante muitos anos, era nossa intenção incluímos no nosso estudo apenas sujeitos

que se encontravam numa fase de recuperação estável, ou seja, no Estádio 3 de recuperação proposto por Bond (1979), o qual tem início passados 3 a 6 meses após a ocorrência do T.C.E..

Isto porque até ao Estádio 3 a recuperação ocorre espontaneamente e é relativamente rápida. Quando atingido o Estádio 3 verifica-se uma estabilização da recuperação e mesmo que esta ocorra faz-se de forma mais lenta e subtil, comparativamente à recuperação atingida no Estádio 2.

Por outro lado, tínhamos todo o interesse em administrar um questionário a indivíduos que já reassumiram a sua vida normal após o T.C.E. e que já passaram pela experiência de confronto com a realidade, para perceber como está a correr o processo de adaptação ao traumatismo.

Considerámos importante estudar a QDV em indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos porque: por um lado, os T.C.E. tendem a ocorrer numa franja bastante jovem da população (a grande incidência ocorre entre os 15 e os 25 anos, segundo Callon e Jackson, 1995), por outro lado porque os 65 anos são considerados o limite máximo de idade activa, para ambos os sexos (Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Secretaria de Estado da Segurança Social e das Relações Laborais, 1998).

Conceitos chave:

Qualidade de vida (QDV)- “refere-se à avaliação feita pelo sujeito acerca do impacto da doença na sua vida. Inclui dimensões físicas, psicológicas e socio-económicas”.
(Martínez-Martin, 1998)

Traumatismo crânio-encefálico (T.C.E.)- dano que ocorre no tecido cerebral vivo, provocado por uma força mecânica externa. É geralmente caracterizado por um período de alteração do estado de consciência (amnesia ou coma) que pode ser muito breve (minutos) ou muito longo (meses/indefinidamente). As repercussões dos défices podem ser a nível ortopédico, oftalmológico, neurológico, perceptivo/cognitivo ou mental/emocional. O termo não inclui lesões cerebrais causadas por insuficiente irrigação do sangue, substâncias tóxicas, malignidade, doenças congénitas, traumatismos de nascimento ou doenças degenerativas (Lehmkuhl, 1992).

2- OBJECTIVOS DO ESTUDO

Este estudo tem como objectivos principais:

- ❶ Averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas na Qualidade de Vida a nível das Sub-Escalas Saúde Geral; Transição na Saúde; Funcionamento Físico; Papel Físico; Papel Emocional; Funcionamento Social; Dor Corporal; Vitalidade; Saúde Mental; Concentração; Família e Trabalho, em função das seguintes variáveis:

- ✎ sexo;
- ✎ estado civil (antes e depois do T.C.E.);
- ✎ situação profissional (antes e depois do T.C.E.);
- ✎ intervenção de reabilitação e tipo;
- ✎ causa do T.C.E.

- ② Averiguar a relação existente entre a QDV (a nível das 12 Sub-Escalas) e as variáveis:
- ↘ idade;
 - ↘ habilitações académicas;
 - ↘ anos de duração do T.C.E.;
 - ↘ gravidade do T.C.E.
- ③ Averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas na QDV (a nível das 12 Sub-Escalas) entre sujeitos com T.C.E. e um grupo de sujeitos sem doença.
- ④ Averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas na QDV (a nível das 12 Sub-Escalas) entre sujeitos com T.C.E. e um grupo de sujeitos sem doença, tendo em conta a variável sexo.

CAPITULO II
RECENSÃO BIBLIOGRÁFICA

1- TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO

1.1. PATOFISIOLOGIA

Traumatismo Crânio-Encefálico (T.C.E.) é vulgarmente descrito na literatura como a “epidemia silenciosa” porque o traumatismo nem sempre é visível fisicamente.

Os resultados de um T.C.E. podem ser os mais diversos, desde uma cura relativamente rápida e total a graves problemas definitivos da actividade neurológica.

Os T.C.E. dividem-se em duas categorias: abertos e fechados.

O *Traumatismo Crânio-Encefálico aberto* ocorre quando um objecto, tal como uma bala, fractura o crânio e penetra no cérebro. Estas lesões geralmente danificam áreas relativamente localizadas do cérebro (Powell, 1994).

O *Traumatismo Crânio-Encefálico fechado* ocorre quando a cabeça acelera e rapidamente desacelera ou colide com outro objecto (por exemplo com o vidro de um carro) e o tecido cerebral é lesionado, não pela presença de um objecto estranho no interior do cérebro, mas pelo violento choque e tensão do tecido cerebral. Os T.C.E. fechados geralmente causam dano difuso do tecido que resulta em incapacidades generalizadas e muito variáveis (Lehmkuhl, 1992).

Os principais mecanismos pelos quais o crânio e as estruturas intracranianas podem ser lesadas pelas forças presentes no momento do impacto são de dois tipos: Mecanismos de Acção Directa e Mecanismos de Acção Indirecta (Machado & Carolino, 1996).

✧ *Mecanismos de Acção Directa*

Quando o crânio é atingido directamente, as forças em questão podem ser aplicadas de dois modos distintos:

❶ **Estático:** implica que sobre o crânio imóvel se apliquem gradual e lentamente forças que o vão comprimindo, o que corresponde na prática a todas as situações em que a cabeça é apertada contra uma superfície rígida, do que pode resultar não só fracturas múltiplas mas também distorção e compressão do tecido cerebral (Machado & Carolino, 1996).

❷ **Dinâmico:** É o mecanismo de lesão mais frequente, em que existe um conjunto de forças, que embora se apliquem também directamente sobre o crânio, fazem-no de um modo mais rápido. É o tipo de mecanismo em jogo sempre que sobre o crânio embate um objecto em movimento, ou quando a cabeça em deslocação choca contra um objecto estático (Machado & Carolino, 1996).

✧ *Mecanismos de Acção Indirecta (aceleração-desaceleração)*

Quando este mecanismo lesional é único, não há qualquer traumatismo directo sobre a cabeça, que no entanto é violentamente posta em movimento (ou travada se já se encontrava em deslocação). Isto sucede se a principal zona de impacto for uma outra região do corpo - face, tórax, abdómen -, situação comum nos acidentes de viação.

Como o crânio e o cérebro têm coeficientes de aceleração diferentes o que acontece em seguida é que os hemisférios cerebrais, assim postos em movimento, vão por um lado chocar contra as numerosas estruturas ósseas irregulares que constituem a face interna dos ossos do crânio e por outro podem sofrer no seu interior um processo de

deslizamento de fibras umas sobre as outras com conseqüente destruição difusa de axónios, vasos e glia. Surgem assim quer lesões superficiais - contusões cerebrais - quer lesões profundas - lesão axional difusa¹ (Machado & Carolino, 1996).

Quanto aos efeitos dos T.C.E., existem dois principais efeitos: o traumatismo primário e o traumatismo secundário.

✎ O *traumatismo primário* ocorre no momento em que se dá o impacto, isto é, quando se dá a destruição do tecido nervoso. O indivíduo poderá morrer logo no momento do impacto.

As principais formas são:

❶ a **concussão cerebral**: disfunção neurológica transitória provocada por um traumatismo, a qual se traduz clinicamente por breve perda de conhecimento e/ ou amnésia pós-traumática. Surge apenas em conseqüência da aceleração-desaceleração (Machado & Carolino, 1996).

❷ a **contusão cerebral**: é constituída por zonas mistas com múltiplas pequenas hemorragias tecidulares, edema e necrose e é responsável por quase 50% dos internamentos hospitalares e por cerca de 2/3 das mortes após um T.C.E. Embora tenha um aspecto anatomopatológico uniforme, pode também ter dois mecanismos causais. Algumas contusões cerebrais localizam-se sob o ponto de impacto, sendo um efeito local directo do traumatismo sofrido. É no entanto muito frequente o aparecimento de contusões à distância da zona de impacto. Estas podem ser

¹ Significa o atingimento disseminado do cérebro em conseqüência de um traumatismo. No momento do impacto as forças provocadas pelo movimento da cabeça são suficientes para originar a lesão de muitos axónios (que perdem a sua integridade) e de múltiplos pequenos vasos (Machado & Carolino, 1996).

provocadas pela propagação de ondas de choque ou pelo embate dos hemisférios cerebrais contra a superfície rugosa da face interna do crânio (Machado & Carolino, 1996).

❸ os **hematomas**: são coágulos de sangue dentro e/ou fora do encéfalo.

Existem vários tipos de hematomas, são eles:

- *Hematoma extra-dural*: ocorre entre a dura-máter e o osso. A hemorragia pode ser de origem arterial ou venosa e forma-se rapidamente conduzindo a danos irreversíveis ou à morte (Cambier, Masson & Dehen, 1995);

- *Hematoma sub-dural*: forma-se devido a hemorragia no espaço entre a duramater e a aracnóideia, habitualmente por ruptura venosa (Cambier e col., 1995);

- *Hematoma sub-aracnoideo*: resulta de ruptura vascular para o espaço subaracnoideo. É muito frequente nos T.C.E. graves e quase sempre associado a um mecanismo de aceleração-desaceleração (Machado & Carolino, 1996);

❹ O *traumatismo secundário* ou “segundo acidente” pode ou não ocorrer após o traumatismo primário e consiste numa série de complicações que ocorrem após o traumatismo inicial que pode ser tão destrutivo para o cérebro como os efeitos imediatos do acidente, se não mais destrutivo.

Lesões secundárias derivam da redução do fornecimento de sangue, redução de oxigénio para os tecidos (**anóxia**), tumefação do cérebro (**edema cerebral**) e **hemorragia intracraniana** (Walsh, 1994).

A hemorragia intracraniana constitui um sangramento que pode ser proveniente das artérias, veias e vasos capilares. As hemorragias que persistirem podem originar hematomas.

1.2. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E DEMOGRÁFICOS

A Direcção Geral de Saúde só possui dados acerca da mortalidade e não da morbidade.

Segundo Vaz (1996b), está calculado que num Hospital servindo uma população de 250000 habitantes são admitidos cerca de 5000 traumatizados crânio-encefálicos por ano: $\frac{3}{4}$ são ligeiros.

Mais de dois milhões de traumatismos crânio-encefálicos (T.C.E.) ocorrem anualmente (Institutos Nacionais de Saúde, 1990); 100.000 T.C.E. ocorrem somente nos Estados Unidos da América (Strax, 1994). Por ano, 75.000 a 100.000 americanos morrem devido a T.C.E. (Fundação Nacional de Dano Cerebral, 1995) e 50.000 a 75.000 requerem algum tipo de cuidados de saúde a longo prazo e serviços de apoio (Shaaf, 1992) (in: Burleigh, Farber & Gillard, 1998).

A grande incidência dos T.C.E. ocorre entre os 15 e os 25 anos (Callon & Jackson, 1995), isto é, em plena vida activa e numa altura importante de estabelecimento da independência em áreas que incluem as amizades, actividades de lazer, relações íntimas, residência e emprego.

Cambier e col. (1995) chegam mesmo a afirmar que os T.C.E. são a primeira causa de morte nos jovens entre os 15 e os 24 anos de idade.

Depois dos 25 anos, os valores decrescem mas começam a aumentar outra vez entre os 60 e os 70 anos de idade (Callon & Jackson, 1994).

Os danos cerebrais ocorrem com mais frequência nos meses de Verão, aos fins de semana e no período que vai desde o entardecer ao anoitecer (Mahalick, 1996).

Domingos, Mendes e Ramalho (1997) postulam que metade de todos os T.C.E. têm origem em acidentes de viação, e ocorrem com mais frequência em homens (ratio 2:1).

Sorenson e Kraus (1991) atestam que os homens são duas a três vezes mais propensos a ter lesões cerebrais do que as mulheres, dentro de cada grupo de idades (in: Lezak, 1995).

Goldstein e Levin (1990); Naugle (1990) e Parkinson (1985) constataram que as quedas tendem a ser a causa mais comum, em mais de metade dos traumatismos crânio-encefálicos ocorridos em crianças e em pessoas a partir dos 64 anos de idade (in: Lezak, 1995).

Vaz (1996b) postula que os acidentes de viação, as quedas, as pequenas agressões e os acidentes desportivos constituem as principais causas dos T.C.E. ligeiros. Os doentes incluídos neste grupo, quando comparados com os mais gravemente lesados, são habitualmente mais jovens, pertencem frequentemente a um estrato social mais alto e o predomínio masculino é menos evidente.

Indivíduos com tendência para se envolverem em situações de “risco” ou para experimentarem tudo aquilo que é novo, tendem a estar perante um risco maior. Outro grupo de risco elevado inclui aqueles que já tiveram um T.C.E. anterior e aqueles que possuem hábitos de consumo de álcool (Powell, 1994).

Em relação aos índices de mortalidade segundo a gravidade do T.C.E, Vaz (1996b) advoga que dos T.C.E. **graves** (índice na Escala de Glasgow igual ou inferior a 8), 40 a 50% morrem, a maior parte nas primeiras 24 horas. A mortalidade é ainda maior se considerados apenas os doentes com índice 3 ou 4 na Escala de Glasgow, resultando ainda grande parte dos estados vegetativos persistentes deste último grupo. Nos T.C.E. **moderados** (índice na Escala de Glasgow entre 9 e 12), é de esperar uma mortalidade de 2 a 5%. Nos T.C.E. **ligeiros** (índice na Escala de Glasgow igual ou superior a 13), a mortalidade é pouco superior a 1%.

1.3. AVALIAÇÃO DO T.C.E.

Apesar das diferenças de evolução das lesões do cérebro resultantes de várias particularidades, existe um estereotipo geral de evolução dos problemas neuropsíquicos. Esta evolução poderá colmatar na cura completa ou em sequelas mais ou menos pronunciadas.

Para Bond (1979) a recuperação pode ser dividida em 3 estádios: o Estádio 1, o Estádio 2 e o Estádio 3.

Estádio 1

Dura dias na maior parte dos traumatismos graves, embora se possa estender a muitas semanas.

Caracteriza-se por uma resposta física intensa do cérebro ao traumatismo e durante este período o indivíduo com traumatismo cerebral difuso está inconsciente. Quando ocorre uma resposta significativa àquilo que se lhe diz, o sujeito entra no Estádio 2 de recuperação (Bond, 1979).

Estádio 2

Caracteriza-se pelo fim do período da Amnésia Pós-Traumática (APT) e corresponde ao período de maior recuperação espontânea das funções físicas e mentais básicas, que se estende até aos seis meses desde que ocorreu o traumatismo. É sabido que as capacidades cognitivas continuam a recuperar rapidamente durante algum tempo depois do fim da APT eventualmente atingindo um patamar dentro de três a seis meses. Durante a segunda metade do 2º estágio, as pessoas tornam-se conscientes dos seus défices, excepto naqueles casos em que o “insight” se perdeu como parte de uma mudança grave da personalidade. No 2º estágio a recuperação continua rapidamente e por vezes criam-se falsas expectativas em relação ao nível de recuperação conseguida.

Segundo Oddy, Humphrey e Uttley (1978), nesta altura o doente encontra-se fundamentalmente preocupado com os défices físicos. Os trabalhos de Bond (1975) e de McKinlay, Martinage, Marshall, Bond e Snooks (1978) vêm demonstrar que para os familiares a principal preocupação nesta altura relaciona-se com as mudanças ocorridas no traumatizado ao nível mental (in: Bond, 1979).

Estádio 3

Começa quando a recuperação dos défices físicos e mentais básicos estabilizam, habitualmente depois dos três a seis meses desde o traumatismo, em indivíduos com lesão cerebral grave. A partir deste período a recuperação é mais subtil e menos óbvia, comparativamente àquela que ocorre no 1º e 2º Estádios e pode durar muitos meses. É um período em que o indivíduo e os seus familiares têm que se adaptar à presença de incapacidades permanentes.

Segundo Rosenthal e Bond (1990), passado um ano podem ocorrer melhorias mas são graduais e são fruto de novas aprendizagens e desenvolvimento de estratégias compensatórias (in: Lezak, 1995).

Para Pereira e Gonçalves (1996), os sintomas cognitivos são mais duradouros, podendo persistir durante vários anos.

O estudo levado a cabo por Thomsen (1984) vem demonstrar que são possíveis melhoras passados três anos de traumatismo. No seu estudo foi notório que metade dos sujeitos que não podiam ser deixados sozinhos dois anos ou mais depois do acidente, tornaram-se independentes nos anos seguintes. Alguns sujeitos da amostra re-adquiriram pelo menos alguma capacidade para trabalhar, mas geralmente não antes de um ano após a ocorrência do traumatismo.

Os acidentes que causam T.C.E. frequentemente envolvem traumatismos de outros sistemas ou partes do corpo (politraumatismo), o que tende a contribuir para o agravamento da situação neurocomportamental.

As vítimas de acidentes de viação por viaturas de turismo apresentam lesões cranianas em 73,6% dos casos, traumatismos da face em 35,2%, da coluna cervical em 4%, do tórax em 19,5%, do abdómen em 6,3%, dos membros superiores em 23,6% e dos membros inferiores em 35,4% (Vilarinho & Cerejo, 1996).

Estes números servem para demonstrar que muito frequentemente os traumatismos crânio-encefálicos associam-se a traumatismos vários que, se não são diagnosticados e tratados atempadamente, agravam o prognóstico das lesões cerebrais e podem mesmo ser mais ameaçadores para a vida do que o T.C.E. em si.

Assim, embora num politraumatizado o aspecto inicial possa parecer ser o traumatismo craniano, é imprescindível valorizar as lesões associadas que, iniciando um ciclo vicioso, são muitas vezes as responsáveis por um mau resultado final.

O exame inicial constitui uma base de referência a partir do qual é possível seguir a evolução e descobrir o aparecimento inesperado de eventuais complicações.

A recolha de informação sobre a história do doente, isto é, sobre aspectos relacionados com a forma como ocorreu o T.C.E., o estado do doente imediatamente a seguir, o local em que a cabeça embateu, a altura de uma queda ou objecto com o qual o doente foi agredido (Vaz, 1996a), bem como a evolução que decorreu entre o acidente e a chegada ao hospital é de relevante importância.

O *estado de consciência* constitui um elemento fundamental para a apreciação da gravidade e da sobrevivência de um traumatizado crânio-encefálico. Logo que exista um problema de consciência a sua profundidade e evolução deve ser determinada (Cambier, Masson & Dehen, 1995). Para este efeito, a Escala de Coma de Glasgow é geralmente utilizada.

Alguns traumatizados, embora não apresentem problemas manifestos da vigília, apresentam um nível de consciência anormal que se pode traduzir por um estado confusional ou confuso-onírico; outros, em que o estado de consciência parece normal, esquecem-se dos acontecimentos nos quais participaram. Este problema manifesta-se por um período de amnésia pós-traumática por vezes prolongado.

Na óptica de Cambier e col. (1995), a pressão arterial, a frequência da pulsação e da respiração e a temperatura devem ser registadas e anotadas com intervalos próximos. Os problemas neurovegetativos devem ser corrigidos, dentro do possível, devido à

influência agravante que as perturbações circulatórias e respiratórias podem ter no cérebro.

A manutenção da permeabilidade das vias aéreas é um elemento importante do tratamento dos traumatizados crânio-encefálicos para evitar que uma hipoxia venha piorar o sofrimento cerebral.

Uma hipertermia precoce, traduzida num problema de termo-regulação deve ser combatida.

As *crises de epilepsia* focais ou generalizadas podem aparecer precocemente, nas primeiras horas ou nos primeiros dias após o T.C.E.. Estas crises podem ocorrer após um T.C.E. ligeiro, principalmente nas crianças, mas observam-se mais frequentemente a seguir aos traumatismos graves. Pela sua repetição, e no máximo quando se trata de um estado de mal, podem contribuir para agravar o coma e os problemas vegetativos. Assim, convém tratá-las o mais rapidamente possível mas deve evitar-se que uma sedação excessiva mascare os sinais de uma eventual complicação.

Segundo Cambier e col. (1995), a frequência destas crises de epilepsia precoces é da ordem de 4% para o total dos traumatismos crânio-encefálicos, eleva-se para 7% quando existe uma fractura, a 10% nos casos em que existe um problema da consciência durável ou uma hemorragia meníngea, 20% quando existe um hematoma intracraniano.

O *exame neurológico* procura os sinais de sofrimento cerebral geral e focal. A existência de problemas da atenção ou de um estado confusional não permitem um exame neurológico tradicional. Mesmo nestes casos toda uma série de informações podem ser obtidas. É necessário ter em atenção o carácter simétrico ou não da

motilidade quer espontânea quer provocada pelas estimulações dolorosas; a postura do traumatizado que pode ir de uma espasticidade a uma hiperextensão dos membros inferiores e hiperextensão, adução e pronação forçada dos membros superiores (Cambier e col, 1995).

Conforme descreve Vaz (1996a), os pontos essenciais na avaliação de um traumatizado crânio-encefálico são:

- ✎ Estado de consciência
- ✎ Padrão respiratório
- ✎ Tamanho e reacção pupilar
- ✎ Movimentos e reflexos oculares
- ✎ Padrão de resposta motora

O exame ocular deve ser particularmente rigoroso: procurar uma assimetria pupilar, o reflexo foto-motor directo e consensual, mesmo se existem problemas importantes da vigilância, a observação dos movimentos espontâneos e reflexos dos olhos pode permitir revelar uma paralisia oculo-motora. A existência de uma paralisia facial, central ou periférica pode geralmente ser reconhecida (Cambier e col., 1995).

Como exames complementares de diagnóstico destacam-se a Radiografia de Crânio, a Tomografia Axial Computarizada (T.A.C.) e a Ressonância Magnética (R.M.).

❶ **A Radiografia de Crânio** tem por finalidade essencial a demonstração de fracturas e caso estas estejam presentes, permite analisar as suas características nomeadamente o tipo, a extensão, o percurso e a existência de fragmentos eventualmente afundados. Pode ainda demonstrar corpos estranhos intracranianos, avaliar se um traumatismo é recente e prever algumas das complicações mais frequentes das fracturas. A presença

de uma fractura indica um risco elevado de infecção para as fracturas da base e de hematoma intracraniano para as fracturas da abóbada craniana (Cruz & Fonseca, 1996).

② A **Tomografia Axial Computarizada (T.A.C.)** é, de todos os exames, o que tem maior utilidade no estudo de um traumatismo de crânio, já que permite de uma forma rápida, segura e não invasiva a visualização das diferentes estruturas intracranianas e a identificação das lesões (Cruz & Fonseca, 1996).

③ A **Ressonância Magnética (R.M.)** permite obter imagens com um elevado nível de contraste. Tem as vantagens de ser mais sensível a alterações do fluxo sanguíneo, de não apresentar artefactos originados nas estruturas ósseas e de permitir obter imagens em qualquer plano sem necessidade do recurso a reconstrução por computador. Na área da traumatologia crânio-encefálica, a R.M. tem como principais utilidades a visualização adequada das estruturas do tronco cerebral e a possibilidade de se pesquisarem lesões da substância branca ou do corpo caloso (Cruz & Fonseca, 1996).

Quanto às lesões associadas, a sua procura deve ser sistemática, notavelmente: exame da coluna cervical, dos membros, do abdómen e do tórax. Nas lesões torácicas, o pneumotórax, o hemotórax e a anoxia agravam o estado cerebral, pelo que devem ser tratados activamente.

É no final deste exame inicial que o médico decide para cada caso particular qual o caminho mais correcto a seguir: uma vigilância clínica rigorosa, uma intervenção neuro-cirúrgica urgente ou outro.

Medidas de Gravidade do T.C.E.

A classificação da gravidade do T.C.E. depende da história clínica do doente, dos dados fornecidos pelos exames complementares de diagnóstico, da informação sobre o coma e da duração da Amnésia Pós-Traumática.

Têm sido utilizados dois tipos principais de medidas que avaliam a gravidade do traumatismo: a Escala de Coma de Glasgow (ECG) e a Duração da Amnésia Pós-Traumática (APT).

❶ A Escala de Coma de Glasgow (ECG)

Esta Escala foi criada por Teasdale e Jennett em 1974 (in: Lezk, 1995) com o objectivo de medir o nível da disfunção neurológica em sujeitos com doenças neurológicas graves. Desde essa altura tornou-se a medida clínica mais utilizada da gravidade da lesão em sujeitos com traumatismos crânio-encefálicos graves.

A pontuação do coma pode ser calculada através da soma dos valores obtidos em cada item da escala (abertura de olhos, resposta motora e resposta verbal). A pontuação mínima possível é 3 e a máxima é 15. Quanto mais grave é o traumatismo mais baixa é a pontuação nesta Escala.

A recuperação do coma é um processo gradual, começando com a abertura dos olhos, depois segue-se a resposta à dor e, por fim, a resposta ao discurso.

Quadro 1- Escala de Coma de Glasgow

Abertura dos olhos	4- Espontânea 3- Ordem verbal 2- À dor 1- Nenhuma
Resposta Verbal	5- Orientada 4- Confusa 3- Inapropriada 2- Incompreensível 1- Nenhuma
Resposta Motora	6- Obedece a ordens 5- Localização da dor 4- Mov. retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhuma

Fonte: Vaz (1996a)

Para Gonwall (1989), só a duração do coma isoladamente é um pobre preditor dos resultados futuros para os muitos sujeitos com breves períodos de coma (cerca de 20-30 minutos), mas para Wilson, Vizer e Bryant (1991) é um bom preditor para traumatismos graves (in: Lezak, 1995).

Quadro 2- Critério de Classificação da gravidade através da Escala de Coma de Glasgow (ECG)

Classificação	Pontuação	Duração do coma
Ligeiro	≥ 13 ou	≤ 20 minutos
Moderado	9-12 ou	não mais do que 6 horas após admissão
Grave	≤ 8 ou	> 6 horas depois da admissão

Fonte: Lezak (1995)

❷ A duração da Amnésia Pós-Traumática (APT)

Refere-se ao intervalo de tempo que decorre desde o traumatismo até o sujeito recuperar as memórias do dia-a-dia.

Normalmente segue-se a um período de coma mas pode ocorrer na ausência de um estado de coma (Powell, 1994).

O sujeito encontra-se desorientado no tempo e no espaço, com desconhecimento das horas, das datas, do ano, onde está ou o motivo porque ali está.

A duração da Amnésia Pós Traumática (que tem início aquando do acidente e inclui o período de coma) geralmente dura cerca de quatro vezes o tempo do coma (Lezak, 1995).

Brooks, Aughton e col. (1980) concluíram que a duração da APT é mais exacta na predição dos resultados a nível cognitivo dois anos após o traumatismo do que a duração do coma (in: Lezak, 1995).

Quadro 3- Estimativa da Gravidade do Traumatismo baseada na Duração da Amnésia Pós Traumática (APT)

Duração da APT	Gravidade
< 5 minutos	muito ligeiro
5-60 minutos	ligeiro
1-24 horas	moderado
1-7 dias	grave
1-4 semanas	muito grave
mais do que 4 semanas	extremamente grave

Fonte: Lezak (1995)

1.4. SEQUELAS DO T.C.E.

A designação de síndrome pós-concussional ou pós-traumático engloba um conjunto de sintomas (cefaleias, tonturas, dificuldades na atenção e concentração, défices de memória, fadiga, ...) e alterações comportamentais (irritabilidade, agitação, depressão, ansiedade, impaciência,...) que surgem após um T.C.E., são independentes da gravidade do traumatismo e variáveis, quer na duração, quer na incapacidade que provocam. Apesar de não se acompanharem de qualquer alteração identificável no exame objectivo ou meios complementares de diagnóstico, podem tornar-se muito limitativos, tanto para o doente como para os familiares (Pereira & Gonçalves, 1996).

As sequelas do T.C.E. podem classificar-se em físicas, sensoriais, cognitivas, comportamentais/emocionais e psicossociais, que passamos a descrever.

❶ Sequelas físicas

Do T.C.E. podem resultar inúmeras complicações clínicas que afectam vários sistemas fisiológicos, incluindo o músculo-esquelético, cardiovascular, respiratório, genito-urinário, endócrino, entre outros.

Segundo Leathem, Heath e Woolley (1996), a extensão e gravidade das sequelas físicas dependem de factores tais como a idade, estado físico pré-morbido, localização e extensão do traumatismo.

Adams e Vitor (1989) postulam que aproximadamente 5% dos sujeitos com lesão cerebral fechada (lesão caracterizada por ausência de traumatismo ou fractura dos ossos do crânio) e cerca de 50% daqueles cujo traumatismo envolveu combinação de

fractura de crânio e lesão cerebral irão desenvolver epilepsia pós-traumática (in: Callon & Jackson, 1995).

Cefaleias, sensações de desequilíbrio e vertigens ou perda de conhecimento iminente, vômitos, confusão, fadiga e sonolência são alguns dos sintomas que podem surgir.

As cefaleias surgem, com periodicidade diária ou episódica, em 30 a 90% dos indivíduos sintomáticos e persistem em 24% dos doentes quatro anos após o T.C.E. (Pereira & Gonçalves, 1996).

As tonturas atingem 53% dos traumatizados de crânio na 1ª semana, persistindo em 18% ao fim de dois meses. Associam-se frequentemente às cefaleias e é comum agravarem-se com as modificações posturais (Pereira & Gonçalves, 1996).

Igualmente por vezes estes doentes queixam-se de dificuldades em adormecer, despertares frequentes e hipersónia diurna (Pereira e Gonçalves, 1996).

Problemas da função motora ocasionados por lesão do lobo frontal incluem: perda de movimentos finos, perda de força, dificuldade em programar os movimentos e pobre fixação voluntária do olhar. Damásio (1985) evidenciou reflexos anormais e tonús muscular, andar e postura anormal e mudanças no controle esfinteriano (in: Callon & Jackson, 1995).

❷ Sequelas sensoriais

Os distúrbios visuais são os mais frequentes, primeiramente défices oculo-motores e ocasionalmente défices no campo visual (Tyerman, 1991).

Segundo Jennett e col. (1981), défices somatosensoriais, paladar e olfacto reduzidos e dificuldades de audição também ocorrem (in: Tyerman, 1991).

Os défices do olfacto (disostomia) estão presentes em 20% a 30% dos T.C.E. graves (Callon & Jackson, 1995).

③ Sequelas cognitivas

Memória

Na óptica de Pereira e Gonçalves (1996), é o domínio cognitivo mais frequentemente atingido após um T.C.E., em especial quando este afecta os polos temporais anteriores e o hipocampo.

Numerosos estudos têm referido problemas de memória temporal em sujeitos com lesão do lobo frontal (Callon & Jackson, 1995).

Atenção

Para Pereira e Gonçalves (1996), a diminuição da atenção é geralmente a sequela que permanece durante mais tempo após um T.C.E..

Linguagem

Muitas são as alterações da linguagem que se podem seguir a um T.C.E., desde as afasias e disartrias até aos défices específicos da linguagem avaliados pelos testes psicométricos, dos quais o mais frequente é a anomia (Pereira & Gonçalves, 1996).

Callon e Jackson (1995) postulam que lesão do lobo frontal esquerdo envolvendo a área de Broca resulta numa perturbação da linguagem expressiva, conhecida como *Afasia de Broca*. Esta afasia não fluente consiste num discurso muito lento, deliberado e numa estrutura gramatical muito simplificada. Estes sujeitos continuam a compreender o discurso embora tenham dificuldades em produzi-lo.

Inteligência

Os vários domínios da inteligência são atingidos de forma diferencial.

O Q.I. verbal é mais frequentemente afectado quando ocorrem lesões no hemisfério esquerdo, enquanto que a capacidade para resolver novas tarefas e a velocidade de reacção estão mais associadas a lesões nos lobos frontais (Pereira & Gonçalves, 1996).

Segundo Pereira e Gonçalves (1996), as pequenas alterações notam-se principalmente nos níveis mais elevados da actividade (pensamento abstracto, organização, planeamento futuro), tornando impossível a realização de determinadas tarefas. Lesões mais graves podem levar à incapacidade de desempenhar qualquer tipo de actividade profissional (demência ligeira).

④ Sequelas comportamentais/emocionais

Comportamento e personalidade

Os défices cognitivos condicionam, com frequência, alterações no comportamento e personalidade.

Em 1983, Lezak descreveu um conjunto de alterações comportamentais associadas a dano do cortex pré-frontal: (1) *problemas em iniciar*, que se traduzem na diminuição de espontaneidade, perda de produtividade, falta de iniciativa, dificuldades em planear, organizar, concretizar projectos, resolver problemas, que pode ir até à apatia, mutismo, e irresponsabilidade geral, (2) *dificuldades em fazer alterações mentais e comportamentais*, o que envolve muitas áreas, incluindo a atenção e concentração, movimento, expressão de atitudes. A perseveração e rigidez são comuns em sujeitos com dano do córtex pré-frontal. (3) *Problemas em parar*, manifestos por

impulsividade, desinibição e hipersensibilidade aos estímulos do meio, (4) *deficiente auto-conhecimento* que se relaciona com dificuldades no reconhecimento que se comete erros e que se possui limitações funcionais, dificuldades em responder apropriadamente ao meio e problemas na análise de situações sociais (in: Callon & Jackson, 1995).

Leathem e col. (1996) identificaram dificuldades comportamentais e emocionais específicas resultantes de T.C.E., são elas: falta de auto-confiança, comportamento infantil, baixa motivação e muito frequentemente irritabilidade e agressividade.

Segundo os mesmos autores, estas dificuldades interagem umas com as outras e combinam-se com baixa tolerância à frustração e capacidade de auto-controlo e regulação e flutuações do humor, acompanhado de desinibição e perda de “insight”.

Milner (1964, 1965) também observou que os sujeitos com lesão cerebral frontal exibem uma incapacidade para usar o conhecimento ou mediação verbal para regular o comportamento (in: Callon & Jackson, 1995).

As sequelas emocionais e comportamentais podem dar origem à ocorrência de mudanças de personalidade que reflectem uma combinação da lesão neurológica primária e reacções psicológicas secundárias ao traumatismo inicial com consequências a longo-prazo.

Mudanças primárias tais como irritabilidade, impulsividade e desinibição interagem com reacções secundárias tais como frustração, perda de confiança e depressão.

Brooks e col. (1986) constataram que os familiares referem mais mudanças de personalidade e muito mais mudanças de comportamento cinco anos após o T.C.E. do que um ano depois (in: Tyerman, 1991).

Blumer e Benson (1975) descreveram dois padrões de personalidade distintos que se manifestam quando há lesão do lobo frontal. A *personalidade “pseudodeprimida”* que consiste num comportamento lentificado, exteriorização de apatia e indiferença, perda de iniciativa, reduzido interesse sexual, embotamento afectivo e pouco ou nenhum diálogo. Em oposição, os sujeitos com *personalidade “pseudopsicopática”* manifestam pouco controle de impulsos, irritabilidade, hipersinesias, comportamento sexual inapropriado e diminuição geral das competências sociais (in: Callon & Jackson, 1995).

Uma investigação levada a cabo por Grafman e col. (1986) sobre a relação existente entre a lateralidade da lesão e a regulação das respostas emocionais, documentou um aumento de ansiedade e depressão em sujeitos com lesões do lado direito (cortex orbital pré-frontal). Alguns investigadores referiram aumento de irritabilidade e hostilidade em sujeitos com lesão do lado esquerdo (cortex dorsolateral pré-frontal) (in: Callon & Jackson, 1995).

Estudos sobre as alterações de personalidade após T.C.E., revelam a existência de quatro “classes” de comportamentos que parecem ser especialmente importantes para a reabilitação neuropsicológica, são eles: (1) ansiedade e reacção catastrófica; (2) negação da doença ou anosognosia; (3) paranoia e agitação psicomotora; e (4) depressão, isolamento social e estados amotivacionais (Prigatano, 1987).

Os sujeitos queixam-se de se terem tornado excessivamente emotivos e irritáveis, enervarem-se com facilidade, tornarem-se intolerantes ao barulho e não suportarem os filhos. Acusam uma fadiga acrescida tanto para as actividades físicas como para as tarefas intelectuais (dificuldade de atenção, de concentração, de memória).

Ansiedade e depressão

A literatura sobre T.C.E. documenta uma elevada incidência de ansiedade e depressão (Morton & Wehman, 1995).

Embora os estudos associem mudanças de personalidade com mudanças no contacto social (Oddy, 1984), desconhece-se a existência de estudos que se tenham debruçado sobre a relação entre o aumento do apoio social e as sequelas emocionais de ansiedade, depressão e solidão a seguir a T.C.E grave (in: Morton & Wehman, 1995).

Uma série de investigadores tem focado a sua atenção sobre a forma como os familiares pressentem o estado de ansiedade e depressão dos traumatizados crânio-encefálicos. Os estudos levados a cabo por Thomsen (1974), Bond (1975), Brooks e Aughton (1979), Oddy, Humphrey e Uttley (1978), Prigatano, Fordyce e Zeiner (1984) revelaram que as mudanças emocionais e de personalidade exibidas pelos indivíduos traumatizados causam mais “stress” nos familiares do que as incapacidades físicas e não diminuem com o tempo (in: Morton & Wehman, 1995).

Brooks e col. (1987) atribuíram o aumento dos problemas emocionais entre o 1º e o 5º ano a seguir ao traumatismo não exclusivamente ao dano cerebral em si. Sugerem que os indivíduos com traumatismo podem tornar-se mais conscientes e conseqüentemente mais frustrados pelas suas incapacidades à medida que o tempo passa após o traumatismo (in: Morton & Wehman, 1995).

Lezak (1987) (in: Morton & Wehman, 1995) refere que existe uma grande probabilidade da gravidade do T.C.E. afectar socialmente os indivíduos com traumatismo pelo menos cinco anos após o traumatismo. Acrescenta que, embora não

existam ainda estudos que estabeleçam uma relação causal, acredita que a ansiedade e a depressão resultem de uma diminuição das amizades mais próximas.

Estudos empíricos não só se têm debruçado sobre os problemas vivenciados pelos familiares dos sujeitos com T.C.E. como também têm identificado importantes diferenças entre a percepção dos sujeitos e a percepção dos membros da família acerca dos problemas. Relacionado com isto, Hendryx (1989) descobriu que os sujeitos com T.C.E. tendem a referir como seus maiores problemas as dificuldades cognitivas, enquanto que os membros da família referem as mudanças emocionais como o mais problemático (in: Callon & Jackson, 1995).

Estes resultados espelham a necessidade do envolvimento da família em todo o processo de reabilitação.

Comportamento Sexual

A sexualidade das pessoas com doença tornou-se um assunto de grande interesse quer para os investigadores quer para os médicos no final dos anos 70, princípios dos anos 80, em resposta aos protestos de que os assuntos relacionados com o sexo eram “negligenciados nos programas de reabilitação” (Elliot & Bieber, 1996).

Quando ocorre um T.C.E., o comportamento sexual vai variar em função da localização da lesão. Segundo McClelland (1988), lesão no lobo frontal está relacionada com desinibição, euforia e falta de discernimento a nível sexual (in: Kreuter, Dahlof, Gudjonsson, Sullivans & Siosteen, 1998).

Num estudo levado a cabo por Sandel, Williams, Dellapietra e Derogatis (1996), os sujeitos com lesão no lobo frontal referiram mais pensamentos e fantasias eróticas e

uma elevada satisfação global com o funcionamento sexual, comparativamente aos sujeitos com lesões noutras regiões do cérebro.

Segundo Cole e Cole (1990), uma disfunção no lobo temporal está associada a uma mudança no sistema de activação sexual, que habitualmente está associado a uma diminuição da libido e diminuição da excitação sexual e genital (in: Kreuter e col., 1998).

McClelland (1988) postula que lesões nas áreas frontal central e basal são acompanhadas por perda de espontaneidade e falta de vitalidade (in: Kreuter e col., 1998).

Segundo Kosteljanetz, Jensen e Norgard (1981), lesões no hipotálamo basal podem conduzir a uma total e irreversível perda da libido (in: Kreuter e col., 1998).

⊕ Sequelas Psicossociais

Enquanto que aqueles que sofrem T.C.E. ligeiro ou moderado conseguem geralmente recomeçar as suas vidas, só uma minoria daqueles com T.C.E. grave o consegue fazer (Tyerman, 1991).

Thomsen (1984) postula que apesar de ocorrerem progressos notórios a nível físico nos primeiros seis meses a seguir ao traumatismo, os problemas psicossociais persistem na maioria dos sujeitos com T.C.E. grave, sendo os principais responsáveis pelas alterações da Qualidade de Vida a longo prazo.

Thomsen (1984) estudou as consequências de T.C.E. muito grave passados 2-5 anos e 10-15 anos do acidente. Embora as limitações físicas, disartria e problemas de memória permanecessem graves em muitos casos, as sequelas psicossociais apresentavam-se

como as mais graves. Mudanças permanentes na personalidade foram evidenciadas em 2/3 dos sujeitos e eram especialmente frequentes nos sujeitos mais jovens. Ao nível da linguagem, a melhor recuperação ocorreu nos afásicos, mas poucos ou nenhuns atingiram o nível de linguagem anterior.

O pior resultado foi encontrado nos traumatismos graves. Apesar da grande frequência de défices, foram conseguidas melhoras a longo prazo do estado funcional e alguns recuperaram pelo menos alguma capacidade para trabalhar. A falta de “insight” foi geralmente mais pronunciada e de maior duração nos sujeitos jovens do que nos mais velhos.

Num follow-up que durou entre 1 a 14 anos realizado com 150 pessoas com T.C.E. grave (coma > 6 horas), Jennett e col. (1981) verificaram que 40% tiveram boas melhoras (capazes de recomeçar as suas actividades ocupacionais e sociais), 40% tiveram incapacidade moderada (independentes mas incapazes) e 20% incapacidade grave (dependentes nas actividades de vida diária). Algum grau de incapacidade foi evidente em 97% dos casos (in: Tyerman, 1991).

Os problemas psicossociais comuns depois de T.C.E. incluem incapacidade para manter um emprego remunerado, perda de amizades e diminuição de contactos sociais, isolamento social, diminuição das actividades de lazer, sensação de deterioração da imagem corporal, redução da auto-estima, aumento da dependência da família e dos sistemas de saúde e conflitos entre o casal e os familiares.

O emprego

Em 1975, Bond (in: Prigatano, 1987) estudou a capacidade dos T.C.E. regressarem ao anterior emprego ou a um tipo de trabalho de nível inferior, versus não trabalharem.

As melhores estimativas encontradas foi que aproximadamente 1/3 dos sujeitos com T.C.E grave, que andavam e falavam, voltaram para um emprego remunerado.

Preditores de retorno ou não retorno ao emprego são numerosos. A labilidade emocional e os estados pós-psicóticos estão claramente relacionados com a reduzida capacidade para trabalhar assim como os défices de memória e problemas graves de comunicação (Prigatano, 1987).

McMordie, Barker e Paolo (1990) exploraram o retorno ao trabalho numa amostra de sujeitos com T.C.E.. Embora 45% da amostra estudada se tenha envolvido em alguma actividade laboral após a ocorrência do T.C.E., só 19% estavam em condições de ingresso em emprego competitivo. Os factores que estavam relacionados com o retorno ao trabalho depois do traumatismo eram: idade que tinham aquando do traumatismo, o sexo, a duração da perda de consciência e a classificação obtida numa Escala tipo Likert relacionada com a aprendizagem e dano a nível motor. Muitos daqueles que regressaram ao emprego competitivo fizeram-no em piores condições do que antes do traumatismo.

Os estudos sobre o retorno ao trabalho têm referido que com o aumento da idade existe um pobre prognóstico para o retorno ao trabalho. HeisKanen & Sipponen (1970) ; Bruckner & Randle (1972) e Hpay (1971), sugeriram que acima dos 40 anos a probabilidade de retorno ao trabalho diminui significativamente (in: McMordie, Barker & Paolo, 1990).

Gilchrist e Wilkinson (1969) e Krooks e col. (1987) (in: McMordie, Barker & Paolo, 1990) sugeriram que para aqueles abaixo dos 40 anos, a idade pode não ter efeitos sobre o prognóstico do retorno ao trabalho.

Os resultados do estudo levado a cabo por McMordie e col. (1990) são consistentes com a anterior investigação. Existe pouca diferença nos traumatizados com mais de 13 anos, na casa dos 20 e dos 30 anos, em relação à percentagem de sujeitos colocados a tempo inteiro ou a tempo parcial. No entanto, só quatro dos 37 traumatizados com 40 ou mais anos é que foram colocados numa destas categorias (dois em trabalho a tempo inteiro e dois em trabalho a tempo parcial).

O envolvimento em trabalhos protegidos e actividades de voluntariado revelou ser menos comum quando o traumatismo ocorreu depois dos 40 anos.

Em relação à variável sexo, as mulheres retomaram o trabalho e outras actividades relacionadas com o trabalho em melhores condições do que os homens. É possível que, neste estudo, os homens tenham tido danos cerebrais mais graves do que as mulheres. Outra explicação para o melhor retorno ao trabalho por parte das mulheres depois do traumatismo pode estar relacionado com o facto das mulheres experienciarem menor dano cognitivo do que os homens após lesão cerebral. McMordie e col. (1990) sugerem que como as mulheres têm menor lateralização da organização funcional do cérebro do que os homens e porque existe uma menor assimetria, as mulheres irão ter melhor recuperação do que os homens depois de T.C.E..

Em relação à perda de consciência, os piores resultados no retorno ao trabalho estavam associados ao aumento de perda de consciência mas os resultados também revelaram que a incapacidade para retomar o trabalho também ocorreu em sujeitos em que não houve perda de consciência.

Aqueles com menor perda de consciência (duas semanas ou menos) estavam mais aptos para trabalhar a tempo inteiro, enquanto que aqueles com longas perdas de consciência estavam mais aptos para trabalhar a tempo parcial.

O presente estudo, demonstrou que as pessoas com dano cerebral com mais dificuldades de aprendizagem e motoras estavam menos capazes para retomar o trabalho.

De forma análoga, Brooks e col. (1987) examinaram os factores que influenciam o retorno ao trabalho nos primeiros sete anos após T.C.E. grave. Para isso seguiram 98 sujeitos com T.C.E. grave. Destes, 14% estavam desempregados antes da ocorrência do T.C.E.. Nos primeiros quatro anos após o T.C.E. a percentagem de desempregados era de 73% e após cinco anos de 70%.

Os factores idade, tipo de ocupação antes do dano cerebral e a presença de mudanças cognitivas, comportamentais, e de personalidade ocorridas após o T.C.E. estavam relacionadas com as capacidades para regressar ao trabalho.

O estudo levado a cabo por Fabiano e Crewe (1995) indicou que o emprego competitivo a seguir a T.C.E. grave é uma meta ambiciosa. Enquanto 98% dos sujeitos da amostra estavam empregados ou na escola antes do traumatismo, 43% dos sujeitos ficaram desempregados após o traumatismo.

Mais, os resultados dos testes psicométricos indicaram que muitos sujeitos que estavam desempregados podiam trabalhar a tempo parcial. Mais estudos são necessários para investigar quais as capacidades neuropsicológicas que afectam a empregabilidade após a ocorrência de T.C.E. grave.

Neste estudo os autores sugerem o uso dos testes neuropsicológicos para ajudar a traçar o plano de reabilitação vocacional dos sujeitos.

O Emprego Protegido tem começado a receber uma atenção crescente e pode ser uma alternativa de fornecimento de assistência compensatória no local de trabalho quando existem problemas a nível profissional.

Entende-se por Emprego Protegido o emprego remunerado para pessoas com incapacidades. Destina-se àqueles que têm dificuldades em ser colocados no mercado aberto de trabalho ou para aqueles que, devido às suas incapacidades, necessitam de um apoio subjacente para realizarem o seu trabalho. O suporte é fornecido através de actividades que envolvem treino e supervisão. O Emprego Protegido é conduzido numa variedade de locais, particularmente em locais de trabalho onde as pessoas sem incapacidades estão empregadas (Wehman, Booth, Stallard, Mundy, Sherron, West & Cifu, 1994).

Para, Wehman e col. (1994), o Emprego Protegido é um meio poderoso e flexível que assegura benefícios de emprego normal, fornece suporte apropriado, cria oportunidades e permite inteira participação, integração e flexibilidade no mundo laboral.

Wehman, Inlow, Altman, Mundy, West, Coplin, Kretzer e Zasley (1991) apresentam o estudo de três casos onde descrevem a forma como o Emprego Protegido foi usado para ajudar os indivíduos com moderado ou grave T.C.E. a regressarem ao trabalho.

Estes autores identificaram as componentes do Emprego Protegido para pessoas que tiveram T.C.E. moderado ou grave, são elas: (a) proporcionar um emprego depois de se ter acedido aos défices e interesses individuais dos indivíduos com T.C.E., (b)

fornecer estratégias de treino e de compensação para aquisição de competências vocacionais e sociais no local de trabalho; (c) ter acesso ao ajustamento vocacional e social individual, (d) ser seguido por serviços no e fora do local de trabalho que permitam ao trabalhador permanecer empregado.

A maior parte da intervenção é fornecida durante os meses iniciais de empregabilidade. Nas fases seguintes a intervenção vai sendo cada vez menor, a menos que surjam problemas significativos, no trabalho, em casa ou onde quer que seja.

No estudo supracitado, grande parte da intervenção fornecida a estes indivíduos foi gasta no desenvolvimento de ajudas e adaptações para corrigir problemas através do uso de mapas, blocos de notas, etc. A ajuda foi prestada para fazer adaptações de forma a minimizar as diferenças entre o empregado protegido e os seus colegas de trabalho e acentuar atributos positivos e potencialidades.

As relações interpessoais

A dimensão das relações interpessoais é talvez o mais difícil de aceder cientificamente, mas é da maior importância para a família (Prigatano, 1987).

As mudanças de personalidade no cônjuge com T.C.E. interferem substancialmente no relacionamento do casal.

Morton e Wehman (1995) referem que alguns estudos demonstraram que entre os 6 meses e os 12 anos o apoio social dos sobreviventes diminui significativamente e as amizades pré-existentes dissolvem-se. A rejeição experienciada através desta falta de suporte social contribui para sentimentos de baixa auto-estima e depressão. Esta mudança nos contactos sociais, em muitos casos cria extrema solidão e intensifica a

dependência em relação à família nas actividades sociais, interacção social e uso de actividades culturais da comunidade.

Oddy e Humphrey (1980) aludem para a possível relação entre a falta de amigos próximos, ansiedade e depressão, e para a possível relação entre o isolamento social e um mau prognóstico para a reabilitação.

Oddy, Coughlan, Tyerman e Jenkins (1985) concluíram, através de um follow-up que durou sete anos, que a solidão era referida como a principal dificuldade. 50% da população tinham contactos limitados com os amigos, 60% não tinham namoradas (os) e aqueles que no 2º ano de follow-up tinham namoradas (os) em sete anos perderam-nas (nos) e não as (os) substituíram. As melhoras no ajustamento social estavam relacionadas com o retorno ao trabalho. Estas melhoras incluíram satisfação no trabalho, aumento da auto-estima e maior estabilidade na vida doméstica.

Para aqueles que continuaram desempregados, o isolamento social continuou a ser um grande problema. A razão postulada para a diminuição de amizades foi o elevado grau de mudanças de personalidade experienciadas pelos sujeitos com T.C.E. mais grave. Os autores descobriram que os sujeitos nos sete anos de follow-up viviam predominantemente com os seus pais e estavam limitados nas suas oportunidades para actividades de lazer por perda de competências, falta de interesse e iniciativa e problemas de mobilidade. Oddy e col. constataram que os sujeitos com traumatismos mais graves demonstravam maiores mudanças de personalidade e uma falta de contacto social crónico.

Em 1984, Thomsen verificou que, passados 10-15 anos após a ocorrência de traumatismo grave, o problema de falta de contacto social aumentou. Dois terços da

amostra não tinha contactos fora da família chegada, poucos deles tinham retomado as suas amizades adquiridas antes da ocorrência do T.C.E. e a maior parte substituiu-as por conhecimentos casuais. Um número de sujeitos fez novas amizades com pessoas mais novas ou tiveram relações íntimas com parceiros da idade dos seus pais. Thomsen deu-se conta que outras áreas que não o contacto social, tais como o trabalho e a independência, melhoraram drasticamente com o tempo.

Assistimos a uma preocupação crescente, por parte dos investigadores, sobre os efeitos do T.C.E. na Qualidade de Vida a longo prazo e as investigações parecem enfatizar a importância do contacto social e das amizades significativas como elementos cruciais na Qualidade de Vida dos sobreviventes.

Em 1985, Karpman e col. (in: Morton & Wehman, 1995) atribuíram o isolamento social à falta de agilidade, mobilidade e exposição. Estes autores recomendaram que os indivíduos traumatizados deviam ser assistidos para estabelecer e construir as suas redes sociais após o T.C.E..

Em 1987, Kozloff (in: Morton & Wehman, 1995), que estudou a relação entre o apoio social e os resultados a seguir a T.C.E. grave, verificou que nos primeiros seis meses a seguir ao traumatismo as redes de suporte social mudaram. À medida que o tempo após o traumatismo aumentava, os pais passavam mais tempo com o seu membro da família traumatizado, enquanto que os companheiros se tornavam menos envolvidos. Os sujeitos neste estudo passavam a maior parte do seu tempo em casa.

Kozloff (1987) (in: Morton & Wehman, 1995) aconselha as pessoas que executam os programas de reabilitação a tornarem-se mais atentas aos benefícios do apoio social e

acrescenta que os esforços da reabilitação devem ser re-estruturados para que incluam membros do meio social dos indivíduos com T.C.E..

Em relação às relações interfamiliares, na maior parte, senão em todas as famílias, os familiares do traumatizado crânio-encefálico experienciam um aumento de desarmonia no relacionamento com o seu familiar com T.C.E..

Segundo Lezak (1978) (in: Florian, Katz & Lahav, 1991), a falta de informação, por parte dos membros da família do traumatizado crânio-encefálico, acerca das implicações do T.C.E. no comportamento, pode conduzi-los a considerarem os problemas de comportamento dos traumatizados crânio-encefálicos como um reflexo da sua incompetência enquanto prestadores de cuidados e, conseqüentemente, originar sentimentos de culpa nos familiares. Esta falta de compreensão pode, por sua vez, conduzi-los a dirigir a sua cólera contra os traumatizados crânio-encefálicos porque consideram que eles não se estão a esforçar o suficiente para melhorarem o seu comportamento. Os traumatizados crânio-encefálicos ao se aperceberem desta incompreensão por parte dos familiares aumentam a sua cólera e vingança contra eles e os familiares podem sentir-se ainda mais culpados por estarem a ser coléricos com alguém que está doente.

Fauman (1978) defende que este ciclo de cólera e culpa pode contribuir para um distanciamento entre os membros da família (in: Florin e col., 1991).

Enquanto que as estatísticas de divórcio em sujeitos com T.C.E. versus sem T.C.E. são desconhecidas, é comum ocorrer o divórcio ou a separação a longo-prazo por parte da esposa e da família (Prigatano, 1987).

Wood e Yurdakul (1997) realizaram um estudo com indivíduos com T.C.E. com o objectivo de determinarem a incidência de divórcio/separação. O divórcio/separação do(a) companheiro(a) num período entre 5-8 anos a seguir ao T.C.E. foi referido por 49% da amostra. Os factores que podem estar relacionados com a separação/divórcio incluem a natureza das sequelas neurocomportamentais (mais importante do que a gravidade do traumatismo), a duração da relação antes do traumatismo (aqueles cujas relações perduraram estavam juntos à mais tempo do que aqueles que se separaram) e o tempo decorrido após o T.C.E. (as quebras raramente ocorrem nos primeiros dois anos a seguir ao T.C.E. e são mais comuns depois do 5º ano). Provavelmente é nesta altura que a carga de stress experienciada pelo(a) parceiro(a) e família excede os níveis de tolerância e diminui a esperança de ocorrência de melhoras significativas. Embora não seja possível fazer afirmações, dadas as limitações dos dados, existe uma grande evidência que se uma relação dura há 10 anos, o casal irá provavelmente permanecer junto indefinidamente. Infelizmente isto não implica necessariamente relações de boa qualidade. É possível que o stress persistente, combinado com uma pequena esperança de melhoras, possa conduzir a muitas mais separações. Isto é claramente uma área de interesse futuro.

Embora a maior parte dos sujeitos da amostra fossem casados em vez de viverem em união de facto, a separação pareceu ser mais frequente do que o divórcio.

Isto talvez porque embora o divórcio alivie o stress, curiosamente cria outra fonte de stress através do desenvolvimento de sentimentos de culpa, fazendo com que muitos parceiros não avancem com o terminus definitivo da relação.

Nalguns casos isto surge como uma tentativa de evitamento de conflitos em relação à tomada de decisão dos parceiros. Alguns referem abertamente que preferem continuar

a fornecer apoio desde que isso não implique coabitação porque a relação deixou de ter significado. Só uma pequena proporção é que se importava de manter uma relação tendo como papel o de prestador de cuidados. Esta será outra área interessante de investigação.

Um resultado psicossocial resultante de investigação é a incidência de doença psiquiátrica em esposas e filhos de adultos com T.C.E. Os problemas relacionados com o T.C.E. podem aumentar o stress nos pais e esposa(o) (Prigatano, 1987).

1.5. A REABILITAÇÃO

A reabilitação, entendida como a recuperação do sujeito ao mais elevado nível de adaptação físico, psicológico e social atingido, envolve o trabalho com os sujeitos, familiares e outros.

Inclui todas as medidas destinadas a reduzir o impacto da incapacidade e, indirectamente, melhorar a QDV dos sujeitos.

Segundo Dombovy e Olek (1996), os estudos que se têm debruçado sobre os benefícios e eficácia da reabilitação em traumatizados crânio-encefálicos sugerem que o envolvimento precoce da reabilitação física (isto é, na Unidade de Cuidados Intensivos ou no Internamento de Traumatologia) conduz a uma melhoria dos resultados funcionais e diminui o tempo total de estadia no hospital.

Os mesmos estudos também concluíram que os programas de reabilitação, dirigidos aos doentes em fase aguda e aos que saíram do hospital, parecem ter um efeito positivo a nível funcional e neuropsicológico, assim como no ajustamento social e no retorno ao trabalho (Dombovy & Olek, 1996).

Eames, Cotterill, Kneale, Storrar e Yeomans (1995) seguiram 65 adultos com lesão cerebral durante 19 a 101 meses depois de terem saído de uma unidade de reabilitação. Os resultados demonstraram que a reabilitação trouxe melhorias a nível das competências funcionais e dos comportamentos sociais e, por conseguinte, melhorou a Qualidade de Vida.

Na maior parte dos casos, as melhorias não só foram observadas durante a reabilitação, como também depois dos sujeitos terem terminado a reabilitação.

Para Eames e col. (1995) o tempo de duração da reabilitação necessário é determinado pelas necessidades individuais. Enquanto uns recuperam suficientemente para voltar para casa (e possivelmente para o trabalho) em menos do que seis meses, outros podem necessitar de 15 a 18 meses, e até mais tempo, para atingirem um nível em que já não necessitem de um programa de tratamento.

O retorno ao trabalho é frequentemente visto como um importante indicador de sucesso na reabilitação (Eames e col., 1995).

Mas, se para uns o emprego é um objectivo a atingir, para outros o retorno ao trabalho não é uma opção fiável. Para estes últimos a meta mais importante a atingir é a extinção de comportamentos inapropriados necessária à re-integração social e familiar e o treino das competências funcionais, físicas e cognitivas.

Eames e col. (1995) chamam-nos à atenção para facto de que a reabilitação intensiva não ser eficaz para todos os indivíduos com T.C.E.. O follow-up após alta hospitalar pode ajudar a identificar aqueles que necessitam de serviços de reabilitação de modo a melhorar o funcionamento neuropsicológico, os comportamentos sociais assim como o retorno ao trabalho dos indivíduos.

Mas para que a reabilitação seja bem sucedida, impõem-se estratégias de intervenção multidisciplinares. Existem grandes ganhos na selecção do profissional que está apto a satisfazer as necessidades do indivíduo: o *fisiatra* para estabelecer o programa de reabilitação e supervisioná-lo, o *terapeuta da fala* para intervir junto daqueles que revelam acentuados problemas de comunicação, o *terapeuta ocupacional* para aqueles que estão dependentes dos outros nas actividades de vida diária, o *fisioterapeuta* para aqueles com incapacidades físicas graves, o *técnico de serviço social* para aqueles com problemas financeiros ou sociais e o *psicólogo* quando existem problemas de ajustamento psicossocial e quando existe necessidade de fazer uma avaliação neuropsicológica e reabilitação cognitiva (através de actividades que ajudem o sujeito a melhorar as suas capacidades intelectuais tais como a memória, a atenção, o pensamento, a organização e o planeamento), entre outros.

Não poderíamos deixar de referenciar a importância do trabalho com a família no processo reabilitativo. Quanto maior o impacto do T.C.E. na família, maior é a necessidade de incluir a família no processo de reabilitação.

Existem investigações que sugerem que os sujeitos que melhor recuperam são aqueles cujas famílias estão activamente envolvidas no processo, e que continuam o processo de reabilitação durante longos períodos após terem deixado os serviços formais de saúde (Powell, 1994).

Mas para que os familiares se impliquem no processo de reabilitação, necessitam de “feedback” detalhado acerca dos resultados da avaliação, da natureza e implicações da incapacidade e objectivos do tratamento. Frequentemente requerem conselhos acerca da forma como lidar com os problemas cognitivos e/ou comportamentais do familiar com T.C.E. e apoio na programação de planos apropriados, de forma a assegurarem o

papel de co-terapeuta no reforço das estratégias de tratamento em casa ou no lidar com comportamentos inapropriados.

A família deve ser educada de que os progressos em termos de recuperação são mais rápidos nos primeiros meses e depois cada vez mais lentos, ou até nulos durante algum tempo, mas é sempre possível o doente recuperar mais no futuro.

Em 1986, Rosenthal e Geckler (in: Callon & Jackson, 1995) sublinharam quais as sequelas do T.C.E. que mais afectam o funcionamento familiar: presença de défices cognitivos, dificuldades de comunicação, regressão emocional, afastamento dos contactos sociais, comportamento social inapropriado, depressão e incapacidade para retomar o papel que anteriormente era desempenhado na família. Assim como os danos cognitivos e comportamentais dos sujeitos com T.C.E. afectam os membros da família, também o funcionamento destes tem um efeito recíproco nos resultados da reabilitação contínua dos sujeitos. Deste modo, o sucesso do tratamento dos sujeitos deve envolver apropriadas intervenções baseadas na família.

Resumindo, os prestadores de cuidados de saúde podem implementar três níveis de intervenção com as famílias dos T.C.E: (1) educação, (2) aconselhamento/suporte e (3) terapia.

A grande incidência de défices cognitivos e desordens comportamentais após T.C.E. justifica a reabilitação neuropsicológica nestes indivíduos.

Este tipo de reabilitação visa:

- ❶ a avaliação neuropsicológica
- ❷ o tratamento e recuperação das funções alteradas.

❶ A avaliação neuropsicológica

Por vezes lesões bem observadas nos exames complementares de diagnóstico não provam que haja alteração funcional, e ao contrário, micro-lesões não observadas nos mesmos exames podem ser detectadas no exame neuropsicológico.

A avaliação neuropsicológica pode ser particularmente útil na clarificação do problema, na predição das consequências funcionais e no desenvolvimento de intervenções apropriadas ou adaptações do meio (Powell, 1997).

A decisão de avaliação neuropsicológica depende da questão que pretende ser respondida. Segundo Powell (1997), é frequentemente utilizada para:

- ✦ descrição e medição dos défices cognitivos;
- ✦ diagnóstico diferencial;
- ✦ predição das consequências da intervenção neurocirúrgica do tecido cerebral;
- ✦ monitorização das melhorias ou deterioração associada com a recuperação de, ou exacerbação de, uma condição neurológica;
- ✦ avaliação dos efeitos neuropsicológicos, positivos ou não, dos tratamentos farmacológicos ou não farmacológicos;
- ✦ orientação das estratégias de intervenção;
- ✦ predição ou explicação dos défices no funcionamento social, educacional ou ocupacional;
- ✦ avaliações médico-legais.

Para Mattos (1992), a neuropsicologia parte dos seguintes pressupostos básicos:

- a) O desempenho nos testes são descritos em função de desvios estatísticos da normalidade e da possibilidade;
- b) Os testes medem sistemas funcionais, isto é, processos complexos que envolvem a participação integrada de vários elementos;
- c) O conceito de “dupla dissociação” (Teuber, 1959) refere que: “se um sintoma A ocorre em lesões numa estrutura mas não em lesões noutra estrutura e o sintoma B ocorre em lesões nestas outras mas não em lesões naquela primeira estrutura, pode dizer-se que há especificidade das lesões”. Assim, formulam-se hipóteses de que se há uma determinada lesão que afecta um certo factor, todos os sistemas funcionais que incluem este factor (a percepção visual, por ex.) estarão afectados e todos os sistemas funcionais que não o incluem estarão preservados;
- d) O conceito de desconexão permite entender que lesões numa área podem influenciar o funcionamento de sistemas relacionados a outras áreas.

A recuperação dos défices cognitivos tende a ser rápida nos primeiros meses, mas a partir dos seis meses torna-se cada vez mais lenta, razão pela qual a avaliação neuropsicológica antes deste período geralmente não reflecte o prognóstico a longo prazo (Pereira e Gonçalves, 1996).

Por outro lado, estes sujeitos não são por vezes capazes de cooperarem de forma útil nas primeiras semanas ou meses após o traumatismo, o que invalida as respostas que possam dar na avaliação neuropsicológica.

Um exame insuficiente ou inapropriado do comportamento do T.C.E pode conduzir a uma decisão social e legal injustas respeitantes à empregabilidade e competência, pode invalidar os esforços de planear a reabilitação e pode confundir o doente e a família.

Alguns neuropsicólogos rotineiramente adoptam uma avaliação descritiva compreensiva, testando sistematicamente todas as principais áreas da função cognitiva usando uma bateria standardizada, tal como a “Halstead-Reitan” ou “Luria-Nebraska” (Powell, 1997).

Para Mattos (1992), embora existam vantagens em se quantificar as alterações observadas, o emprego isolado dos resultados não revela alterações subtis que aparecem apenas nos sub-testes (que desaparecem no resultado global) e também omite os dados sobre o comportamento do examinando frente aos testes (perseverações, omissões de um determinado campo visual, confabulações, relações catastróficas, indiferença, etc.).

❷ O tratamento e recuperação das funções alteradas

A moderna reabilitação das pessoas com dano cerebral, teve as suas origens provavelmente por altura da 1ª Guerra Mundial com as melhorias conseguidas junto dos soldados com dano cerebral (Goldstein, 1942). Goldstein (1942) sublinhou a importância dos défices cognitivos e comportamentais a seguir a dano cerebral e descreveu princípios que são quase idênticos àqueles usados na reabilitação neuropsicológica actual (in: Wilson, 1997).

Durante a 2ª Guerra Mundial, Luria e os seus colegas trataram soldados com dano cerebral na União Soviética, e Luria forneceu um contributo importante para os neuropsicólogos contemporâneos interessados em reabilitação (Wilson, 1997).

Para Wilson (1997) a reabilitação neuropsicológica consiste na avaliação, tratamento e recuperação das pessoas com dano cerebral com o objectivo de reduzir o impacto da incapacidade e, indirectamente, melhorar a QDV dos doentes. Envolve o doente, os seus familiares e terapeutas e é influenciada por muitas disciplinas que incluem a Neurologia, a Medicina Geriátrica, a Medicina Física, a Psicologia Clínica, a Terapia Ocupacional, o Trabalho Social, a Psicoterapia, a Fisiologia e a Educação. Contudo, a principal influência teórica veio da Neuropsicologia Cognitiva e Psicologia Comportamental, a última também influenciada pela teoria da aprendizagem.

A grande diversidade de sequelas a seguir a lesão cerebral, conduziu ao desenvolvimento de abordagens globalistas onde os programas de reabilitação tendem a lidar com a pessoa como um todo.

Na óptica de Wilson (1997), a maior parte dos temas destes programas incluem o aumento do auto-conhecimento, aceitação e compreensão, re-treino cognitivo, desenvolvimento de competências compensatórias e aconselhamento vocacional. O objectivo é fornecer um aumento da auto-estima, reduzir a ansiedade e depressão, e melhorar a interacção social.

O aconselhamento e a psicoterapia podem ser considerados sobre a perspectiva de uma intervenção psicológica.

Nas relações conjugais, a intervenção psicológica pode desempenhar um importante papel quando os casais têm dificuldades em retomar a sua anterior relação e necessitam de ajuda para a reconstruírem (Tyerman, 1991).

Tyerman (1991) postula que quando a reconciliação entre o casal já não é possível, os membros do casal podem necessitar de ajuda para resolver a situação, de modo a

minimizar as recriminações e culpa e serem capazes de reconstruir as suas vidas em separado.

O aconselhamento é essencial para pessoas com T.C.E. que tendem a fazer planos irrealistas. Precisam de informação e conselhos sobre opções realistas. Aqueles com capacidade para trabalhar podem necessitar de conselhos acerca da duração do retorno ao trabalho e de uma experiência supervisionada num primeiro momento.

Segundo Tyerman (1991) o aconselhamento durante a reabilitação deve concentrar-se no fornecimento de informação e explicação, promover o “insight” e expectativas realistas.

Em 1981, Burr (in: Tyerman, 1991) sugere que as pessoas com T.C.E. podem “agarrar-se” a uma percepção alterada da sua própria dignidade, do seu novo estigma social enquanto pessoa com incapacidade, da sua dependência dos outros e da sua falta de liberdade de escolha. Sugere que estas pessoas precisam de um aconselhamento para conduzi-las da negação para a aceitação, de um sentimento de perda para uma apreciação do potencial, de estarem ligados ao passado para olharem para o futuro e para se deixarem de ver como doentes, mas sim como diferentes.

Na opinião de Tyerman (1991), o aconselhamento devia ser considerado como um componente importante da reabilitação para as pessoas com T.C.E. e suas famílias. Os serviços de aconselhamento deviam ser fornecidos ao longo do processo de reabilitação, desde a fase aguda de hospitalização até ao apoio comunitário a longo prazo, para facilitar o ajustamento pessoal e familiar depois da ocorrência de T.C.E..

No que diz respeito às psicoterapias, tem-se assistido, desde 1970, a uma proliferação de técnicas cognitivas e programas de reabilitação cognitiva para sujeitos com T.C.E. (Boake, 1989) (in: Callon & Jackson, 1995).

McGlynn (1990) refere que as intervenções comportamentais têm sido bem sucedidas para seis categorias de comportamentos: (1) comportamentos sociais inapropriados, (2) atenção e motivação, (3) não reconhecimento dos défices, (4) memória, (5) linguagem e discurso e (6) problemas motores (in: Callon & Jackson, 1995).

Prigatano (1989) prevê que os programas que utilizam activamente as intervenções psicoterapêuticas irão poder demonstrar como um grande número de pessoas consegue manter o seu emprego muitos anos após a ocorrência do T.C.E. (in: Christensen & Uzzell, 1994).

2- QUALIDADE DE VIDA

2.1. PERSPECTIVA HISTÓRICA

A terminologia Qualidade de Vida (QDV) teve diferentes significados em diferentes períodos durante este século. Foi introduzida nos Estados Unidos da América no final da Segunda Guerra Mundial e supunha a “boa vida” ou a afluência material (Fallowfield, 1990).

O primeiro reconhecimento da importância de medir a QDV surge em 1960 no Relatório da *Commission on National Goals*, da responsabilidade do Presidente Eisenhower dos Estados Unidos da América. Este relatório apontava para uma grande variedade de indicadores sociais e ambientais que deviam ser tidos em conta.

O termo Qualidade de Vida (também conhecido como “satisfação na vida”, “bem-estar”, “felicidade”, etc.) ganhou importância quando os cientistas sociais foram delegados pelos políticos para medir o bem-estar das pessoas, como indivíduos e como comunidades. Os políticos pretendiam provar que defendiam o bem-estar dos seus constituintes durante o seu mandato e delegaram cientistas sociais para quantificar este bem-estar (Day, 1993).

Um dos primeiros a implementar uma medida de QDV foi Cantril (1965), que dividiu a “Self-Anchoring Ladder Scale”, uma simples escala que pretendia que os respondentes identificassem a sua satisfação com a vida (ou algum aspecto dela), numa escala de 1 a 10, do “absolutamente mau” ao “perfeito”. A escala foi, e continua a ser, utilizada na investigação sobre QDV (Day, 1993).

Mas, e segundo Ribeiro (1994), é só no final dos anos 60 que se começa a utilizar esta expressão com preocupações científicas, época em que se iniciaram as investigações sobre esta temática.

A partir de 1970, começa a surgir um grande interesse pela QDV durante a doença, seus tratamentos e reabilitação.

As investigações médicas e os médicos argumentavam que a saúde e a doença eram domínios importantes para inclusão em qualquer levantamento da Qualidade de Vida, e assim seria possível determinar o impacto das intervenções médicas, assim como o impacto da tecnologia médica, na Qualidade de Vida dos seus doentes.

A par do avanço da tecnologia, os doentes começaram a exigir que os seus médicos tivessem uma visão mais globalista dos seus problemas.

Na década de 80, e segundo Ribeiro (1994), o conceito de QDV é do interesse de todos, desde políticos, clérigos, economistas, ecologistas, entre outros que utilizavam o termo para demonstrar o seu interesse pelo bem-estar das pessoas, embora o modo como é imaginada e inferida por estes grupos difira, quer quanto aos conteúdos a fornecer, quer quanto aos modos de avaliar.

Para uns, a QDV expressa-se pela quantidade de bens materiais, para outros de bens espirituais. Para uns constitui uma dimensão objectiva, para outros subjectiva.

A avaliação da QDV de pessoas que sofrem de uma doença tem como elemento central a saúde das pessoas. A QDV nesta perspectiva é frequentemente denominada *QDV Relacionada com a Saúde*.

Os primeiros estudos específicos sobre o tema foram publicados na década de 70. Salientam-se três por terem características complementares: o de Liu (1975), o de Flanagan (1982) e o de Campbel, Converse e Rodgers (1976) (in: Ribeiro, 1994).

Em 1975, Liu (in: Ribeiro, 1994) publicou um artigo exploratório que visava desenvolver um conjunto de indicadores que servisse de guia para a investigação sobre a QDV, com base nos critérios produzidos pelo Relatório da *Commission on Nacional Goals* - explicava que a QDV devia ser medida por nove indicadores, com cada indicador representado por um conjunto de variáveis quantificáveis, que deviam ser:

- (a) suficientemente universais para poderem ser generalizados a toda a população;
- (b) facilmente compreensíveis;
- (c) suficientemente flexíveis, de modo a abrangerem qualquer estilo de vida em diferentes momentos e lugares;
- (d) adaptáveis a condições sociais, económicas, políticas e físicas em mudança, próprias das sociedades dinâmicas;
- (e) abertas à verificação segundo princípios reconhecidos.

Considerava que a QDV devia possuir dois componentes principais: subjectivo (ou psicológico) e objectivo (ou social, económico, político e ambiental) e que a componente subjectiva, por natureza mais qualitativa, geralmente dependente da percepção individual, não era, na época, mensurável, enquanto os componentes objectivos mais quantitativos eram, provavelmente, mais mensuráveis e passíveis de serem agregados.

Flanagan, em 1982 (in: Ribeiro, 1994), utilizou um procedimento diferente para identificar domínios de QDV. Utilizou um conjunto de situações hipotéticas, umas reais, outras idealizadas, em que a pessoa entrevistada indicava os aspectos que considerava mais importantes.

Em 1976, Campbel, Converse e Rodgers (in: Ribeiro, 1994), baseados na perspectiva de Kurt Lewin, que defende que embora as pessoas vivam num ambiente objectivamente definido, percebem-no subjectivamente, sendo a este espaço de vida psicológico que eles respondem, publicaram um dos estudos mais conhecidos sobre QDV. O estudo debruçava-se sobre a população americana com mais de 18 anos e pretendia documentar e facilitar a compreensão acerca de determinadas experiências que descreviam a QDV das pessoas.

Paralelamente à proliferação de investigação com base no objectivo, os psicólogos sociais e sociólogos desenvolveram investigação com base em avaliações subjectivas da satisfação com a vida. A proliferação das medidas objectivas e subjectivas cresceram exponencialmente (Day, 1993).

A abordagem subjectiva é fenomenológica e baseia-se nos sentimentos das pessoas acerca da felicidade, contentamento, ou satisfação - uma metodologia muito menos segura.

As medidas objectivas baseiam-se na crença de que as melhorias nas condições externas melhoram a Qualidade de Vida.

Recentemente tem-se assistido à tendência para considerar a QDV como importante no tratamento de doenças específicas, particularmente neoplasias, doenças renais, hipertensão, cirurgia coronária, artrites e doenças mentais específicas (Spitzer, 1987).

A terminologia QDV tornou-se num proeminente objectivo para os cuidados de saúde.

Spitzer (1987) chamou ao período entre 1977 e 1987 a “era moderna” no campo da avaliação do estado de saúde.

Baker e Smith (1992), numa revisão feita na Medline entre 1983 e 1991, verificaram que o número de investigações publicadas acerca da relação entre doenças específicas e QDV, tem crescido anualmente para todas as doenças, do cancro às doenças coronárias, de diabetes às doenças renais, da artrite à epilepsia, tendo referenciado, só no ano de 1991, a publicação de cerca de 400 estudos (in: Ribeiro & Gru.Po QDV, 1997).

Actualmente existe a necessidade de reexaminar a validade das medidas utilizadas em investigação.

A estrutura dos questionários de investigação tende a adoptar considerações acerca daquilo que é importante para os investigadores e talvez não tanto para os respondentes. Por exemplo, os investigadores seleccionam domínios específicos para avaliação. Talvez isto seja importante, mas para quem?

Mas como é que as pessoas avaliam a sua QDV? Quais são os critérios que utilizam? Comparar-se-ão com as suas vidas passadas, com as suas expectativas futuras, com os seus pares ou parentes?

Em relação à reabilitação, neste momento, QDV tornou-se numa terminologia chave. De facto, o objectivo da reabilitação é a mudança gradual desde a reabilitação da função ou integração na comunidade, ao melhoramento da QDV. Ambas as abordagens objectivas e subjectivas entraram na pesquisa de medidas que examinam o impacto da intervenção de reabilitação ou planos de ajuda na Qualidade de Vida de pessoas com incapacidade.

2.2. DEFINIÇÃO E DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA

Numerosas definições do conceito de QDV existem na literatura e cada investigador tende a interpretá-lo de modo diferente.

Apesar das origens do conceito em termos científicos remontar aos anos 60, ele ainda está em fase de exploração (Ribeiro, 1994).

O termo foi mencionado por Pigou em 1920 no contexto das condições de trabalho, e das suas consequências no bem-estar dos trabalhadores (Wood-Dauphinee & Kuchler, 1992).

Flanagan (1978, 1982) tentou definir os principais constituintes da QDV, identificando o bem-estar físico e material, as relações interpessoais, as actividades recreativas e sociais e o desenvolvimento pessoal como suas componentes (in: Wood-Dauphinee & Kuchler, 1992).

Outras definições retratam a QDV como uma avaliação pessoal e global das boas ou satisfatórias características da vida (Szalai, 1980) ou o nível no qual as necessidades individuais físicas, psicológicas, sociais, estruturais e materiais são satisfeitas (Hornquist, 1982) (in: Wood-Dauphinee & Kuchler, 1992).

Em 1989 e 1991, Kuchler (in: Wood-Dauphinee & Kuchler, 1992) conceptualizou QDV dos sujeitos numa representação multidimensional que incorpora uma série de ideias de outros autores, recorrendo a uma representação gráfica multidimensional. Qualidade de vida é determinada por experiências subjectivas, bem como por factores objectivos no espaço das dimensões de referência, tempo e experiência.

A *dimensão de referência* situa o indivíduo no contexto familiar, grupo social e cultural e num quadro político. Estes factores todos eles influenciam a avaliação da pessoa sobre Qualidade de Vida.

A *dimensão de experiência* compreende o estado físico, em termos das capacidades funcionais e sintomas derivados da doença ou tratamento, estatuto psicológico, aspectos cognitivos e emocionais e relações interpessoais com a família, amigos e técnicos de saúde.

O domínio socio-económico inclui a situação financeira, o meio envolvente, os diversos modos de utilizar os tempos livres e o desempenho profissional da pessoa.

O domínio espiritualidade consiste na crença religiosa, intenção de viver e crenças étnicas.

Finalmente, a *dimensão tempo* introduz a ideia que a Qualidade de Vida é o culminar das experiências passadas e da situação presente, assim como dos objectivos e expectativas futuras.

As três dimensões interagem umas com as outras e colectivamente retractam a QDV do indivíduo num momento particular da sua vida.

Para Wood-Dauphinee e Kuchler (1992), este modelo poderá servir de ponto de partida para futuras orientações e discussões, não podendo contudo ser usado na resolução de medidas para melhoramento da QDV, já que se torna praticamente impossível a elaboração de um programa de reabilitação que abranja todos os aspectos referidos.

Para estes autores, os componentes da QDV são, por um lado, o funcionamento psicológico (estabilidade emocional, afecto, memória, etc.), o físico (fome, mobilidade, sono, sexo, etc.) e o social (interesses, relacionamentos, contactos, etc.). Podendo qualquer um destes funcionamentos ser alterado no caso, por exemplo, do aparecimento de uma doença.

Bucquet (1993) refere que para Campbell-Converse (1970) o conceito de QDV é uma medida composta de bem-estar físico, mental e social tal como é percebido por cada indivíduo ou por cada grupo de indivíduos, e de felicidade, satisfação e gratificação envolvendo principalmente os assuntos não isotéricos da vida, tais como a saúde, casamento, família, trabalho, situação financeira, oportunidades educacionais, auto-estima, pertença e confiança nos outros.

Esta definição é centrada na percepção dos indivíduos e introduz a noção de saúde perceptual ou subjectiva.

Para Chwalow (1993), a QDV diz respeito à integração da doença na vida quotidiana, quer dizer, que ela mede o reflexo das satisfações ou insatisfações que nós

experimentamos na nossa vida actual em geral e o ponto de vista do médico ou dos outros profissionais da saúde, não é o único a ser tomado em consideração.

Segundo este autor, o campo a cobrir ultrapassa o campo somático e é importante não confundir a QDV com saúde. Por conseguinte, as avaliações do nível de saúde e da QDV são duas avaliações complementares, mas de natureza e metodologia fundamentalmente diferentes.

Considera três dimensões de avaliação da QDV, são elas: a) física (possibilidade de se deslocar, dormir, alimentar, dores,...); b) psicológica (vida espiritual do indivíduo, quer dizer, reflexão, pensamento, meditação, satisfações artísticas, ...) e social (a vida de relação com os outros a nível social, profissional, familiar, ...).

Também para Ware (1987), QDV é um conceito mais abrangente do que saúde e inclui padrões de vida, qualidade de habitabilidade e das relações que o indivíduo estabelece com a vizinhança no meio onde vive, a satisfação no trabalho, e muitos outros factores.

Identifica cinco dimensões distintas: saúde física, saúde mental, funcionamento social e desempenho de actividades e percepções gerais acerca da saúde.

Para Levi e Anderson (1980), a QDV seria uma medida composta de bem-estar físico, mental e social, tal como é percebida por cada indivíduo e cada grupo, e de felicidade, satisfação e recompensa.... As medidas podem referir-se à satisfação global, assim como às suas componentes, incluindo aspectos como a saúde, o matrimónio, a família, o trabalho, a situação financeira, as oportunidades educativas, a auto-estima, a criatividade, a competência, o sentido de pertença a certas instituições e confiança nos outros (in: Fernández-Rios & García-Fernández, 1999).

Fallowfield (1990) chama a atenção para o facto de que QDV não é um conceito unitário, mas sim uma amálgama complexa relacionada com o funcionamento satisfatório essencialmente em quatro domínios principais. São eles:

- ✦ O domínio Psicológico- depressão, ansiedade, ajustamento à doença
- ✦ O domínio Social- relações pessoais e sexuais, envolvimento em actividades sociais e de lazer
- ✦ O domínio Ocupacional- capacidade e desejo de ter um emprego remunerado, capacidade para lidar com as tarefas domésticas
- ✦ O domínio Físico- dor, mobilidade, sono, apetite e náusea, satisfação sexual

Em 1993, Spilker (in: Ribeiro, 1994) explica que podem ser considerados dois grandes aspectos da QDV: aspectos ambientais da QDV e QDVRS (QDV Relacionada com a Saúde). Os aspectos ambientais seriam avaliados por organizações fora do sistema de cuidados de saúde e abrangem, entre outros, os seguintes componentes: qualidade do ar e da água, qualidade da escolaridade, densidade populacional, oportunidades culturais, estatuto sócio-económico e social, espírito comunitário.

A QDVRS abrangeria os seguintes componentes: (1) capacidade/disponibilidade física; (2) estado psicológico; (3) estatuto social e (4) estatuto económico/emprego (Ribeiro, 1994).

Poderíamos apresentar muitas mais definições mas uma definição completamente satisfatória e de todo inclusiva de QDV é muito difícil de conseguir. Os médicos parecem mais inclinados para definições em termos da função física, enquanto que os

cientistas psicossociais descrevem-na em termos das complexas inter-relações entre os domínios físico, emocional e social.

Concluindo, as definições de QDV traduzem o contexto em que é estudada (que podem ser contextos específicos, como sejam a QDV no trabalho) e o número de domínios também demonstra ser variável, pelo que é necessário que estes dependam do nível de aprofundamento que se pretenda dar ao estudo bem como da concepção subjacente.

2.3. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

A complexidade do fenómeno que é a QDV torna a sua medição difícil.

Os instrumentos de medição utilizados devem ser apreciados em função dos objectivos do estudo, do contexto de utilização e da qualidade e validade do instrumento. Estes instrumentos são geralmente questionários auto-administrados ou preenchidos durante uma entrevista.

Tal como refere Guillemin (1993), não existe uma mas várias medidas de QDV e não dispomos de uma medida padrão à qual possamos fazer referência. É pois necessário proceder a numerosas etapas que permitam apreciar sucessivamente o conteúdo, as propriedades métricas (fiabilidade, validade, sensibilidade) e a pertinência do instrumento no seu domínio de utilização.

Segundo Ribeiro (1994), o paradigma da QDV possui um conjunto de características operacionais que o tornam substancialmente diferentes das variáveis tradicionalmente consideradas no sistema de cuidados de saúde:

✎ é *multifactorial*, por ser composta por vários domínios/componentes que se devem reflectir na avaliação: o estado psicológico, por exemplo, pode diferir substancialmente do estado físico/funcional e estes, por sua vez, do funcionamento social;

✎ é *percepção pessoal*, ou seja, a percepção que conta é sempre a do próprio;

✎ *varia com o tempo*, pois ao contrário da maioria das medidas fisiológicas que devem ser estáveis, estas devem, ou são susceptíveis de mudar com o tempo;

✎ é *subjectiva*, as técnicas de avaliação devem contemplar aspectos tais como validade e fidelidade, entre outros.

As dimensões de QDV variam de um instrumento para o outro mas as dimensões mais frequentemente exploradas são o funcionamento físico, psíquico e social do indivíduo, às quais se acrescentam, por vezes, o trabalho, o lazer, o bem-estar, o grau de satisfação com os cuidados médicos, a situação financeira, etc. (Bucquet, 1993).

A composição do instrumento determina se se trata de um instrumento genérico, concedido para explorar patologias variadas, ou específico duma dada doença.

Os instrumentos genéricos são concebidos para explorar patologias variadas, estados de gravidade variados e para serem utilizados em diferentes grupos socio-económicos e culturais (Bucquet, 1993).

Os instrumentos específicos possuem um valor informativo parcial porque a generalização dos seus resultados a outro tipo de doenças que não aquelas que estão a ser alvo de estudo, é ilusória. Exploram de forma mais precisa cada dimensão onde se espera uma alteração específica da doença (funcionamento físico, por exemplo) (Bucquet, 1993).

Segundo Martínez-Martin (1998), algumas das medidas genéricas mais utilizadas em saúde são o *Sickness Impact Profile (SIP)*, o *Nottingham Health Profile (NHP)* e o *Short-Form Health Survey (SF-36)*.

Karnofsky foi um dos pioneiros, no campo médico, a introduzir uma escala para medir a QDV dos doentes (Spitzer, 1987).

O *Karnofsky Performance Index* (1948) é uma das medidas de QDV mais referenciadas na literatura médica e é um bom método para determinar o funcionamento físico, mas tem-se revelado um método imperfeito para avaliar a QDV. A principal dificuldade é que não avalia o estatuto psicossocial dos sujeitos e trata-se de uma avaliação subjectiva feita pelo médico (Fallowfield, 1990).

Mais tarde, em 1963, Katz introduziu o *Índice das Actividades de Vida Diária*. Katz não só facilitou a operacionalização, como também despertou a nossa atenção para a importância dos resultados relacionados com o funcionamento físico no contexto de vida diária como fazendo parte da avaliação clínica dos sujeitos. Itens da escala: banho, vestir, cuidado pessoal, mobilidade, continência e alimentação (in: Spitzer, 1987).

Hunt e McEwen (1980) (in: Fallowfield, 1990) desenvolveram o *Nottingham Health Profile (NHP)* que tem sido usado para avaliar o resultado das intervenções médicas. A primeira parte é composta por 38 frases que podem ser subdivididas em seis áreas problema: energia, dor, reacções emocionais, sono, isolamento social e mobilidade física. A segunda parte tem sete frases que dizem respeito às áreas da vida diária que são muitas vezes afectadas pela doença-saúde: emprego remunerado, vida social, relações sociais, vida sexual, hobbies e interesses e férias. Aos respondentes é-lhes pedido que respondam “sim” ou “não”.

Spitzer e col., em 1981 (in: Fallowfield, 1990) desenvolveram o *Índice de QDV de Spitzer* para uso em sujeitos com neoplasia. Identificaram cinco áreas chave de avaliação: actividade, vivência diária, percepção de saúde, suporte social e situação na vida.

As técnicas mais utilizadas para avaliar as consequências do T.C.E. nos indivíduos que o sofreram e que vêm descritas na literatura, são:

✦ *Sickness Impact Profile (SIP)*

Desenvolvido por Bergner e col. em 1976 (in: Fallowfield, 1990), é um dos questionários de QDV mais usados e mais conhecidos. Compreende 136 itens, divididos em 12 categorias distribuídos por três domínios: físico, psicossocial e um último constituído por categorias independentes tais como descansar/dormir, comer, trabalhar, recreação, etc. Os sujeitos respondem sim ou não a cada afirmação. A sua principal limitação é o ser demasiado longo.

✦ *The Funcional Independence Measure (FIM)*

Desenvolvido por Granger e col., em 1986 (in: McPherson & Pentland, 1997), foi concebido como um instrumento para uso geral na prática da reabilitação. Foi originalmente desenvolvido para medir 18 áreas principais de funcionamento em quatro níveis de dependência. Para cada item, uma pontuação de 1 indica completa dependência dos outros para a realização da actividade e uma pontuação de 7 representa completa independência.

Os itens avaliam a alimentação, o vestir, o tomar banho, o despir, a higiene, o caminhar, a compreensão, a expressão, a interação social, a resolução de problemas, a memória, etc.

✦ *Neurobehavioral Rating Scale (NBRS)*

É composto por 27 itens e constitui uma modificação do “Brief Psychiatric Rating Scale” e foi desenvolvido especialmente para os sujeitos com traumatismo cerebral (Lezak, 1995).

✦ *The Community Integration Scale (CIQ)*

Foi recentemente desenvolvido por Willer, Rosenthal, Kreutzer, Gordon e Rempel (1993) para avaliar a integração na comunidade especificamente para indivíduos com T.C.E.. Contém 15 itens que incluem a participação em actividades de lazer, visita a amigos, acontecimentos sociais e actividades produtivas. Estes itens agrupam-se em três dimensões: integração doméstica, integração social e produtividade (trabalho, escola, voluntariado). A Escala pode ser auto-administrada e obtida através de uma entrevista pessoal ou pelo telefone com a duração de 10 a 15 minutos (in: Burleigh, Farber & Gillard, 1998).

3- QUALIDADE DE VIDA E TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO

A maioria dos sujeitos que sobrevivem a T.C.E. grave são jovens. Poucos são os que têm uma recuperação satisfatória, e a maior parte enfrenta incapacidade para o resto da vida (Thomsen, 1984).

Junqué, Bruna & Mataró (1997) postulam que os défices físicos podem desaparecer nos primeiros meses, mas a recuperação dos défices cognitivos pode levar mais tempo. Os familiares frequentemente desconhecem estes aspectos e queixam-se da falta de informação acerca do prognóstico e resultados futuros.

Uma das principais utilidades das medidas de QDV é avaliar os sujeitos ao longo do tempo para ter acesso ao impacto da doença ou do tratamento na vida dos doentes.

Fahy e col. (1967) descobriram que, num follow-up com a duração de seis anos realizado a um grupo de sujeitos com T.C.E. grave, poucos foram os que escaparam a sequelas permanentes: a recuperação da disfunção motora foi geralmente boa e eventuais resíduos neurológicos foram melhor tolerados pelos sujeitos e familiares do que as limitações psiquiátricas (in: Thomsen, 1984).

Dombovy e Olek (1996) desenvolveram um estudo cujos objectivos eram: (1) determinar os resultados a nível funcional, neuropsicológico e social ao 3º e 6º mês após a ocorrência de T.C.E. em doentes que estiveram hospitalizados e (2) ter acesso ao uso de serviços de reabilitação nesta população. A maior parte dos sujeitos teve T.C.E. ligeiro ou moderado.

Os resultados a que chegaram foi que a incapacidade física era mínima no follow-up avaliado através da FIM (Funcional Independence Measure).

Aproximadamente metade dos sujeitos estavam classificados com déficit cognitivo no TICS (Telephone Interview for Cognitive Status) aos 3 meses e cerca de um terço permanecia com déficit cognitivo aos 6 meses. Aos 6 meses, 60,5% dos sujeitos permaneciam desempregados. Só oito dos 67 (que tiveram alta) beneficiaram de algum tipo de serviço de reabilitação. Este dado é alarmante se atendermos ao número de sujeitos que continuaram com défices cognitivos, comportamentais e sociais no follow-up.

Com este estudo os autores concluíram que o envolvimento precoce da reabilitação física, combinada com um follow-up pós-alta hospitalar, pode ajudar a identificar aqueles que necessitam de serviços de reabilitação, serviços estes que podem potencialmente melhorar o funcionamento neuropsicológico, assim como o retorno ao trabalho e à vida social.

De forma análoga, Oddy e col. (1985) estudaram o ajustamento social após ocorrência de T.C.E. passados dois e sete anos e compararam os resultados. A impressão geral foi que as incapacidades e as relações sociais sofreram poucas alterações ao longo de cinco anos. Os poucos sujeitos em que foram identificadas melhoras, já as tinham conseguido nos dois primeiros anos a seguir ao traumatismo.

Existiu uma clara e consistente evidência que com o aumento da idade, as melhoras são menos evidentes.

Não se verificaram mudanças ao nível físico e cognitivo. Ao nível cognitivo, as dificuldades de memória e de concentração eram as sequelas persistentes mais comuns, referidas pelos doentes e seus familiares.

As alterações de personalidade continuavam a ser referidas. Impaciência, dificuldade em tornarem-se interessados por aquilo que os rodeia, comportamento infantil e necessidade de asseio foram os aspectos mais referidos pelos familiares. Os próprios sujeitos forneceram uma imagem semelhante, embora o comportamento infantil fosse menos referido por estes.

Os menos incapazes foram os que fizeram mais progressos no retorno ao seu anterior nível de actividade vocacional e social.

Não foram registadas grandes mudanças ao nível da situação profissional. Aqueles que estavam desempregados aos dois anos permaneceram-no aos sete anos. Nenhum dos sujeitos que estava a trabalhar dois anos depois da ocorrência do traumatismo foi despedido passados sete anos do traumatismo, embora muitos tivessem mudado de emprego antes de encontrarem um local de trabalho adequado e poucos tivessem continuado em situações precárias.

Autores como, Webb, Wrigley, Yoels e Fine (1995) estudaram a QDV de pessoas com T.C.E. dois anos após a ocorrência do T.C.E.. O emprego foi o contribuinte mais forte na melhoria da QDV. As pessoas incapazes de pagar os cuidados de saúde mostraram menores melhoras a nível da independência funcional 12 a 24 meses após traumatismo e referiram uma má QDV. As variáveis psicossociais de culpabilização e suporte familiar melhoraram a QDV, através da redução dos défices e aumento da probabilidade de empregabilidade.

O suporte familiar melhorou a QDV através do aumento da independência funcional.

Pessoas com reduzidas limitações físicas e em que se verificaram ganhos a nível da independência funcional tiveram melhoras na QDV.

Estes autores chegaram à seguinte conclusão: as relações existentes entre as variáveis psicossociais e físicas são importantes quando se estuda a QDV. Recomendam intervenções dirigidas às variáveis psicossociais e independência funcional na tentativa de melhorar a QDV.

Colantonio, Dawson e McLellan (1998) descreveram os resultados a longo prazo, cinco anos após traumatismo, em jovens adultos com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos (idade que tinham na altura em que tiveram o traumatismo), utilizando como medidas o SF-36, o "Head Injury Symptom Checklist" e o Questionário de Integração na Comunidade.

Dos oito itens sumários do SF-36, os piores resultados foram obtidos na Escala "Saúde Mental". Não se registaram diferenças significativas entre os grupos com ligeiro e grave traumatismo em todas as medidas de QDV. Os sujeitos classificados com T.C.E. ligeiro, no global, referiram mais sintomas no "Head Injury Symptom Checklist". Os sujeitos com traumatismos mais graves obtiveram pontuações mais baixas ao nível da integração na comunidade ($p < 0,05$).

Os autores concluíram que a Saúde Mental é uma área importante de interesse no follow-up para todos os sujeitos. Os adolescentes com aparente ligeiro comprometimento cerebral podem ter sintomas de incapacidade muitos anos após traumatismo.

Soderback e Ekholm (1992) desenvolveram um estudo, cujo objectivo era descrever as consequências de traumatismo crânio-encefálico três anos após o acidente, em 11 áreas do comportamento, como sejam: trabalho, actividades sociais e de lazer, satisfação, função sensoriomotora, função perceptual, função intelectual, função emocional,

cuidado pessoal, actividades domésticas, sono e adaptação temporal, em indivíduos a viverem em casa. Como segundo objectivo, pretendiam estudar a forma como o padrão de comportamento era influenciado pela idade, sexo, modo de viver (sozinho/acompanhado), trabalho/não trabalho, nível de trabalho antes e depois do traumatismo, papel social percebido, localização e lateralização do dano cerebral, diagnósticos adicionais e número de traumatismos.

Dos resultados ressalta que não se registaram diferenças entre os homens e as mulheres em nenhuma das áreas.

Verificaram que a incapacidade aumenta com a idade que os sujeitos tinham na altura da ocorrência do acidente.

Os indivíduos que trabalhavam antes mas não depois do acidente, indicavam decréscimo no nível de satisfação e mudanças na função intelectual, no cuidado pessoal e nas actividades domésticas e inabilidade para organizar o seu tempo. Aqueles que re-assumiram o trabalho, mas com diferentes tarefas, indicavam mudanças nas funções emocionais, sensoriomotoras e satisfação em relação às actividades de lazer.

Lesões no hemisfério direito estavam mais relacionadas com dificuldades a nível do cuidado pessoal, da actividade doméstica e da adaptação temporal do que estavam as lesões no hemisfério esquerdo. Os indivíduos com lesões no lado direito do cérebro obtiveram piores danos intelectuais do que os com lesões no lado esquerdo do cérebro.

Segundo Sundert, Finset e Reivang (1988) e Bernspang (1987) (in: Soderback & Ekholm, 1992) as lesões no lado direito do cérebro são consideradas estar relacionadas com a dependência nos cuidados pessoais, e no presente estudo estavam relacionadas com o cuidado pessoal, com as actividades domésticas e com a adaptação temporal.

A existência de diagnósticos adicionais estava relacionada com mudanças na função intelectual e com o retorno ao trabalho. Mais do que um traumatismo não estava significativamente relacionado com mudanças no desempenho ocupacional.

Os indivíduos que viviam sozinhos diferiram significativamente daqueles que viviam acompanhados, em relação às dificuldades em adormecer ou outros problemas do sono. O viver sozinho ou acompanhado (esposa (o)) estava relacionado com a função intelectual.

Mas se os danos cerebrais provocados por T.C.E. têm um impacto profundo e extenso na vida do sujeito, este também se estende à família.

Neste contexto, Leathem e col. (1996) analisaram a mudança de papéis, o uso do suporte social e o grau de satisfação em relação ao suporte social recebido e níveis de stress experienciados por pais e companheiros de pessoas com danos cerebrais. Do estudo resultou que os pais combinados com o grupo de companheiros experienciaram níveis moderados de stress e referiram moderadas mudanças de papéis. Os companheiros referiram um ligeiro aumento no grau de stress e um considerável decréscimo na mudança de papéis comparativamente aos pais e uma grande proporção de companheiros indicaram a presença de problemas de saúde. Foram encontradas diferenças qualitativas entre os dois grupos em relação às fontes de stress. Foram encontradas poucas diferenças quantitativas e qualitativas entre os dois grupos em relação à utilização e grau de satisfação quanto ao suporte social. Correlações positivas foram encontradas entre stress e mudança de papéis e stress e problemas de saúde.

Allen e col. (1990) postulam que os profissionais de saúde e a maioria dos investigadores tendem a debruçar-se sobre a doença ou o dano, dando pouca atenção aos resultados ao nível do desenvolvimento ou ao impacto da doença na vida daqueles que a sofrem.

Karpman, Wolfe e Vargo (1985) realizaram um estudo com o intuito de explorarem o processo de ajustamento social de jovens adultos que sofreram T.C.E. e de seus pais. Em relação aos traumatizados crânio-encefálicos encontraram como aspectos mais relevantes a falta de memória, o isolamento social e a incerteza quanto ao futuro. Os resultados em relação aos pais incluíram superprotecção, questões financeiras e tensão emocional (in: Willer, Allen, Durnan & Ferry, 1990)

Os jovens adultos com T.C.E. e os seus pais identificaram esperança, optimismo, determinação, uma nova atitude perante a vida e uma nova visão sobre o futuro como componentes importantes de ajustamento ao traumatismo.

Em 1988, Wood-Dauplinee, Opzoomer, Williams, Marchand e Spitzer, num estudo sobre os problemas experienciados pelos adultos com várias doenças crónicas, incluindo neoplasias e doenças cardíacas, descobriram que os sujeitos estavam mais preocupados com aspectos da vida diária, tais como o emprego, as relações familiares e a satisfação pessoal, do que com a sua situação clínica (in: Willer e col., 1990).

A investigação suporta a posição de que os indivíduos com doença crónica e pessoas com incapacidade, incluindo os traumatizados crânio-encefálicos, estão tão aptos a enfrentar o mesmo percurso a nível do desenvolvimento como as pessoas saudáveis. A grande diferença está nos impedimentos impostos pela sua incapacidade e nas barreiras encontradas no meio envolvente (Willer e col., 1990).

Os resultados do estudo realizado por Willer e col. (1990) sobre os problemas e estratégias de “coping” adoptadas pelas mães, irmãos e jovens adultos do sexo masculino que experienciaram T.C.E. indicaram que os problemas relacionados com o fazer amigos e manter as amizades eram os mais significativos. As mães identificaram problemas na obtenção de serviços adequados aos seus filhos, principalmente a nível do sistema escolar. Os jovens identificaram a assunção de responsabilidade pelo progresso pessoal como a principal estratégia de coping e as mães identificaram a aceitação das mudanças ocorridas nos filhos como a estratégia de coping mais importante. Estas mudanças incluíam alterações na personalidade. Os irmãos consideraram o stress familiar como o principal problema após a ocorrência de T.C.E. e a supressão de frustrações como a principal estratégia de coping.

Resultados semelhantes aos obtidos por Karpman e col. (1985) (in: Willer e col., 1990) foram encontrados no estudo levado a cabo por Willer e col. (1990), ou seja, a esperança, a determinação e a satisfação com a vida são os aspectos de coping considerados como os mais importantes, quer pelo próprio, quer pela família.

Em relação à necessidade de informação, sentida por parte dos familiares, quanto às consequências do traumatismo, Junqué, Bruna e Mataro (1997) realizaram um estudo com o intuito de avaliar a percepção das famílias em relação às mudanças ocorridas após T.C.E. e a necessidade, por eles sentida, em obter informação acerca das suas consequências. Os resultados demonstraram que as mudanças percebidas no comportamento e sintomas afectivos e na QDV dos sujeitos estavam fortemente associadas à necessidade, expressa pelos membros da família, de informação relacionada com o T.C.E.. Estes resultados sublinham, mais uma vez, a importância de fornecer informação aos familiares acerca das consequências do traumatismo, com

particular ênfase nos distúrbios comportamentais e emocionais, de modo a que estes possam lidar melhor com estes problemas.

Outros estudos têm sido desenvolvidos com o intuito de comparar a percepção dos familiares, do próprio e dos técnicos de saúde em relação às mudanças ocorridas após T.C.E.. É disto exemplo o estudo levado a cabo por Joseph, Gall, Aubin, Forgeau e Truelle (1993). Estes autores avaliaram a QDV, do ponto de vista dos traumatizados crânio-encefálicos e do ponto de vista das pessoas próximas e técnicos de saúde, através da aplicação do Índice de Reintegração na Vida Normal após dano cerebral, proposto por Wood-Dauphinee, dois anos após o acidente.

Os resultados globais mostraram uma concordância satisfatória entre as pessoas próximas e os profissionais de saúde enquanto que a avaliação feita pelo traumatizado foi mais favorável.

Através da análise de cada um dos 11 elementos abrangidos pelo Índice de Reintegração na Vida Normal, verificaram que os elementos que são considerados como mais deficitários para os lesionados são aqueles que têm a ver com aspectos relacionais, tais como: investimento ocupacional, lazer, relações sociais e de amizade. Para além destes aspectos, tanto nos familiares como nos técnicos de saúde, há referência à perda do papel familiar e das capacidades executivas (capacidade de fazer frente aos acontecimentos). Existe, em oposição, uma concordância satisfatória na apreciação da qualidade da autonomia na deslocação e nas actividades de vida diária nos lesionados, nas pessoas próximas e nos técnicos de saúde.

A diferença nas pontuações entre lesionado-pessoa próxima, parece-nos reflectir a falta de tomada de consciência das suas dificuldades, principalmente intelectuais, por parte dos lesionados.

Por conseguinte, parte da estratégia de re-adaptação dos traumatizados crânio-encefálicos deverá ter como objectivo melhorar a tomada de consciência para que seja possível construir um projecto de vida adaptado às suas incapacidades e melhorar-lhes a aceitação das diferentes ajudas.

Alguns investigadores têm-se debruçado sobre as variáveis que influenciam os níveis de recuperação futuros. Falam mesmo em variáveis classificadas como predictoras e indicadoras de QDV em sujeitos com T.C.E..

Klonoff, Costa e Snow (1986) estudaram os preditores e indicadores de QDV de 71 sujeitos com T.C.E. fechado, passados 2-4 anos após a ocorrência do dano. Os preditores incluíram as características pré-mórbidas e os dados relacionados com o dano na fase aguda. Os indicadores incluíram os dados do follow-up, isto é, o funcionamento neuropsicológico.

O estudo demonstrou que a combinação da variável preditora (valor inicial obtido na Glasgow Coma Scale) e variáveis indicadoras de dados neuropsicológicos nas áreas do funcionamento motor, memória e capacidade relacionada com a construção estavam fortemente relacionadas com a QDV, também referido pelos sujeitos.

A relação entre défices de memória e aumento de desemprego foram referidas por Bruckner e Randle (1972) (in: Klonoff e col., 1986).

A gravidade do dano cerebral e a incapacidade motora também estavam grandemente relacionadas com a QDV, baseada nos depoimentos dos familiares no “Katz Adjustment Scale”.

Estes dados sugerem que a QDV é afectada desfavoravelmente pelo aumento da gravidade do dano e por défices motores residuais.

Uma série de preditores/indicadores de QDV baseados no testemunho dos sujeitos e seus familiares foram identificados. Baixo nível de escolaridade e presença de dano no lobo frontal estavam associados a uma má QDV em traumatizados crânio-encefálicos, passados 2-4 anos do traumatismo.

Lezak (1983) fez uma revisão dos factores que influenciam a forma como os danos cerebrais se manifestam. As características da lesão que afectam a expressão do défice incluem a localização, o tipo de dano (focal ou difuso) e a gravidade (in: Callon & Jackson, 1995).

Segundo Gilchrist e Wilkinson (1979), de todos estes factores, a gravidade da lesão é a variável mais importante na previsão dos níveis de recuperação (in: Callon & Jackson, 1995).

Segundo Callon e Jackson (1995), confiar unicamente na localização da lesão para fazer prognósticos é inadequado, porque as normais variabilidades intra-individuais na organização cerebral podem produzir diferentes sequelas em sujeitos com semelhantes zonas afectadas.

O tempo decorrido após a ocorrência de T.C.E. é outro determinante importante para Bond (1979). Este autor detectou que os sujeitos obtêm os melhores ganhos cognitivos nos primeiros seis meses após o traumatismo.

Segundo Callon e Jackson (1995), a idade, o sexo, a dominância lateral e o funcionamento intelectual e psicossocial pré-mórbido são outras variáveis importantes

Na opinião de Sawicki (1990), o melhor prognóstico funcional depois de lesão no lobo frontal é teoricamente ser novo, do sexo feminino, inteligente, ter vivacidade e estar psicossocialmente bem ajustado (in: Callon & Jackson, 1995).

Callon e Jackson (1995) postulam que a duração dos sintomas é maior, em média, no sexo feminino, nos estratos sócio-económicos e intelectuais mais desfavorecidos, nos alcoólicos e toxicodependentes. Para estes autores, a personalidade e as expectativas do doente têm um papel decisivo na evolução do quadro clínico.

Debruçando-nos sobre a variável sexo, Gutman e Klemic (1996) estudaram o impacto do T.C.E. na identidade sexual e no desempenho de papéis em função do género (masculino/feminino).

Verificaram que os homens expressavam maiores sentimentos de inadequação após T.C.E. do que as mulheres e pareciam ter maior dificuldade em resolver rituais de passagem (isto é, execução da actividade profissional, do papel de cônjuge e de pai) e de realizarem tarefas do desenvolvimento características do Estádio de vida em que se encontravam quando experienciaram o T.C.E.. Os homens pareceram depender mais facilmente das actividades tradicionais específicas do seu sexo antes e depois do traumatismo do que as mulheres. Estas últimas, confiavam mais em actividades opostas relacionadas com o género e pareceram ser mais capazes de manter as actividades que tinham antes do acidente do que os homens.

Com este estudo concluíram que a capacidade para resolver satisfatoriamente rituais de passagem ou etapas características do desenvolvimento na altura em que ocorreu o

T.C.E. parece estar relacionado com a capacidade para participar em actividades relacionadas com os papéis sexuais durante aquele estágio de vida particular.

Enquanto alguns médicos estão claramente impressionados com a ideia de que a personalidade que as pessoas tinham antes da ocorrência do T.C.E. influencia a personalidade com que as pessoas ficam depois da ocorrência do T.C.E., ainda é difícil provar isto.

Debruçando-nos agora sobre a personalidade, Oddy e Humphrey (1980) estudaram, numa amostra de 54 sujeitos, o ajustamento social em sujeitos com T.C.E. fechado grave (APT > 24 horas) dois anos após o traumatismo. Verificaram que só seis sujeitos não regressaram ao trabalho passados dois anos mas mais do que seis sujeitos não re-assumiram as suas actividades de lazer anteriores. As relações familiares estabilizaram ao longo do tempo mas os contactos sociais tornaram-se cada vez menos frequentes.

As mudanças de personalidade estavam relacionadas com a relação familiar anterior ao traumatismo, as mudanças cognitivas relacionadas com os contactos sociais reduzidos enquanto que a personalidade pré-mórbida e défices físicos estavam associados com o tempo decorrido até regressarem ao trabalho.

Estes autores ainda constataram que certas características de personalidade pareciam estar associadas com o insucesso em re-assumir actividades, enquanto que outras pareciam estar associadas com problemas no relacionamento interpessoal. Os sujeitos nervosos e desconfiados tendiam a retardar o retorno ao trabalho e as actividades de lazer, enquanto que as pessoas com expansividade verbal (uma tendência para ser impetuoso) tendiam a adquirir mais rapidamente um emprego. As pessoas com elevados valores num factor chamado “desamparo/sem recursos”, antes da ocorrência

do T.C.E., tendiam a ter pobres relações familiares e poucos contactos sociais depois do T.C.E..

Asikainen, Kaste e Sarna (1998) estudaram as variáveis que no estágio agudo determinam os resultados funcionais e ocupacionais a longo prazo nos sujeitos com T.C.E..

A duração do coma e a duração da amnésia pós-traumática, correlacionaram-se especificamente com a história de trabalho dos sujeitos depois do dano cerebral e com o resultado funcional medido pela GOS (Glasgow Outcome Scale)².

Os resultados variaram com a idade e pareceram ser afectados pela idade que a pessoa tinha na altura do traumatismo. A extensão da recuperação dos sujeitos com T.C.E. pode ser estimada precocemente com base em factores de prognóstico que reflectem a gravidade do dano na fase aguda. Os resultados deste estudo sugerem que a pontuação obtida na Escala de Coma de Glasgow (ECG), duração do coma e duração da amnésia pós-traumática são bons preditores no acesso aos resultados funcionais ou ocupacionais nos sujeitos com T.C.E.

Mas o presente estudo também veio demonstrar que até os sujeitos com T.C.E. graves podem vir a ter uma boa recuperação e possuem capacidade para trabalhar alguns anos após a ocorrência do T.C.E..

Debruçando-nos agora sobre a idade da pessoa na altura em que ocorreu o traumatismo, esta tem demonstrado ter um efeito importante nos níveis de

² A Glasgow Outcome Scale ou Escala de Evolução de Glasgow (Santos & Guerreiro, 1994), é uma Escala que serve para classificar os indivíduos em termos do grau de evolução conseguido, que pode ir do bom nível de recuperação à incapacidade grave passando pela incapacidade moderada.

sobrevivência. Embora se dê um aumento da mortalidade nos grupos de pessoas de idade, outros efeitos possíveis da idade nos resultados a nível da sobrevivência ainda não são bem conhecidos.

Para Pereira e Gonçalves (1996), os indivíduos com mais de 40 anos têm mais intensidade dos sintomas e uma mais lenta recuperação dos défices cognitivos.

Os efeitos da idade na altura em que ocorreu o dano são mais complexos e interagem com a gravidade do traumatismo e variam nos grupos de idades.

Nesta óptica, Asikainen e col. (1998) verificaram que ao medir a gravidade do T.C.E através da ECG aquando da admissão no hospital, foi descoberto que boas melhoras funcionais (medidas através do GOS) eram atingidas na maioria dos sujeitos com danos cerebrais ligeiros em todos os grupos de idades, mas os grupos de idades mais novos (≤ 7 anos) e mais velhos (> 40 anos) apresentavam menos melhoras, comparativamente aos grupos de idades compreendidas entre os 8-16 anos e os 17-40 anos. Para os danos cerebrais graves, não se registaram melhoras no grupo dos mais velhos. O segundo valor mais baixo de boas melhoras ocorreu no grupo dos mais novos (≤ 7 anos).

A explicação para os presentes resultados encontrada por estes autores é que a elevada percentagem de incapacidade grave nos sujeitos jovens com T.C.E. grave pode ser atribuída a factores biológicos, isto é, o dano vai impedir que as matrizes de conexão do cérebro adulto normal se instituem e isto sugere que o cérebro novo tem uma capacidade limitada para recuperar por inteiro, podendo não atingir o nível que atingiria se não tivesse ocorrido T.C.E..

Nos sujeitos de mais idade, uma causa de resultados pobres pode ser o decréscimo de plasticidade do cérebro para recuperar de dano grave.

A investigação sugere que, aquando de um traumatismo, o cérebro faz um esforço de reparação na tentativa de se re-organizar a si mesmo. Quando o traumatismo ocorre é como se partes do cérebro, que não eram anteriormente utilizadas para uma tarefa particular, viessem a desempenhar as funções previamente realizadas pelas áreas danificadas. Com efeito, “novos caminhos” são criados e abertos. Existe evidência que quanto mais jovem é o crânio, mais facilmente se dá a abertura destes novos caminhos. À medida que se envelhece, os “caminhos” tornam-se mais estabilizados e o cérebro torna-se menos flexível ou “plástico” (Powell, 1994).

Algumas observações podem ser feitas sobre as medidas utilizadas no estudo levado a cabo por Asikainen e col. (1998), isto é, a pontuação obtida na ECG pode ser mais útil na predição dos resultados funcionais de acordo com o GOS (Glasgow Outcome Scale) do que na predição da capacidade para trabalhar. Contudo, a duração do período de coma e a APT são provavelmente mais relevantes no que diz respeito à possibilidade de empregabilidade futura do que a pontuação inicial obtida na ECG.

Rothweiler, Temkin e Dikmen (1998) estudaram o efeito da idade nos resultados psicossociais em sujeitos de ligeiro a grave T.C.E.. Um ano após a ocorrência do T.C.E. verificaram que o aumento da idade está associado com o aumento das limitações psicossociais, especialmente em pessoas com 60 ou mais anos.

Parte do motivo destes resultados prende-se com a elevada gravidade do dano sustentada pelas pessoas mais velhas traduzido por um coma mais prolongado (isto é, as pessoas mais velhas podem sofrer danos mais destrutivos ou graves,

comparativamente aos mais novos) bem como por um número mais elevado de complicações e cirurgias devido a hematomas sub-durais. Contudo, as consequências dos T.C.E. parecem piorar com o aumento da idade em cada nível de gravidade, incluindo os T.C.E. ligeiros.

Os idosos claramente evidenciaram uma recuperação menos completa um anos após a ocorrência de T.C.E. do que os adultos jovens, por um lado porque possuem reduzidas reservas para tolerarem o T.C.E. e, por outro lado, porque a sua fisiologia cria um dano mais destrutivo.

Concluíram que a ECG sozinha pode não fornecer uma estimativa exacta sobre a gravidade do traumatismo nas pessoas de mais idade, bem como sobre as consequências a ele associadas. Os autores aconselharam a ter-se alguma prudência na generalização dos resultados obtidos com indivíduos jovens para os indivíduos com T.C.E. mais velhos. Pois, embora diferenças de opinião se mantenham ainda hoje, é de comum acordo que um T.C.E. ligeiro numa pessoa nova e saudável antes do T.C.E. não conduz vulgarmente a incapacidades e défices persistentes e significativos a nível neuropsicológico e psicossocial, o mesmo não se verificando em pessoas de mais idade.

Embora os participantes do presente estudo não tenham tido cirurgias aos hematomas sub-durais e outras complicações mais graves, podem ter tido contusões ou outros problemas que exigissem cirurgia.

Durante muitos anos a noção de que o dano cerebral causava menos prejuízo nas crianças do que nos adultos (conhecido como o “Princípio Kennard”) recebeu uma grande aceitação por parte dos cientistas e médicos.

Recentemente, os neurocientistas questionaram o Princípio, mas agora analisam-no sob o ponto de vista oposto, isto é, assumem que um dano ocorrido na altura em que ocorre um rápido desenvolvimento do cérebro pode ser mais prejudicial do que um dano equivalente ocorrido na idade adulta. Muitos médicos, contudo, parecem relutantes em rejeitar o Princípio Kennard (Webb, Rose, Johnson & Attree, 1996).

Webb e col. (1996) foram estudar o quanto o Princípio Kennard continua a influenciar o parecer de diferentes grupos de profissionais ligados à saúde (Neurocirurgiões, Neurologistas, Médicos de Clínica Geral, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais e Terapeutas da Fala). Verificaram que os diferentes profissionais diferem nos seus níveis de optimismo em relação à extensão das melhoras esperadas (por exemplo, os fisioterapeutas revelaram-se mais optimistas em relação à recuperação do que os neurocirurgiões), mas todos preveram melhor recuperação nos sujeitos mais novos (com menos de 10 anos) do que nos adultos com semelhantes lesões cerebrais.

Uma das explicações que eles encontraram para explicar estes resultados prende-se com a relação entre a adesão ao Princípio e a altura em que os médicos se formaram, isto é, aqueles que se licenciaram na década da evidência científica que coloca o Princípio Kennard em questão poderão ser mais cautelosos nas suas estimativas acerca das melhoras a seguir a dano cerebral nas crianças, contudo, esta hipótese não foi tida em conta.

Asikainen, Kaste e Sarna (1996) estudaram a influência da idade e das habilitações escolares que as pessoas possuíam antes da ocorrência do dano cerebral nos resultados sociais e vocacionais num grupo de sujeitos com T.C.E. e que ficou com problemas educacionais e laborais após o traumatismo. Os sujeitos que foram seguidos durante

cinco anos e aqueles que foram admitidos num programa de reabilitação e inserção profissional após o traumatismo foram os seleccionados para o estudo. Os intervalos de idades utilizados no estudo foram: 7 ou menos anos de idade; 8-16 anos; 17-25 anos e 26 ou mais anos na altura do T.C.E..

As crianças que tinham 7 ou menos anos de idade quando sofreram o T.C.E. tiveram traumatismos mais graves (medido através do GOS) do que o grupo de crianças mais velhas e estavam menos capazes de ter um emprego competitivo do que as crianças com idades compreendidas entre os 8-16 anos.

Os sujeitos com habilitações académicas mais elevadas, em geral, obtiveram melhores resultados. Na categoria dos T.C.E. ligeiros, a maioria dos sujeitos, indiferentemente da idade, recuperaram bem, com base no GOS, e estavam aptos para emprego competitivo no final do follow-up.

Aqueles com T.C.E. grave ocorrido precocemente (na infância e com idades compreendidas entre os 8-16 anos) e com poucas habilitações académicas tinham relativamente pior resultado social e vocacional. Melhores resultados foram obtidos por aqueles indivíduos com traumatismos graves mas cujos traumatismos ocorreram mais tarde (dos 17 aos 25 anos ou com mais de 26 anos). O presente estudo revelou que os requisitos necessários para começar a trabalhar parecem ser superiores àquelas necessários para continuar a trabalhar, isto é, existem diferenças entre aprender novas competências e re-aplicar competências já aprendidas (é mais fácil voltar ao anterior trabalho do que aprender um de novo).

Nos grupos de sujeitos com moderado e ligeiro T.C.E. não foi detectada relação entre a idade ou habilitações académicas antes do traumatismo e resultados sociais e vocacionais futuros.

Este estudo veio ainda demonstrar que em sujeitos que tiveram T.C.E. grave, as competências práticas adquiridas na Escola antes do T.C.E. ou resultantes da experiência profissional são mais bem retidas e são mais facilmente re-aplicadas depois do T.C.E. do que são as competências teóricas adquiridas.

A principal conclusão a retirar do presente estudo é que o T.C.E. grave ocorrido numa fase precoce do desenvolvimento (especificamente na infância ou na juventude associado a baixas habilitações académicas) tem um impacto mais grave nos resultados sociais e vocacionais futuros, comparativamente ao impacto do T.C.E. grave ocorrido na idade adulta.

Outra variável considerada importante no prognóstico é o estatuto conjugal.

Moore, Stambrook, Gill e Lubusko (1992) estudaram as diferenças existentes entre os testemunhos fornecidos por sujeitos solteiros e casados com T.C.E. moderado e grave sobre a QDV psicossocial e emocional.

Com a idade e a gravidade controladas, os participantes casados descreveram-se como mais ansiosos, deprimidos, com afectos mais hostis, mais confusos, cansados e com dificuldades nas actividades recreativas, bem como com menores dificuldades no cuidado corporal e movimento, comparativamente aos participantes solteiros com T.C.E..

Uma das explicações possíveis que os autores encontram para estes resultados prende-se com as dinâmicas familiares. Pode ser que o sistema familiar seja menos flexível às

mudanças ocorridas quando um familiar está incapacitado, comparativamente às mudanças ocorridas na dinâmica familiar quando um membro criança (adulto solteiro) está incapacitado. O sistema familiar tem etapas de desenvolvimento que vão sendo ultrapassadas e a adaptação a um membro da família, que de repente ficou dependente, vai como que forçar a família a re-definir os passos mais críticos do desenvolvimento que já tinham sido ultrapassados antes da ocorrência do traumatismo.

Já um sujeito solteiro (que é considerado um membro criança na sua família de origem) com T.C.E. pode somente representar um passo isolado para trás no desenvolvimento, conjuntamente com as mudanças financeiras, sociais e interpessoais que a família com um familiar com T.C.E. enfrenta.

Para as mães dos traumatizados crânio-encefálicos, a dependência infantil é uma etapa natural do relacionamento entre pais e filhos, que tende a desaparecer com o tempo.

Em contrapartida, o relacionamento baseado na dependência infantil é algo estranho entre casais e, por este motivo, pode exacerbar os problemas da relação conjugal.

Outro componente que os autores pensam poder explicar os presentes resultados envolve as diferentes mudanças ocupacionais entre sujeitos casados e solteiros subsequente ao T.C.E.. Parece que as pessoas casadas tendem a experienciar uma diminuição no estatuto ocupacional a seguir ao T.C.E., atingindo um nível quase igual ao solteiro. A perda de prestígio, papel ocupacional e auto-imagem podem criar tensão a nível individual e familiar, mudanças e perdas que se reflectem numa diminuição de QDV. Em contrapartida, deve ser relativamente mais fácil para os mais novos, pessoas solteiras, aceitarem um papel ocupacional de menor categoria, lidarem mais facilmente

com a mudança de papéis e fazerem uma apreciação menos negativa da QDV comparativamente aos mais velhos, pessoas casadas.

Panting e Merry (1972) (in: Florian, Katz & Lahav, 1991) ainda referem outro factor de stress na relação do casal. Enquanto que as mulheres têm que cuidar fisicamente do traumatizado sem apoio de outra pessoa, os pais do traumatizado crânio-encefálico podem partilhar esta tarefa um com o outro. Se existirem filhos do casal, o T.C.E. vai interferir na capacidade do sujeito com doença ajudar a cuidar das crianças e comprometer a sexualidade do casal.

Wood e Yurdakul (1997) constataram que a gravidade do T.C.E. não é, por si só, uma explicação suficiente para a ruptura da relação conjugal. Então, que factores influenciarão a estabilidade da relação?

A duração da relação de um casal antes do T.C.E. parece ser um desses factores. Em geral, a probabilidade de divórcio ou separação é inversamente proporcional ao tempo de duração da relação. No estudo levado a cabo por Wood e Yurdakul (1997) os parceiros dos sujeitos com T.C.E. casados há algum tempo (mais ou menos 15 anos) aceitavam melhor as mudanças no seu parceiro como resultado de T.C.E. e não equacionavam tanto a separação como uma solução.

Segundo estes autores, o tempo decorrido desde o T.C.E. é outro factor importante para estes autores. Os dados do estudo também provaram que a probabilidade de separação ou divórcio aumenta com o tempo desde a data do traumatismo, com tendência para a relação terminar aproximadamente cinco a seis anos após o T.C.E.

Da análise dos estudos supracitados, que se debruçam sobre as mudanças ocorridas após T.C.E., ressaltam como principais domínios de QDV a saúde, o emprego, o nível de autonomia e independência conseguidos e as relações sociais e familiares.

A necessidade de programas de reabilitação que forneçam apoio a longo prazo aos traumatizados crânio-encefálicos e suas famílias, conjuntamente com a integração comunitária, assim como estratégias de tratamento mais eficazes, parecem importantes para aumentar a QDV dos traumatizados crânio-encefálicos.

A European Brain Injury Society (E.B.I.S.) elaborou um documento europeu, cujo objectivo principal é definir linhas directrizes para uma avaliação mínima do T.C.E. susceptíveis de representar uma base comum para a maior parte dos profissionais e dos centros que têm a cargo estes doentes (Santos & Guerreiro, 1994).

Os *objectivos clínicos* são obter um perfil das capacidades e incapacidades nos diferentes estádios após o traumatismo e durante a reabilitação e, assim, guiar os diferentes profissionais ligados à reabilitação e re-inserção do doente (Santos & Guerreiro, 1994).

O documento cobre todos os aspectos médicos e sociais do T.C.E. e pode ser usado como instrumento global de avaliação e para fins médico-legais (Santos & Guerreiro, 1994).

Os *objectivos científicos* são fornecer dados que melhorem os conhecimentos sobre o T.C.E. e as suas consequências; definir as necessidades específicas dos doentes; julgar a eficácia da reabilitação e definir os padrões de qualidade dos programas de intervenção (Santos & Guerreiro, 1994).

Santos e Guerreiro (1994) postulam que o documento foi elaborado no decorrer de reuniões de trabalho em Bruxelas (1988, 1991), com a colaboração de numerosos especialistas representando principalmente os 12 países da Comunidade Europeia e oriundos dos mais diversos ramos profissionais. A coordenação foi assegurada pelo Doutor D. N. Brooks e pelo Professor J. L. Truelle. O representante português é o Prof. Dr. Alexandre Castro Caldas (Hospital de Santa Maria).

Para preencher o documento, são necessários três participantes:

- ✦ um profissional familiarizado com a intervenção na área dos traumatismos crânio-encefálicos;
- ✦ o próprio traumatizado;
- ✦ um acompanhante (se possível o familiar que após o traumatismo foi ou é o responsável pelo doente);

O documento pode ser preenchido, na sua maior parte, através de uma entrevista. Para os dados médicos, pode ser necessário o apoio de um médico (Santos & Guerreiro, 1994).

CAPITULO III

MÉTODOS

1- TIPO DE ESTUDO

O presente estudo é um estudo exploratório e comparativo.

Segundo McGuigan (1974), quando há pouco conhecimento sobre um dado problema o experimentador realiza um estudo exploratório. O investigador é simplesmente um curioso que vai colectar alguns dados, não tendo contudo uma base para prever como resultará o experimento.

Através da pesquisa feita na Medline, Psyclit e Internet não foram identificados estudos realizados em Portugal sobre a temática que nos propusemos estudar.

Só identificámos um estudo - o estudo levado a cabo por Webb e col. (1995) em 1989 sobre QDV de pessoas com T.C.E., passados dois anos do traumatismo, residentes ou acidentados em Albama - que utilizou o Questionário SF-36 como instrumento de medida.

Ao mesmo tempo é um estudo comparativo porque compara dois grupos de indivíduos (o grupo de indivíduos com T.C.E. e o grupo de indivíduos sem doença).

2- DEFINIÇÃO DE VARIÁVEIS

São consideradas para o presente estudo as seguintes variáveis:

Variáveis sócio-demográficas e clínicas:

- ✎ Idade
- ✎ Sexo
- ✎ Nível de escolaridade

- ✎ Estado civil (antes e depois do traumatismo)
- ✎ Situação profissional (antes e depois do traumatismo)
- ✎ Causa do T.C.E.
- ✎ Tempo decorrido desde o traumatismo
- ✎ Tipo de reabilitação recebida
- ✎ Gravidade do T.C.E.

Variável dependente:

Qualidade de Vida a nível do Funcionamento Físico, Papel Físico, Funcionamento Social, Dor Corporal, Saúde Mental, Papel Emocional, Vitalidade, Saúde Geral, Transição na Saúde, Concentração, Família e Trabalho.

Variável independente:

Traumatismo Crânio-Encefálico (grave, moderado ou ligeiro) ocorrido há um ano ou mais.

A Gravidade do T.C.E. foi calculada com base na pontuação obtida na Escala de Coma de Glasgow na admissão ao Hospital, informação esta fornecida pelo médico assistente do sujeito. Para aqueles cuja aplicação do questionário não ocorreu em meio hospitalar ou, tendo ocorrido em meio hospitalar, não nos foi possível ter acesso a ela, não foi alvo de registo.

3- PARTICIPANTES

3.1- SELECÇÃO DOS PARTICIPANTES

No presente estudo foram utilizados dois grupos de indivíduos:

- ↘ **Grupo 1-** indivíduos sem doença
- ↘ **Grupo 2-** indivíduos com doença (traumatizados crânio-encefálicos)

Grupo 1

Como valores normativos, adoptámos uma amostra de 739 sujeitos com características equivalentes aos com doença, excepto não terem doença.

Todos os valores respeitantes aos indivíduos sem doença foram cedidos pelo Prof. Doutor Pais Ribeiro da amostra para o estudo normativo de validação do SF-36.

Grupo 2

A população é constituída por indivíduos com diagnóstico clínico de Traumatismo Crânio-Encefálico (seja ele ligeiro, moderado ou grave), ocorrido há pelo menos um ano, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, e sem patologias associadas.

Os participantes constituem uma Amostra de Conveniência (Ribeiro, 1999) de 40 indivíduos, isto é, os participantes foram seleccionados para o estudo de acordo com um certo número de critérios estabelecidos por conveniência do investigador.

Os participantes que acederam participar no estudo são provenientes: (a) da consulta externa de Fisiatria do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão; (b) do Serviço de Psicologia Clínica de Reabilitação Geral de Adultos do Centro de Medicina de

Reabilitação de Alcoitão; (c) da Unidade de Neurologia/Neurofisiologia, Laboratório de Neuropsicologia do Hospital de S. José e (d) da consulta de Neurocirurgia do Hospital Egas Moniz.

Os participantes que frequentavam a consulta de Neurocirurgia do Hospital Egas Moniz, e que reuniam os critérios de selecção da amostra, foram convocados por carta ou telefonicamente, para participarem no estudo. Os restantes participantes foram inquiridos aquando da sua presença nas consultas.

Crítérios de inclusão:

- ✦ diagnóstico médico de Traumatismo Crânio-Encefálico;
- ✦ idade compreendida entre os 18 e 65 anos;
- ✦ traumatismo ocorrido há mais de um ano;
- ✦ nível de escolaridade, necessário à leitura, preenchimento e compreensão do instrumento;
- ✦ capacidade do sujeito funcionar de forma independente no seu dia-a-dia, ou seja, com moderado ou ligeiro comprometimento cerebral;
- ✦ ausência de doenças associadas (ex.: alcoolismo crónico, doença psiquiátrica, etc).

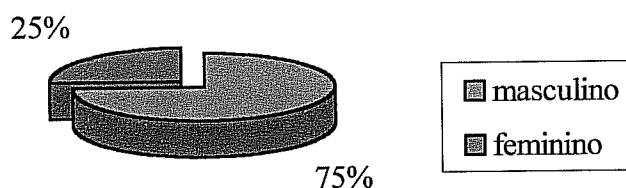
Alguns dos sujeitos a quem foi aplicado o questionário não foram incluídos na amostra porque só aquando da aplicação do questionário é que verificámos que eles não reuniam os critérios de inclusão na amostra.

3.2 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

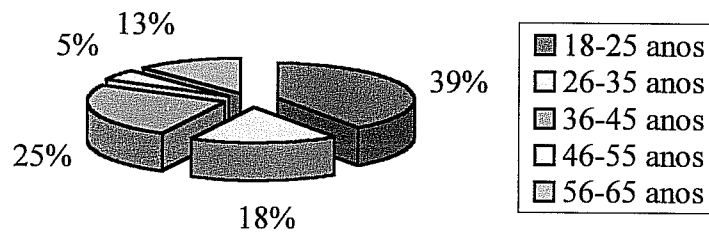
Os participantes com doença constituem uma amostra de 40 sujeitos com Traumatismo Crânio-Encefálico ligeiro, moderado e grave (segundo a pontuação obtida na Escala de Coma da Glasgow), ocorrido há pelo menos um ano, 30 (75%) do sexo masculino e 10 (25%) do sexo feminino. As idades variam entre os 18 e os 64 anos e as habilitações académicas entre o 1º Ciclo e o Ensino Superior.

Os Gráficos que se seguem ilustram a distribuição da amostra por sexo, idade, habilitações académicas, estado civil (antes e depois do T.C.E.), data de ocorrência, idade quando ocorreu o T.C.E., situação profissional (antes e depois do T.C.E.), causa do T.C.E., tipo de reabilitação recebida e gravidade.

Gráfico 1- Caracterização por Sexo

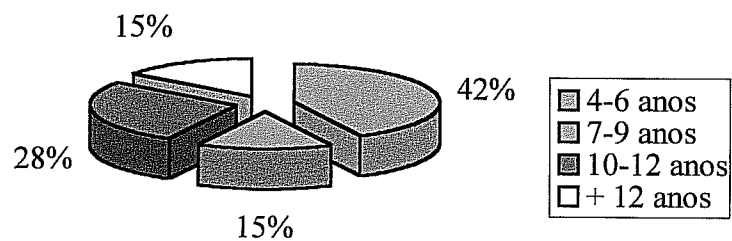


Constatamos um claro predomínio (75%) de sujeitos do sexo masculino, comparativamente à percentagem de sujeitos do sexo feminino (25%), tal como se encontra evidenciado no Gráfico 1.

Gráfico 2- Caracterização por Idade

Através da análise da distribuição etária dos participantes (Gráfico 2), constata-se que a camada mais jovem da população, isto é, com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos, é a que tem maior expressão (39%), seguida das idades compreendidas entre os 36 e 45 anos (25%). O intervalo de idades com menor expressão é o intervalo entre os 46 e 55 anos, cuja percentagem é de 5%.

A média de idades é de 34,15 anos e o desvio padrão de 13,68.

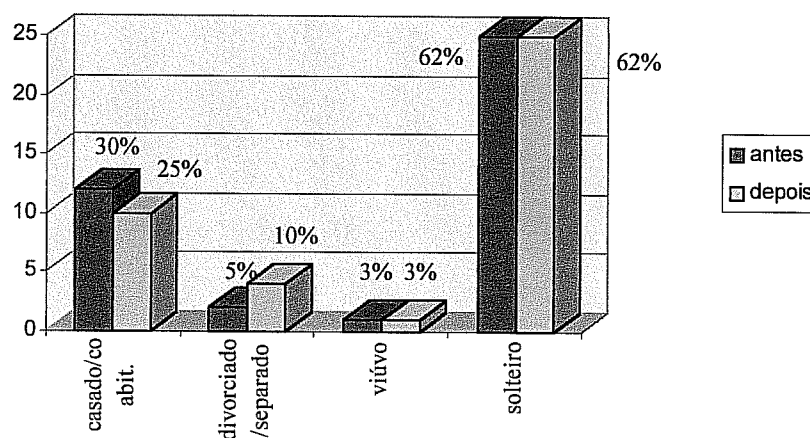
Gráfico 3- Caracterização por H. Académicas

Relativamente ao nível de escolaridade (Gráfico 3), a distribuição vai desde o 1º Ciclo (4 anos) ao Ensino Superior (mais de 12 anos).

Verifica-se que elevada percentagem (42%) dos participantes possui apenas o 1º ou 2º ciclo (4-6 anos), mas se atendermos às pessoas com 10 ou mais anos de escolaridade, o valor é superior a este, atingindo os 43% (28% + 15%).

Lembramos que um dos critérios de selecção da amostra era os sujeitos possuírem escolaridade necessária à leitura, preenchimento e compreensão do questionário.

Gráfico 4- Caracterização por Estado Civil
(antes e depois do T.C.E)

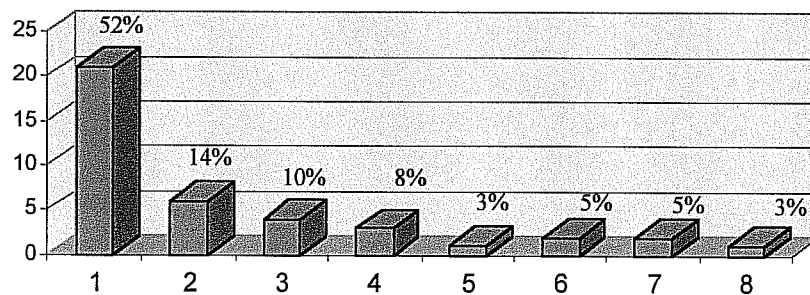


Da análise do Gráfico 4, damos-nos conta que a maioria dos participantes é solteira (62%) e este valor é o mesmo antes e depois da ocorrência do T.C.E..

Já em relação aos casados ou em coabitação e divorciados ou separados verificaram-se alterações depois do T.C.E., sendo que dois sujeitos divorciaram-se/separaram-se após a ocorrência do T.C.E., passando de 5% para 10% a percentagem de divorciados/separados e de 30% para 25% a percentagem de casados/em coabitação.

Existe um só participante viúvo, cujo estado civil se manteve após a ocorrência do T.C.E., e que corresponde à percentagem de 3%.

Gráfico 5- Caracterização por Data de Ocorrência

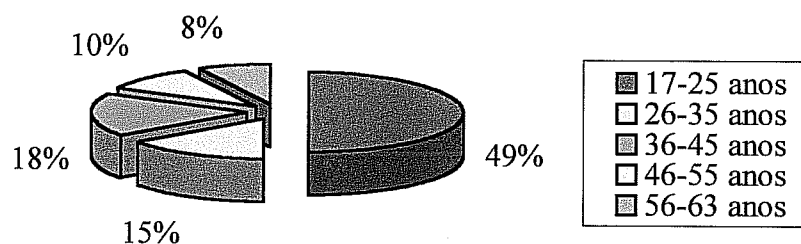


De acordo com o Gráfico 5, a franja dos participantes com o T.C.E. ocorrido há um ano, tem um valor bastante expressivo (52%), seguido do T.C.E. ocorrido há dois anos (14%), três anos (10%) e quatro anos (8%).

Existe igual percentagem de participantes (5%) cujo T.C.E. ocorreu há seis e sete anos.

Só existe um participante (3%) cujo traumatismo ocorreu há cinco anos e um participante (3%) cujo T.C.E. ocorreu há oito anos.

Gráfico 6- Caracterização por idade na altura da ocorrência do T.C.E.

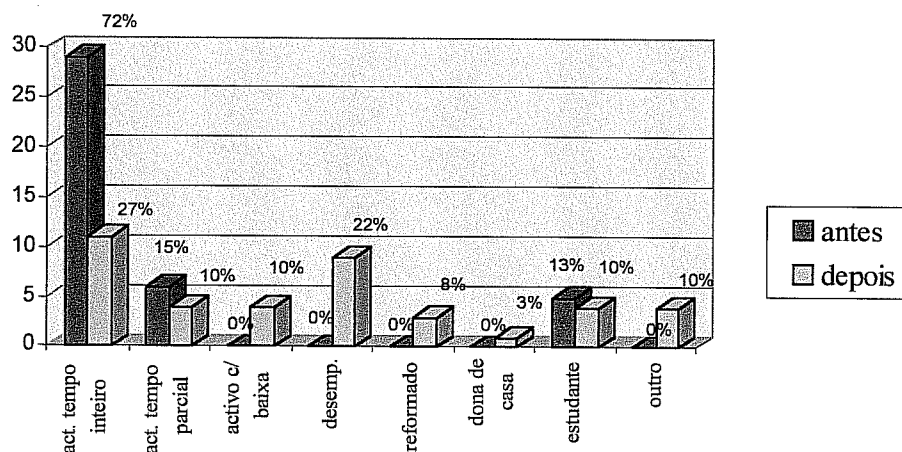


Através da análise do Gráfico 6, constatamos um claro predomínio de participantes na faixa de idades compreendidas entre os 17 e os 25 anos (49%).

No intervalo de idades entre os 26 e 35 anos situam-se 15% dos participantes, 18% situam-se entre os 36 e 45 anos e 10% entre os 46 e 55 anos.

O intervalo de idades compreendido entre os 56 e 63 anos é o que tem menor expressão (8%).

Gráfico 7- Caracterização por Situação Profissional (antes e depois do T.C.E.)



Através da leitura do Gráfico 7, verifica-se que antes da ocorrência do T.C.E., 72% dos sujeitos estavam empregados a Tempo Inteiro, 15% a Tempo Parcial e 13% eram Estudantes.

Após a ocorrência do T.C.E., a percentagem de participantes empregados a Tempo Inteiro diminuiu acentuadamente, passando de 72% para 27%, e os sujeitos passaram a distribuir-se por novas categorias, como sejam: “Activo com Baixa” (10%), “Desempregado” (22%), “Reformado” (8%), “Dona de Casa” (3%) e “Outro” (10%).

Na categoria “Outro”, responderam os participantes que frequentam/frequentaram um Curso de Formação Profissional. A opção de ingresso num curso de Formação Profissional só ocorreu após o T.C.E., em 10% dos participantes.

A percentagem de participantes estudantes diminuiu depois da ocorrência do T.C.E. (passou de 13% para 10%).

A percentagem de participantes com actividade profissional a Tempo Parcial, diminuiu após a ocorrência do T.C.E. (passou de 15% para 10%).

Um resultado que se evidencia é a elevada percentagem (22%) de participantes que ficaram desempregados após a ocorrência do T.C.E..

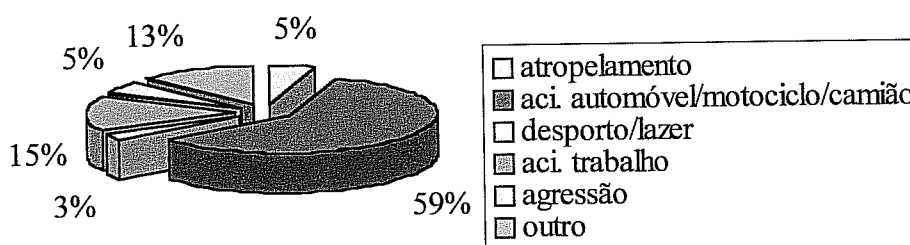
Quadro 4- Retorno ao trabalho após a ocorrência de T.C.E. por Sexo

Sexo	Retorno ao trabalho		
	A Tempo Inteiro	A Tempo Parcial	Total
Masculino	10	1	11
Feminino	0	2	2
Total	10	3	13

Através da análise do Quadro 4, constatamos que os indivíduos que trabalhavam a Tempo Inteiro antes do T.C.E. e que retomaram à mesma situação profissional depois do T.C.E. são todos do sexo masculino. Os indivíduos que trabalhavam a Tempo Inteiro antes do T.C.E. e que retomaram o emprego a Tempo Parcial são de ambos os sexos, com predominância de sujeitos do sexo feminino (dois sujeitos).

No total, o retorno a um emprego ocorreu com mais frequência nos homens, quando comparados com as mulheres.

Gráfico 8- Caracterização por Causa do T.C.E.



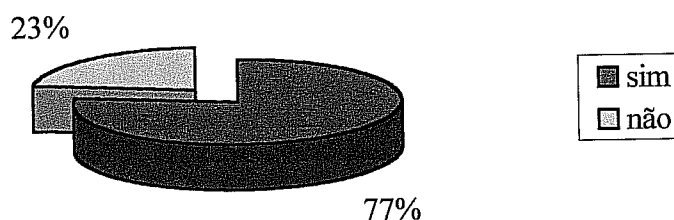
O Gráfico 8 mostra que os acidentes de automóvel, motociclo ou camião são a principal causa dos T.C.E., com uma percentagem de 59%, seguidos dos acidentes de trabalho (15%), bem como da categoria “outro”. Nesta categoria responderam aqueles cuja causa do T.C.E. foram quedas (13%).

Os T.C.E. resultantes de agressões e atropelamentos têm uma expressão baixa e equivalente (5%). No entanto, são os T.C.E. resultantes de desporto ou lazer que têm a menor expressão (3%).

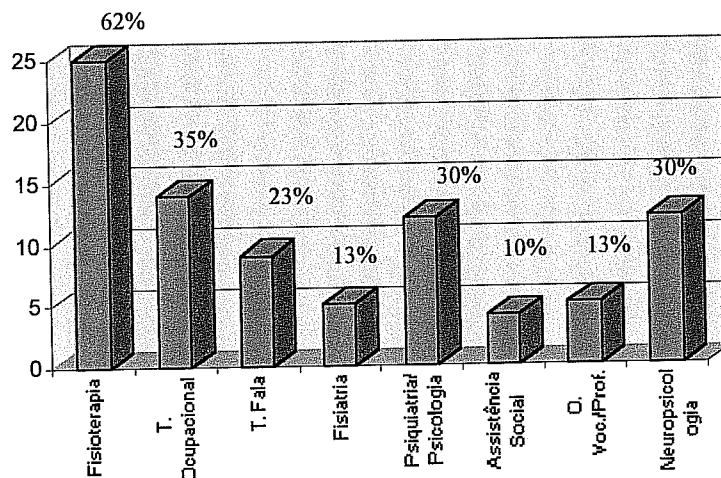
Quadro 5- Causa do T.C.E. por Idade quando do T.C.E.

Idade por Intervalos	Causa do Traumatismo						Total
	Atropelamento	Acidente de autom., motociclo ou camião	Desporto ou lazer	Acidente de trabalho	Agressão	Quedas	
17-25 anos		14	1	2	1	2	20
26-35 anos		2		3	1		6
36-45 anos	1	5		1			7
46-55 anos	1	2				1	4
56-63 anos		1				2	3
Total	2	24	1	6	2	5	40

Através da análise do Quadro 5, verificamos que os acidentes de automóvel, motociclo ou camião são a principal causa de T.C.E. na camada mais jovem (17-25 anos), os acidentes de trabalho só ocorreram em sujeitos com menos de 45 anos de idade e as quedas ocorreram em igual número no grupo dos mais jovens (17-25 anos) e no grupo dos sujeitos com idades compreendidas entre os 56 e os 63 anos.

Gráfico 9- Caracterização por Reabilitação

Do total dos participantes, mais de $\frac{3}{4}$ (77%) beneficiaram de reabilitação. Só 23% dos sujeitos é que não beneficiaram de qualquer tipo de reabilitação (Gráfico 9).

Gráfico 10- Caracterização por Tipo de Reabilitação

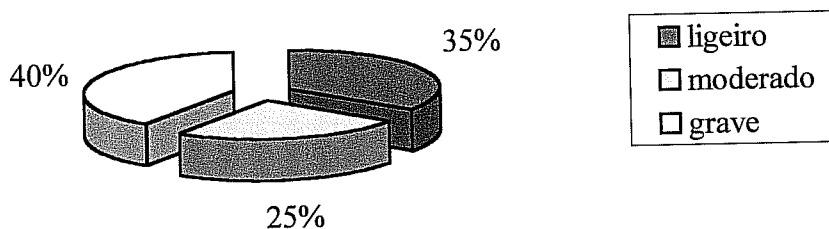
Da análise do Gráfico 10 damos-nos conta que a Fisioterapia é o tipo de reabilitação mais frequentada (62%), seguida da Terapia Ocupacional (35%).

A intervenção Psiquiátrica/Psicológica parece ter alguma expressão (30%) com valores equivalentes à intervenção a nível da Neuropsicologia (30%).

A Terapia da Fala foi requerida por 23% dos participantes.

A Fisiatria e a Orientação Vocacional/Profissional têm uma expressão equivalente e reduzida (13%).

A Assistência Social é, de todas as intervenções, aquela que tem menor expressão (10%).

Gráfico 11- Caracterização por Gravidade do T.C.E.

Os presentes resultados (Gráfico 11) reportam-se à pontuação obtida na Escala de Coma de Glasgow referente a 20 sujeitos (50% dos participantes), visto que em relação aos restantes 50% dos participantes não possuímos registo da gravidade do T.C.E., por este não nos ter sido facultado pelo respectivo médico do doente.

Da análise do Gráfico 11, verificamos que o T.C.E. grave predomina (40%), seguido do T.C.E. ligeiro (35%), mas com valores muito próximos um do outro.

O T.C.E. moderado é o de menor expressão (25%).

4- O INSTRUMENTO

4.1. CARACTERIZAÇÃO

O instrumento de avaliação utilizado é um Questionário que visa descrever a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde baseado no 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) e no F-84 (Forma de 84 itens).

O Questionário utilizado no presente estudo é constituído pela versão adaptada do SF-36 e adoptou 11 itens (12a, 12b, 12c, 12d, 12e, 12f, 12g, 12h, 12i, 12j, 12l) do SF-84, que dizem respeito ao Impacto da Doença no Dia-a-dia do Doente.

Os itens foram agrupados em três Sub-Escalas que designámos por Concentração (12a, 12e, 12h), Família (12b, 12c, 12j) e Trabalho (12d, 12f, 12g, 12i, 12l).

A **Sub-Escala Concentração** avalia a interferência da saúde na concentração (ex: “a sua saúde prejudicou a sua capacidade de concentração - ler o jornal ou assistir a um programa de televisão?”).

A **Sub-Escala Família** avalia a interferência da saúde na vida familiar (ex: “o tratamento médico prejudicou a sua vida familiar?”).

A **Sub-Escala Trabalho** avalia a interferência da saúde no trabalho (ex: “por causa da sua saúde houve tarefas, ou quantidades de trabalho, que você não pôde fazer, quer em casa quer no emprego, ou escola se for estudante?”).

A opção de adoptarmos estes itens prendeu-se com o interesse em investigarmos até que ponto aspectos cognitivos do funcionamento, como sejam: a concentração, a atenção, o raciocínio e a resolução de problemas, podem ficar comprometidos após a

ocorrência de um T.C.E., seja ele ligeiro, moderado ou grave. Estes itens pertencem à Questão nº 12 no nosso Questionário e à questão nº 10 do F-84.

Maioritariamente, as respostas ao Questionário são dadas segundo uma Escala tipo Likert entre “absolutamente nada” e “imenso” ou “nenhumas” e “muito fortes” ou “sempre” e “nunca”. Existem questões de resposta dicotómica do tipo sim-não.

Todas as questões são fechadas.

Escolhemos o SF-36 por se tratar de um Questionário que abarca as dimensões que gostaríamos de ver estudadas no presente estudo. São elas: Saúde Geral, limitações causadas pela Saúde Física e Mental, Vitalidade, Funcionamento Social e Dor Corporal.

Uma versão reduzida de 36 itens (SF-36) foi construída para ser usada no Medical Outcomes Study (MOS) (Ware & Sherbourne, 1992).

O MOS foi um projecto de observação longitudinal, desenhado para durar dois anos, que visou: (a) relacionar alterações nos resultados de saúde dos doentes com diferenças nos cuidados que lhes eram fornecidos pelo sistema de cuidados de saúde, com a formação dos clínicos, com a intensidade do uso de recursos, com os estilos técnicos e interpessoais dos clínicos e (b) desenvolver instrumentos para monitorizar os resultados de saúde dos doentes e dos seus determinantes, nas actividades de rotina. Propunha-se ainda, (c) desenvolver métodos para identificar os principais aspectos dos cuidados médicos associados com os melhores resultados nos cuidados de saúde de modo a que esses aspectos pudessem ser preservados (Ribeiro, Mendonça, & Silva, 1997).

O SF-36 é uma Escala utilizada para a avaliação da Qualidade de Vida, para determinadas doenças ou então para cuidados de saúde em geral (Barnabé, 1997). Inclui 36 itens divididos em oito Sub-Escalas multi-itens contendo de dois a dez itens cada uma e um único item de medida, que relata a “Transição do Estado de Saúde” e que não é usado para o resultado de nenhuma das oito Sub-Escalas.

As Sub-Escalas são as seguintes:

✎ **Saúde Geral** (itens 1 e 11a, 11b, 11c, 11d): avalia o estado geral de saúde.

Ex.: “em geral diria que a sua saúde é: óptima, muito boa, boa, razoável ou fraca” ;

✎ **Funcionamento Físico** (item 3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i, 3j): avalia em que medida a saúde interfere em diversas actividades físicas correntes como o caminhar, carregar compras, subir escadas.

Ex.: “será que a sua saúde o limita a subir vários lanços de escadas?”;

✎ **Papel Físico** (itens 4a, 4b, 4c, 4d): avalia a interferência da saúde física nas actividades quotidianas.

Ex.: “durante as últimas 4 semanas diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades como consequência do seu estado de saúde físico?”;

✎ **Papel Emocional** (itens 5a, 5b, 5c): avalia a interferência dos problemas emocionais nas actividades quotidianas.

Ex.: “durante as últimas 4 semanas, diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?”;

✎ **Dor Corporal** (itens 7 e 8): avalia a intensidade da dor ou efeito da dor no trabalho normal (quer dentro quer fora de casa) nas últimas 4 semanas.

Ex.: “durante as últimas 4 semanas teve dores?”;

✎ **Vitalidade** (itens 9a, 9e, 9g, 9i): avalia a fadiga e a energia.

Ex.: “quanto tempo nas últimas 4 semanas se sentiu cheio/a de vitalidade?”;

✎ **Funcionamento Social** (itens 6 e 10): avalia a interferência da saúde nas actividades sociais normais (encontrar-se com ou visitar amigos no último mês).

Ex.: “durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?”;

✎ **Saúde Mental** (itens 9b, 9c, 9d, 9f, 9h): avalia os afectos como a depressão, a ansiedade e o bem-estar psicológico no último mês.

Ex.: “quanto tempo nas últimas 4 semanas se sentiu muito nervoso?”.

Quadro 6- Informação acerca do SF-36 e a interpretação de valores altos e baixos

CONCEITOS	Nº ITENS (α Cronbach)	SIGNIFICADO DOS VALORES	
		BAIXO	ALTO
Funcionamento Físico	10 0,87	Muito limitado na realização de actividades físicas incluindo tomar banho ou vestir-se	Realiza todo o tipo de actividades físicas sem limitações de saúde
Papel Físico	4 0,75	Problemas com o trabalho ou outra actividade quotidiana como resultado de saúde física	Sem problemas com o trabalho ou outras actividades diárias como resultado de saúde física, nas últimas 4 semanas
Funcionamento Social	2 0,60	Interferência extrema ou frequente com as actividades sociais normais devido a problemas físicos ou emocionais	Normal realização das actividades sociais sem interferência de problemas emocionais ou físicos, nas últimas 4 semanas
Dor Corporal	2 0,84	Dor muito acentuada ou extremamente limitativa	Ausência de dor ou de limitações devido a dor, nas últimas 4 semanas
Saúde Mental	5 0,64	Sentimentos de nervosismo e depressão constantes	Sentimentos de sossego, felicidade e calma constantes, nas últimas 4 semanas
Papel Emocional	3 0,71	Problemas com o trabalho ou com outras actividades quotidianas como resultado de problemas emocionais	Ausência de problemas com o trabalho ou com outras actividades quotidianas como resultado de problemas emocionais, nas últimas 4 semanas
Vitalidade	4 0,82	Sentimentos de cansaço e falta de energia constantes	Sentimentos de energia constantes, nas últimas 4 semanas
Saúde Geral	5 0,87	Crenças de que a sua saúde é pobre e com tendência para piorar	Crenças de que a sua saúde é excelente

Fonte: Ware & Sherbourne (1992)

O SF-36 pode ser administrado a qualquer indivíduo com 14 anos ou mais de idade desde que possua capacidade para ler o Questionário, podendo ser auto-administrado, administrado através de uma entrevista por um entrevistador treinado, pelo correio ou

por telefone (Ware & Sherbourne, 1992). A aplicação dura cerca de 10 minutos (Ribeiro, 1994).

A tradução para português seguiu os processos preconizados para tal efeito: tradução, retroversão e procedeu-se a um teste piloto para atingir uma maior validade ao nível semântico.

Stewart e Ware (in press) referem que os autores escolheram representar os conceitos de extensos questionários que avaliam a saúde (Funcionamento Físico, Social, Saúde Mental e Percepção da saúde em geral) tendo acrescentado dois conceitos adicionais que são grandemente suportados por estudos empíricos (isto é, Dor Corporal e Vitalidade) (in: Ware & Sherbourne, 1992).

O F-84 (Forma 84) é um Questionário que abarca o SF-36 e foi especificamente elaborado pelo Grupo Português para o estudo da Qualidade de Vida. Foi atribuído o nome de F-84 por ter 84 itens, entre estes encontram-se incluídos os itens da versão adaptada pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra do 36-Item Short Health Survey (SF-36) (Ware & Sherbourne, 1992), reconhecida pela Medical Outcomes Trust (in: Barnabé, 1997).

Foram adicionados novos itens, de forma a abranger um maior conjunto de doenças (que estão representadas no projecto do Grupo Português para o Estudo da Qualidade de Vida) e de dimensões relacionadas com aspectos de Qualidade de Vida (Lopes & Ribeiro, 1997).

A concepção deste instrumento tem como referência o conceito de Qualidade de Vida, adoptado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que se define pelos seguintes pressupostos: a) existe uma entidade abrangente que se denomina QDV; b) essa

entidade pode ser avaliada através de uma medida quantitativa, válida e fiel, aplicável a várias populações; c) qualquer factor que afecte a QDV, influenciará um largo conjunto de componentes, representadas na escala. O instrumento avalia o efeito da saúde e doenças na QDV e não propriamente doenças, sintomas ou condições específicas (Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde) (Lopes & Ribeiro, 1997).

O F-84 não inclui a questão “durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)”, que avalia o Funcionamento Social, que pensa-se ser devido ao facto de ser quase idêntico ao item 6 (1º item do Funcionamento Social). Deste modo, o F-84 tem apenas 35 dos 36 itens do SF-36 (Barnabé, 1997).

Os resultados obtidos no estudo levado a cabo por Lopes e Ribeiro (1997) sobre a QDV em Mulheres submetidas a Histerectomia ou Ovariectomia para tratamento de neoplasia do útero ou ovários, sugeriram que o F-84 revela potencialidades no despiste de sujeitos com dificuldades de ajustamento a situações de doença e a intervenções médicas, que repercutem em vários domínios e componentes da Qualidade de Vida. Pareceu, ainda, ser eficaz na detecção de possíveis áreas de funcionamento em que os sujeitos apresentam maiores dificuldades e na identificação de alguns problemas específicos associados à doença e tratamentos.

Estas qualidades do Questionário tornam a sua aplicação exequível numa amostra de sujeitos que sofreu T.C.E., em que muitos apresentam uma combinação de sequelas físicas, cognitivas e comportamentais que podem persistir por meses ou anos depois do T.C.E. e que supostamente vão ter influencia na QDV.

A primeira parte do Questionário é formada por uma folha de rosto com declarações introdutórias acerca do objectivo do estudo: *“Este Questionário destina-se a um Projecto de Investigação, que pretende avaliar a Qualidade de Vida. A sua colaboração torna-se deste modo, indispensável”* e pela consigne: *“As questões que se seguem pedem-lhe a sua opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais. Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível.*

Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta. A informação que nos fornecer nunca será usada de modo a poder ser identificado/a”.

A segunda parte do Questionário visa recolher dados sobre características sócio-demográficas e clínicas dos participantes, como sejam: idade, sexo, habilitações académicas, estado civil antes e depois do T.C.E., data do traumatismo, situação profissional antes e depois do T.C.E., causa do T.C.E., tipo de reabilitação e gravidade do T.C.E..

A terceira parte do Questionário é constituída pelas questões propriamente ditas, o que soma 12 questões.

O Questionário foi objecto de um estudo piloto, que incluiu sete pessoas pertencentes ao universo da amostra em estudo.

Com o estudo piloto procurámos obter informação acerca da compreensão das questões, desenvolver os procedimentos de aplicação do instrumento de pesquisa (de forma a que o questionário pudesse ser utilizado de modo eficiente, em relação ao

tempo que levaria a ser administrado) e assegurarmo-nos de que as questões avaliariam aquilo que se pretendia avaliar.

O estudo piloto permitiu-nos efectuar alguns melhoramentos. A palavra “acidente” foi substituída por “traumatismo”.

Quando questionados sobre o tipo de reabilitação de que beneficiaram foi acrescentada a alternativa “neuropsicológica”.

As dificuldades de resposta às questões nº 4 e 5 do nosso Questionário, relacionadas com a distinção daquilo que é devido a factores físicos do que é devido a factores emocionais, despertou-nos a atenção para o fornecimento de apoio aquando da resposta a estas duas questões.

4.2. ADMINISTRAÇÃO

O procedimento utilizado dividiu-se nos seguintes momentos:

- a) Pedido de autorização de realização do estudo nos diferentes hospitais com a entrega de um protocolo que define princípios e procedimentos subjacentes à investigação (Anexo I);
- b) Levantamento dos traumatizados crânio-encefálicos e selecção daqueles que reuniam os critérios de inclusão na amostra, feito pelo médico ou psicólogo do sujeito;
- c) Aplicação do questionário

A recolha dos dados efectuou-se entre os meses de Fevereiro e Julho de 1999.

A aplicação do Questionário foi precedida de uma breve explicação da finalidade do estudo e solicitação da colaboração dos sujeitos, após garantido o anonimato e a confidencialidade.

Os dados clínicos (diagnóstico de T.C.E, gravidade do T.C.E. e ausência de doenças associadas) foram-nos fornecidos pelo médico do sujeito.

Uma percentagem considerável de sujeitos foi apoiada no preenchimento do questionário devido a factores inerentes ao traumatismo.

Nem todos os sujeitos acederam participar no estudo mas, para aqueles que acederam, os questionários foram administrados individualmente.

O tempo médio de aplicação do questionário variou entre os 30 e os 60 minutos.

4.3. COTAÇÃO

Para cada um dos itens é atribuído um valor.

Em seguida, somam-se o valor dos itens consoante a respectiva Sub-Escala e procede-se à transformação do resultado de cada Sub-Escala num resultado de 0 a 100, conforme a formula abaixo apresentada, obtendo-se assim a QDV referente à Sub-Escala respectiva (International Resource Center for Health Care Assessment, 1992).

$$\text{Sub-Escala transformada} = \frac{(\text{"score"} \text{ actual bruto} - \text{"score"} \text{ mínimo da escala})}{\text{amplitude máxima}} \times 100$$

Por exemplo, se a Função Física apresentar um score actual bruto de 21, sendo o score mínimo 10 com uma amplitude máxima de 20, a escala transformada resultante seria a seguinte:

$$\frac{(21-10) \times 100}{20} = 55$$

Um resultado elevado indica um melhor nível de QDV.

Os resultados aos itens 2 e 12a, 12b, 12c, 12d, 12e, 12f, 12g, 12h, 12i, 12j e 12l do nosso Questionário, que avaliam respectivamente a “Transição na Saúde” e o “Impacto da Doença na Vida do Dia-a-dia” não foram transformados, conforme a formula, mas apenas foi atribuído um valor a cada item respondido.

5- ESTATÍSTICA

Após a codificação das variáveis que caracterizam a amostra e dos itens do questionário, procedemos ao tratamento estatístico, através do programa computarizado SPSS (Statistical Package for Social Sciences).

Iniciou-se a análise dos dados através do recurso à estatística descritiva, que serviu para descrever os resultados das variáveis sócio-demográficas e clínicas: sexo, idade, nível de escolaridade, estado civil (antes e depois do T.C.E.), situação profissional (antes e depois do T.C.E.), gravidade, causa, data do traumatismo, tipo de reabilitação recebida.

Posteriormente, e com o objectivo de testar a questão de investigação, recorreu-se à estatística paramétrica.

Segundo Fife-Schaw (1995), Miller (1994) e Reckase (1990), a estatística paramétrica é adequada quando se trata de variáveis intervalares, mas muitos autores defendem

que, caso se esteja em presença de medidas ordinais de boa qualidade, chega-se aos mesmos resultados quer se utilize estatística paramétrica ou não paramétrica (in: Ribeiro, 1999).

Em relação à questão 12, que avalia o Impacto da Doença na Vida do Dia-a-dia, fomos agrupar os itens num conjunto homogéneo, por factores (dimensões).

Para isso foi submetida a análise factorial, mais especificamente à ACP (Análise de Componentes Principais), com rotação ortogonal (Varimax): “esta é uma solução privilegiada quando o investigador está interessado, principalmente na redução de um grande número de variáveis a um pequeno número de componentes e é, igualmente, recomendado como primeiro passo na análise factorial” (Dawis, 1987, Tabachnick & Fidell, 1989) (in: Ribeiro, Mendonça & Silva, 1997).

Foram identificados três factores e para a sua definição escolheu-se uma rotação ortogonal, procedimento varimax, com normalização de Kaiser (eigenvalue igual ou superior a 1).

Denominou-se ao 1º factor “Concentração”, ao 2º factor “Família” e ao 3º factor “Trabalho”.

O 1º factor (Concentração) inclui três itens (12a, 12e, 12h), o 2º factor (Família) inclui três itens (12b, 12c, 12j) e o 3º factor (Trabalho) inclui cinco itens (12d, 12f, 12g, 12i, 12l).

Ao agruparmos os itens por Sub-Escalas, fomos decidir qual a magnitude da relação entre os itens, expressa pela consistência interna.

A análise de consistência interna, com recurso ao teste alfa de Cronbach, encontrou os seguintes valores: alfa= 0,83 para o 1º factor, alfa= 0,74 para o 2º factor e alfa = 0,88 para o 3º factor.

Se tomarmos em consideração que os valores de alfa inferiores a 0,60 são inaceitáveis (Ribeiro e col., 1997), verifica-se que as Sub-Escalas exibem um alfa de Cronbach adequado.

Recorreu-se ao *t de Student para Amostras Independentes*, para averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os sujeitos do sexo masculino e do sexo feminino e entre os sujeitos casados e os sujeitos solitários na Qualidade de Vida (nas Sub-Escalas). Recorreu-se a esta mesma análise para averiguar a existência de diferenças significativas entre os sujeitos que receberam algum tipo de reabilitação e os sujeitos que não receberam reabilitação na Qualidade de Vida (nas Sub-Escalas).

Recorreu-se ainda a esta análise para averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre sujeitos com T.C.E. e um grupo de sujeitos sem doença e a existência de diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos em função da variável sexo.

Recorreu-se à *Anova* para averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as pessoas casadas (ou em coabitação), divorciadas (ou separadas), viúvas e solteiras na Qualidade de Vida (nas Sub-Escalas).

Recorreu-se ainda a esta análise para averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os sujeitos com Actividade Profissional a Tempo Inteiro, a Tempo Parcial, Activos com Baixa, Desempregados, Reformados e

Estudantes ou outro tipo de situação profissional na Qualidade de Vida (nas Sub-Escalas).

Efectuou-se uma *Correlação de Pearson* para averiguar a existência de correlações estatisticamente significativas entre a variável Qualidade de Vida (nas Sub-Escalas) e as variáveis: idade habilitações académicas, tempo decorrido desde a ocorrência do T.C.E. e gravidade.

CAPITULO IV
RESULTADOS

1- APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados onde se verificaram diferenças significativas através das provas estatísticas utilizadas.

Diferenças na QDV em função das variáveis socio-demográficas e clínicas

No que respeita à influência das variáveis sócio-demográficas e clínicas na QDV, os resultados são os seguintes:

IDADE

Das Sub-Escalas de QDV, aquelas que apresentam uma correlação estatisticamente significativa com a idade são as Sub-Escalas Vitalidade, Saúde Mental, Saúde Geral, Concentração e Família (Quadro 7).

Quadro 7- Valores da Correlação de Pearson entre as Sub-Escalas de QDV e a Idade

	Vitalidade	S. Mental	S. Geral	Concentração	Família
Idade	- 0,36*	- 0,32*	- 0,37*	- 0,42**	- 0,45*

Nota: As correlações assinaladas com * são significativas para $p < 0,05$.
A correlação assinalada com ** é significativa para $p < 0,01$.

Existe uma correlação negativa significativa entre a idade e as Sub-Escalas Vitalidade, Saúde Mental, Saúde Geral, Concentração e Família, sendo $r(40) = - 0,36$, $p < 0,05$; $r(40) = - 0,32$, $p < 0,05$; $r(40) = - 0,37$, $p < 0,05$; $r(40) = - 0,42$, $p < 0,01$; $r(40) = - 0,45$, $p < 0,05$, respectivamente.

Deste modo, parece-nos poder concluir que à medida que a idade aumenta, a Vitalidade, a Saúde Mental, a Saúde Geral, a Concentração e a Qualidade da Relação Familiar diminuem.

Podemos então dizer que a variável idade está relacionada com as cinco Sub-Escalas da QDV.

ESTADO CIVIL DEPOIS DO TRAUMATISMO

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os sujeitos casados ou em coabitação, os divorciados/separados, os viúvos e os solteiros.

Ao criarmos apenas duas categorias (a categoria dos casados e a categoria dos solitários - onde incluímos os divorciados/separados, viúvos e solteiros), já fomos encontrar diferenças estatisticamente significativas, nas Sub-Escalas Papel Físico e Papel Emocional, conforme análise do Quadro 8.

Quadro 8- Valores da Diferença de Médias em relação às Sub-Escalas Papel Físico e Papel Emocional, tendo em consideração o Estado Civil depois do T.C.E.

Sub-Escalas	Casados <i>M</i>	Solitários <i>M</i>	<i>t</i>
Papel Físico	30	57,50	2,16*
Papel Emocional	33,33	63,33	2,17*

Nota: Os valores da Diferença de Médias assinalados com * são significativos para $p < 0,05$, com $gl = 38$

Em relação à Sub-Escala Papel Físico, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os casados e os solitários, com os solitários a apresentarem melhor percepção do Papel Físico ($M= 57,50$) do que os casados ($M= 30$); $t(38)= 2,16$, $p < 0,05$.

Quanto à Sub-Escala Papel Emocional, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os casados e os solitários, com os solitários a apresentarem melhor percepção do Papel Emocional ($M= 63,33$), comparativamente aos casados ($M= 33,33$); $t(38)= 2,17$, $p < 0,05$.

SITUAÇÃO PROFISSIONAL DEPOIS DO TRAUMATISMO

Em relação aos efeitos da situação profissional depois do traumatismo na QDV, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas Sub-Escalas: Funcionamento Físico, Saúde Mental e Dor Corporal (Quadro 9).

Quadro 9- Resultados da ANOVA nas Sub-Escalas Funcionamento Físico, Saúde Mental e Dor Corporal, tendo em consideração a Situação Profissional depois do Traumatismo

	ATI	ATP	AB	Des.	Ref.	DC	Est.	Outra	F
	M								
Func. Físico	88,18	83,75	17,50	62,77	86,66	100	42,50	73,75	5,03*
Saúde Mental	50,90	72	6	67,11	53,33	60	53	57	3,90*
Dor Corporal	71,45	78,25	13	66,44	53,33	74	80,75	89	2,69**

Legenda: ATI- Actividade a Tempo Inteiro; ATP- Actividade a Tempo Parcial; AB- Activo com Baixa; Des.- Desempregado; Ref.- Reformado; DC- Dona de Casa; Est.- Estudante.

Nota: Os valor assinalados com * são significativos para $p < 0,01$, com $gl= 7$

O valor assinalado com ** é significativo para $p < 0,05$, com $gl= 7$

Da análise do Quadro 9, somos levados a constatar que, para a Sub-Escala Funcionamento Físico, a média mais elevada é a de $M= 100$, correspondendo às Donas de Casa e a média mais baixa é de $M= 17,50$, correspondendo aos Activos com Baixa, ou seja, as Donas de Casa são quem apresenta melhor Funcionamento Físico e os Activos com Baixa são quem apresenta pior Funcionamento Físico.

Como a categoria “Dona de Casa” inclui apenas uma pessoa, não iremos tirar ilações a partir deste resultado.

Ainda em relação a esta Sub-Escala, a média dos que exercem uma Actividade a Tempo Inteiro ($M= 88,18$) é superior à média dos que exercem uma Actividade a Tempo Parcial ($M= 83,75$), ou seja, os primeiros percebem-se com melhor Funcionamento Físico do que os segundos.

Os estudantes têm uma média baixa ($M= 42,50$).

Em relação à Sub-Escala Saúde Mental, a média mais elevada é de $M= 72$, correspondendo aos sujeitos que exercem a Actividade a Tempo Parcial, e a média mais baixa é de $M= 6$, correspondendo aos Activos com Baixa, isto significa que o grupo que exerce uma Actividade a Tempo Parcial percebe-se com a melhor Saúde Mental, comparativamente ao grupo dos Activos com Baixa (percebem-se com a pior Saúde Mental).

Os desempregados têm uma média elevada ($M= 67,11$).

Os estudantes e os reformados têm uma média muito próxima ($M= 53$ e $M= 53,33$, respectivamente).

Os sujeitos que exercem uma Actividade a Tempo Inteiro têm uma média inferior ($M= 50,90$) aos que exercem uma Actividade a Tempo Parcial ($M= 72$), aos Estudantes e

aos que estão incluídos na categoria “outra” ($M= 57$). A categoria “outra” é constituída pelos sujeitos que frequentaram Formação Profissional

Para a Sub-Escala Dor Corporal, a média mais elevada é a de $M= 89$, correspondendo à categoria “Outra” e a média mais baixa é de $M= 13$, correspondendo aos Activos com Baixa, isto é, os sujeitos em Formação Profissional são os que mais se queixam de dores corporais e os Activos com Baixa são os que menos se queixam de dores corporais.

A média para os que exercem uma Actividade a Tempo Inteiro ($M= 71,45$) é inferior à média dos que exercem uma Actividade a Tempo Parcial ($M= 78,25$).

Os estudantes têm uma média elevada ($M= 80,75$).

Os reformados não têm uma média muito elevada ($M= 53,33$), sendo a segunda média mais baixa.

Verificamos, no conjunto das três Sub-Escalas, que os Activos com Baixa são os que obtiveram os piores resultados estatisticamente significativos.

FISIOTERAPIA

Em relação ao efeito da Fisioterapia na QDV, foram encontrados resultados estatisticamente significativos na Sub-Escala Funcionamento Físico, conforme podemos analisar no Quadro 10.

Quadro 10- Valores da Diferença de Médias em relação à Sub-Escala Funcionamento Físico, tendo em consideração o tipo de reabilitação (Fisioterapia)

Sub-Escala	Sim <i>M</i>	Não <i>M</i>	<i>t</i>
Funcionamento Físico	60	84,33	2,79*

Nota: O valor da Diferença de Médias assinalado com * é significativo para $p < 0,01$, com $gl= 37,92$.

Legenda:

Sim- recebeu Fisioterapia

Não- não recebeu Fisioterapia

O Quadro 10 mostra que o grupo que não fez Fisioterapia apresenta uma percepção mais positiva do seu Funcionamento Físico ($M= 84,33$), comparativamente ao grupo que fez Fisioterapia ($M= 60$); $t(37,92)= 2,79$, $p < 0,01$, na Sub-Escala Funcionamento Físico.

TERAPIA OCUPACIONAL

Obtiveram-se resultados estatisticamente significativos na Sub-Escala Vitalidade (Quadro 11).

Quadro 11- Valores da Diferença de Médias em relação à Sub-Escala Vitalidade, tendo em consideração o tipo de reabilitação (Terapia Ocupacional)

Sub-Escala	Sim <i>M</i>	Não <i>M</i>	<i>t</i>
Vitalidade	68,57	48,84	2,37*

Nota: O valor da Diferença de Médias assinalado com * é significativo para $p < 0,05$, com $gl= 38$.

Legenda:

Sim- recebeu T. Ocupacional

Não- não recebeu T. Ocupacional

O Quadro 11 revela que o grupo que recebeu Terapia Ocupacional apresenta uma percepção mais positiva da sua Vitalidade ($M= 68,57$), comparativamente àqueles que não receberam T. Ocupacional ($M= 48,84$); $t(38)= 2,37$, $p < 0,05$, na Sub-Escala Vitalidade.

FISIATRIA

No que concerne ao efeito da Fisiatria na QDV, obtiveram-se resultados estatisticamente significativos na Sub-Escala Saúde Geral.

Os resultados devem ser analisados com prudência em virtude de só cinco sujeitos terem recebido Fisiatria.

Quadro 12- Valores da Diferença de Médias em relação à Sub-Escala Saúde Geral, tendo em consideração o tipo de reabilitação (Fisiatria)

Sub-Escala	Sim <i>M</i>	Não <i>M</i>	<i>t</i>
Saúde Geral	3,92	2,52	2,84*

Nota: O valor da Diferença de Médias assinalado com * é significativo para $p < 0,01$, com $gl= 38$.

Legenda:

Sim- recebeu Fisiatria

Não- não recebeu Fisiatria

Da análise do Quadro 12 damos-nos conta que o grupo que recebeu Fisiatria apresenta média superior ($M= 3,92$) aos que não receberam Fisiatria ($M= 2,52$); $t(38)= 2,84$, $p < 0,01$, na Sub-Escala Saúde Geral.

ASSISTÊNCIA SOCIAL

Quanto ao efeito da Assistência Social na QDV, obtiveram-se resultados estatisticamente significativos nas Sub-Escalas Família e Trabalho.

Os resultados devem ser analisados com a devida prudência em virtude de só quatro dos 40 participantes terem recebido Assistência Social.

Quadro 13- Valores da Diferença de Médias em relação às Sub-Escalas Família e Trabalho, tendo em consideração o tipo de reabilitação (Assistência Social)

Sub-Escala	Sim <i>M</i>	Não <i>M</i>	<i>t</i>
Família	7,66	12,53	5,25*
Trabalho	9,25	16,80	3,16**

Nota: O valor da Diferença de Médias assinalado com * é significativo para $p < 0,001$, com $gl= 25,85$.
O valor da Diferença de Médias assinalado com ** é significativo para $p < 0,05$, com $gl= 6,88$.

Legenda:

Sim- recebeu Assistência Social

Não- não recebeu Assistência Social

O Quadro 13 mostra que o grupo que não recebeu Assistência Social apresenta média superior ($M= 12,53$) ao grupo que recebeu Assistência Social ($M= 7,66$), $t(25,85)= 5,25$, $p < 0,001$, na Sub-Escala Família.

O Grupo que não recebeu Assistência Social também apresenta média superior ($M=16,80$) ao grupo que recebeu Assistência Social ($M=9,25$), $t(6,88)=3,16$, $p < 0,05$, na Sub-Escala Trabalho.

ORIENTAÇÃO VOCACIONAL/PROFISSIONAL

Em relação ao efeito da Orientação Vocacional/Profissional na QDV, obtiveram-se resultados estatisticamente significativos nas Sub-Escalas Funcionamento Social, Papel Emocional, Família e Saúde Mental.

Os resultados devem ser analisados com prudência em virtude de só cinco sujeitos dos 40 participantes terem recebido Orientação Vocacional/Profissional.

Quadro 14- Valores da Diferença de Médias em relação às Sub-Escalas F. Social, P. Emocional, Família e S. Mental, tendo em consideração o tipo de reabilitação (Orientação Vocacional/Profissional)

Sub-Escalas	Sim <i>M</i>	Não <i>M</i>	<i>t</i>
Funcionamento Social	87,50	57,85	3,35*
Papel Emocional	93,33	50,47	4,56**
Família	8	12,33	5,05***
Saúde Mental	80	49,60	2,61****

Nota: O valor da Diferença de Médias assinalado com * é significativo para $p < 0,01$, com $gl=10,56$.
 O valor da Diferença de Médias assinalado com ** é significativo para $p < 0,001$, com $gl=14,11$.
 O valor da Diferença de Médias assinalado com *** é significativo para $p < 0,001$, com $gl=26$.
 O valor da Diferença de Médias assinalado com **** é significativo para $p < 0,05$, com $gl=38$.

Legenda:

Sim- recebeu Orientação Vocacional/Prof.

Não- não recebeu Orientação Vocacional/Prof.

O Quadro 14 mostra que o grupo que fez Orientação Vocacional/Profissional apresenta uma média superior ($M= 87,50$) aos que não fizeram ($M= 57,85$), $t(10,56)= 3,35$, $p < 0,01$, na Sub-Escala Funcionamento Social. Quer isto dizer que o grupo que fez Orientação Vocacional/Prof. apresenta uma percepção mais positiva do seu Funcionamento Social do que o grupo que não fez Orientação Vocacional/Profissional.

O grupo que fez Orientação Vocacional/Prof. apresenta média superior ($M= 93,33$) ao grupo que não fez ($M= 50,47$), $t(14,11)= 4,56$, $p < 0,001$, na Sub-Escala Papel Emocional.

O grupo que não fez Orientação Vocacional/Profissional apresenta média superior ($M= 12,33$) ao grupo que fez Orientação Vocacional /Prof. ($M= 8$), $t(26)= 5,05$, $p < 0,001$, na Sub-Escala Família.

O grupo que fez Orientação Vocacional/Prof. apresenta média superior ($M= 80$) ao grupo que não fez ($M= 49,60$), $t(38)= 2,61$, $p < 0,05$, na Sub-Escala Saúde Mental.

NEUROPSICOLOGIA

No que concerne ao efeito da Neuropsicologia na QDV, obtivemos resultados estatisticamente significativos nas Sub-Escalas Saúde Geral e Concentração.

Quadro 15- Valores da Diferença de Médias em relação às Sub-Escalas Saúde Geral e Família, tendo em consideração o tipo de reabilitação (Neuropsicologia)

Sub-Escalas	Sim <i>M</i>	Não <i>M</i>	<i>t</i>
Saúde Geral	48,25	64,85	2,50*
Concentração	10,41	13,64	2,03**

Nota: O valor da Diferença de Médias assinalado com * é significativo para $p < 0,05$, com $gl= 38$.

O valor da Diferença de Médias assinalado com ** é significativo para $p < 0,05$, com $gl= 38$.

Legenda:

Sim- recebeu intervenção Neuropsicológica

Não- não recebeu intervenção Neuropsicológica

O Quadro 15 revela que o grupo que não recebeu intervenção Neuropsicológica apresenta média superior ($M= 64,85$) ao grupo que recebeu intervenção Neuropsicológica ($M= 48,25$), $t(38)= 2,50$, $p < 0,05$, na Sub-Escala Saúde Geral, ou seja, o grupo que não recebeu intervenção Neuropsicológica percepção-se com melhor Saúde Geral do que o grupo que recebeu intervenção Neuropsicológica.

O grupo que não recebeu intervenção Neuropsicológica apresenta média superior ($M= 13,64$) ao grupo que recebeu intervenção Neuropsicológica ($M= 10,41$), $t(38)= 2,03$, $p < 0,05$, na Sub-Escala Concentração, ou seja, o grupo que não recebeu intervenção Neuropsicológica percepção-se com melhor Concentração do que o grupo que recebeu intervenção Neuropsicológica.

Diferenças na QDV entre sujeitos com T.C.E. e sujeitos sem doença

Da comparação da nossa amostra ($n= 40$) com uma amostra de sujeitos sem doença ($n= 379$), obtivemos resultados estatisticamente significativos nas Sub-Escalas Funcionamento Físico, Funcionamento Social, Papel Emocional, Papel Físico, Saúde Geral, Saúde Mental e Transição na Saúde (Quadro 16).

Quadro 16- Valores da Diferença de Médias entre sujeitos com doença e sujeitos sem doença na QDV

Sub-Escalas	Sem doença <i>M</i>	Com doença <i>M</i>	<i>t</i>
Funcionamento Físico	90,26	69,12	4,15*
Funcionamento Social	81,57	61,56	3,78**
Papel Emocional	73,52	55,83	2,92***
Papel Físico	82,67	50,62	6,21****
Saúde Mental	69,36	53,40	3,76****
Saúde Geral	69,45	59,87	3,13*****
Transição na Saúde	2,88	2,42	2,53*****

Nota: O valor da Diferença de Médias assinalado com * é significativo para $p < 0,001$, com $gl= 40,76$.

O valor da Diferença de Médias assinalado com ** é significativo para $p < 0,001$, com $gl= 41,98$.

O valor da Diferença de Médias assinalado com *** é significativo para $p < 0,05$, com $gl= 417$.

Os valores da Diferença de Médias assinalados com **** são significativos para $p < 0,001$, com $gl= 416$.

Os valores da Diferença de Médias assinalados com ***** são significativos para $p < 0,05$ com $gl= 416$.

O Quadro 16 mostra que o grupo sem doença apresenta média superior nas Sub-Escalas Funcionamento Físico, Funcionamento Social, Papel Emocional, Papel Físico, Saúde Mental, Saúde Geral e Transição na Saúde, comparativamente ao grupo com doença, ou seja, os não doentes descrevem-se como tendo melhor QDV do que os doentes.

Diferenças na QDV entre mulheres com T.C.E. e mulheres sem doença

Ao compararmos mulheres com doença (n= 10) e mulheres sem doença (n= 150), constatámos diferenças estatisticamente significativas nas Sub-Escalas Dor Corporal, Funcionamento Físico, Papel Físico, Saúde Geral e Saúde Mental (Quadro 17).

Quadro 17- Valores da Diferença de Médias entre mulheres com doença e mulheres sem doença nas Sub-Escalas Dor Corporal, Funcionamento Físico, Papel Físico, Saúde Geral e Saúde Mental

Sub-Escalas	Sem doença <i>M</i>	Com doença <i>M</i>	<i>t</i>
Dor Corporal	70,24	54,00	2,26*
Funcionamento Físico	88,20	61,50	2,40*
Papel Físico	79,50	42,50	3,17**
Saúde Geral	68,58	54,90	2,21*
Saúde Mental	64,40	46,40	2,78**

Nota: Os valores da Diferença de Médias assinalados com * são significativos para $p < 0,05$, com $g^2 = 158$.
Os valores da Diferença de Médias assinalados com ** são significativos para $p < 0,01$, com $g^2 = 158$.

Da análise do Quadro 17 damos-nos conta que o grupo de mulheres sem doença apresenta médias superiores nas Sub-Escalas Dor Corporal, Funcionamento Físico, Papel Físico, Saúde Geral e Saúde Mental, comparativamente ao grupo de Mulheres com doença, o que significa que as mulheres com doença percebem-se com mais dores corporais, com pior Funcionamento Físico, Papel Físico, Saúde Geral e Saúde Mental, comparativamente às mulheres sem doença.

Em relação às Sub-Escalas Funcionamento Social, Papel Emocional, Transição na Saúde e Vitalidade, não se registam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Diferenças na QDV entre homens com T.C.E. e homens sem doença

Ao compararmos os homens com doença (n= 30) com os homens sem doença (n= 229), constatamos diferenças estatisticamente significativas nas Sub-Escalas Funcionamento Físico, Funcionamento Social, Papel Emocional, Papel Físico, Saúde Geral, Saúde Mental e Transição na Saúde (Quadro 18).

Quadro 18- Valores da Diferença de Médias entre homens com doença e homens sem doença nas Sub-Escalas Funcionamento Físico, Funcionamento Social, Papel Emocional, Papel Físico, Saúde Geral, Saúde Mental e Transição na Saúde

Sub-Escalas	Sem doença <i>M</i>	Com doença <i>M</i>	<i>t</i>
Funcionamento Físico	91,61	71,66	3,49*
Funcionamento Social	84,61	58,75	4,08**
Papel Emocional	79,62	56,66	3,06*
Papel Físico	84,75	53,33	4,57***
Saúde Geral	70,02	61,53	2,10****
Saúde Mental	72,63	55,73	3,41*****
Transição na Saúde	2,83	2,33	2,53****

Nota: Os valores da Diferença de Médias assinalado com * são significativos para $p < 0,01$, com $gl= 257$.

O valor da Diferença de Médias assinalado com ** é significativo para $p < 0,001$ com $gl= 257$.

O valor da Diferença de Médias assinalado com *** é significativo para $p < 0,001$, com $gl= 256$.

Os valores da Diferença de Médias assinalados com **** são significativos para $p < 0,05$, com $gl= 256$.

O valor da Diferença de Médias assinalado com ***** é significativo para $p < 0,01$, com $gl= 256$.

Da análise do Quadro 18 verificamos que o grupo dos homens sem doença apresenta médias superiores nas Sub-Escalas Funcionamento Físico, Funcionamento Social, Papel Emocional, Papel Físico, Saúde Geral, Saúde Mental e Transição na Saúde.

Estes resultados significam que os homens com doença percebem-se com pior Funcionamento Físico, Funcionamento Social, Papel Emocional, Papel Físico, Saúde

Geral, Saúde Mental e maior alteração do estado geral de saúde de há um ano para cá (Transição na Saúde), do que os homens sem doença.

CAPITULO V

DISCUSSÃO

1- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a revisão bibliográfica e a apresentação dos resultados, cabe agora fazer uma síntese entre a investigação e esses mesmos resultados.

Atendendo à variável SEXO, desde logo verificamos que dos 40 participantes com T.C.E., $\frac{3}{4}$ são do sexo masculino (75%) e só $\frac{1}{4}$ são do sexo feminino (25%).

Estes valores afastam-se ligeiramente da proporção estimada por Domingos, Mendes e Ramalho (1997), pois segundo eles a frequência de indivíduos com T.C.E. é mais elevada nos homens, na proporção 2:1.

Se atendermos às consequências do T.C.E., estes resultados sugerem que são os homens quem mais sofre com o surgimento de T.C.E. e, segundo Gutman e Klemic (1996), o impacto do T.C.E. também parece ter implicações mais acentuadas nos homens do que nas mulheres, na medida em que os homens evidenciam uma maior dificuldade na adaptação à nova condição e à conseqüente mudança de papeis no seio familiar. Por exemplo, o pai de família passa de figura dominante para a de incapacitado do ponto de vista físico, psicológico e profissional, podendo gerar conflitos no seio familiar e até socialmente.

Na relação com alguns destes doentes, emerge um discurso auto-desvalorizante, descrições depreciativas, queixas de falta de compreensão e aceitação por parte dos outros e de isolamento social (perda de amizades).

Com o passar dos anos, as sequelas físicas vão dando lugar às sequelas emocionais e psicossociais, facto retratado na literatura por investigadores como Dombovy e Olek (1996), Oddy e col. (1985); entre outros já citados.

Relativamente à IDADE QUANDO DO T.C.E., verifica-se que, para aproximadamente metade dos participantes (49%), o T.C.E. ocorreu entre os 17 e os 25 anos, seguido do grupo etário 36-45 anos (18%) com ocorrência de um declínio a partir dos 45 anos.

Estamos, portanto, perante uma população jovem, resultado já atingido por outros autores como sejam Callon e Jackson (1995).

Erikson (1957) postula que o período entre os 20 e os 40 anos é a altura em que a principal tarefa psicológica é a de adquirir maturidade para a intimidade com os amigos e relações amorosas (in: Morton & Wehman, 1995).

Os indivíduos nesta idade também passam mais tempo com os amigos da sua idade do que com pessoas de outras gerações diferentes. Encontram-se numa fase de descoberta da sua identidade como separada da sua família e tornam-se cada vez mais independentes económica e socialmente.

Quando os jovens adultos são confrontados com um T.C.E. este processo de auto-identificação e independência é abruptamente interrompido e são deixados com uma redução significativa de apoio social.

Nalguns estudos sobre os valores de incidência do T.C.E. por idade, existe a evidência que a incidência é elevada nos jovens e torna a aumentar por volta dos 60/65 anos de idade, conforme postulam Callon e Jackson (1995).

Devido aos critérios de selecção da nossa amostra, não nos é possível indagar sobre este aumento a partir dos 60/65 anos uma vez que a idade máxima dos participantes quando do T.C.E. é 63 anos e poucos são aqueles que têm idades compreendidas entre os 60 e os 63 anos (7,5%).

No que concerne às CAUSAS de ocorrência de T.C.E., destacam-se os acidentes de veículos motorizados (automóvel, motociclo ou camião) como os de maior percentagem (59%), o que corresponde a mais de metade da amostra. Os acidentes de trabalho são a segunda maior causa (15%), seguidos das quedas com uma percentagem de 13% (“outros”).

Quando comparamos as idades que os sujeitos tinham quando ocorreu o T.C.E. com as causas que o originaram, damos-nos conta que os acidentes provocados por veículos motorizados são a principal causa nas camadas mais jovens (17-25 anos) enquanto que as quedas ocorrem em igual percentagem quer no grupo etário dos 17-25 anos, quer no grupo etário dos 56-63 anos.

Goldstein e Levin, 1990, Naugle, 1990, Parkinson e col. 1995 (in: Lezak, 1995) constataram que as quedas são mais frequentes em pessoas de mais idade (a partir dos 64 anos).

No nosso estudo, os T.C.E. provocados por atropelamento, agressão ou desporto/lazer têm pouca expressão.

No que toca às HABILITAÇÕES ACADÉMICAS, constatamos no nosso estudo que são pessoas com menos escolaridade (4-6 anos de escolaridade) as mais atingidas por T.C.E., com uma percentagem de 42%, mas o T.C.E. pode atingir pessoas de todos os graus académicos. As pessoas com mais de 10 anos de escolaridade (43%) têm uma elevada expressão.

Convém aqui salientar que um dos critérios de selecção dos participantes era precisamente a de possuírem capacidade para o auto-preenchimento do questionário e isto contribuiu para que as pessoas tivessem no mínimo o 4º ano de escolaridade.

Os traumatizados crânio-encefálicos, atendendo ao facto de na sua maioria serem jovens ainda em idade escolar, ficam incapacitados para prosseguir os estudos, e veem-se obrigados a abandonar o meio escolar devido a sérias alterações de ordem cognitiva que se podem manifestar, relacionadas por exemplo com a atenção, a memória, o processamento de informação e que, por sua vez, podem conduzir a alterações no comportamento e personalidade, que incluem a irritabilidade, falta de motivação, incapacidade de aceitar a oposição ou acontecimentos adversos.

Segundo Pereira e Gonçalves (1996), modificações mais graves podem surgir tornando o doente anti-social no ambiente que lhe era habitual. Estas manifestações, aliadas à falta de flexibilidade na resolução dos problemas e, por vezes, a um comportamento socialmente inadequado, são as principais responsáveis pelas alterações da QDV a longo prazo.

Quando analisamos o ESTADO CIVIL dos nossos participantes, constatamos que só dois dos participantes casados antes da ocorrência do T.C.E. se divorciaram/separaram após o T.C.E.. Destes, um deles tem 39 anos e sofreu o T.C.E. há quatro anos, e o outro tem 43 anos e sofreu o T.C.E. há cinco anos.

Wood e Yurdakul (1997) postulam que as rupturas matrimoniais raramente ocorrem nos dois anos a seguir ao T.C.E., sendo mais comuns depois do 5º ano.

Os nossos resultados não nos permitem tirar ilações com base apenas em dois sujeitos que se separaram/divorciaram após a ocorrência de T.C.E..

Ao indagarmos sobre a SITUAÇÃO PROFISSIONAL, constatamos acentuadas mudanças na situação profissional dos sujeitos depois da ocorrência de T.C.E..

Ao debruçarmo-nos sobre os resultados, somos logo tentados a denotar que as pessoas com T.C.E. experienciam elevado desemprego a seguir à ocorrência de T.C.E.

Segundo Thomsen (1974), Wehman (1981) e Wehman e Kreutzer (1990), o desemprego, por sua vez, diminui a oportunidade de desenvolver contactos sociais e actividades de lazer. O desemprego crónico também contribui para a depressão e diminuição da auto-estima (in: Morton & Wehman, 1995).

Se, à primeira vista, estes resultados nos parecem pouco animadores, não nos podemos esquecer que mais de metade dos participantes (77%) beneficiou de algum tipo de programa de reabilitação, o que significa que os problemas físicos e/ou psicológicos podem ter estado na origem do não retorno ao trabalho por incapacidade física e/ou psicológica.

O curto espaço de tempo que decorreu deste a ocorrência do T.C.E. até à altura de resposta ao questionário (52% dos sujeitos teve o traumatismo há um ano) pode ainda não lhes ter permitido atingir a total recuperação dos danos provocados pelo T.C.E., sendo que o regresso ao mundo laboral ainda constitui uma etapa a atingir.

Na opinião de Pereira e Pereira (1996), o regresso ao trabalho não deve ocorrer demasiado cedo, porque muitas vezes as capacidades destes sujeitos estão manifestamente reduzidas e os sujeitos não são capazes de lidar com os problemas habituais. Quanto mais o doente se esforça por cumprir, mais cansado fica e multiplicam-se os erros, as mensagens esquecidas, as decisões inadequadas e a sua frustração com a falta de progressos. Por vezes, a tudo isto somam-se ainda os conflitos com a entidade patronal e os outros colegas e a diminuição da satisfação com o trabalho.

Pereira e Pereira (1996) chegam mesmo a defender que o doente deve regressar ao seu emprego anterior, mas com algumas adaptações nos primeiros tempos, tais como:

- diminuição da carga horária, com pausas frequentes (combater a fadiga);
- evitar ter de lidar com o público (alterações do controle emocional);
- evitar locais ou ambientes que o distraiam (dificuldade de concentração);
- evitar trabalhar com máquinas (diminuição do tempo de reacção);
- evitar exigir muito da memória, recorrendo a auxiliares externos de memória;
- não trabalhar em locais perigosos (alterações do equilíbrio).

Ao compararmos a idade dos sujeitos quando ocorreu o traumatismo com o retorno ao trabalho a Tempo Inteiro, verificamos que, dos 10 sujeitos que retomaram o trabalho a Tempo Inteiro (o que corresponde a $\frac{1}{4}$ dos participantes), todos eles eram jovens (dos 17 aos 38 anos) e só um deles se encontrava na casa dos 50 anos (com 55 anos) quando ocorreu o T.C.E..

Relacionando os nossos resultados com as teorizações de McMordie e col. (1990), comprovamos que a idade aquando da ocorrência do T.C.E. parece ser uma variável importante no retorno ao trabalho, numa relação inversamente proporcional, ou seja, com o aumento de idade diminui a probabilidade de retorno ao trabalho.

Quando analisamos a gravidade do T.C.E. nos 10 sujeitos que retomaram o trabalho a Tempo Inteiro, verificamos a existência de T.C.E. graves, moderados e ligeiros em semelhante proporção (três sujeitos com T.C.E. grave, três sujeitos com T.C.E. ligeiro, dois sujeitos com T.C.E. moderado e dois sem registo da gravidade).

Isto para dizer que, no nosso estudo, a gravidade não parece ser um bom preditor do retorno ao trabalho, no entanto, temos que ter alguma prudência na interpretação destes resultados, por não possuímos o registo da pontuação obtida na Escala de Coma de Glasgow para todos os sujeitos da amostra.

Em relação ao sexo, os nossos resultados não confirmam os reportados por McMordie e col. (1990), isto é, no nosso estudo os dez indivíduos que retomaram o trabalho a Tempo Inteiro são todos do sexo masculino. Dos três sujeitos que exerciam uma actividade a Tempo Inteiro antes do T.C.E. e retomaram o trabalho a Tempo Parcial, dois são do sexo feminino e um do sexo masculino. No estudo levado a cabo por McMordie e col. (1990), o número de mulheres que retomou o Trabalho a Tempo Inteiro e a Tempo Parcial é proporcionalmente superior ao número de homens.

No que toca à REABILITAÇÃO, uma percentagem bastante elevada de sujeitos (77%) beneficiou de algum tipo de reabilitação, o que constitui um bom indicador, se atendermos à importância da reabilitação na melhoria da QDV destes sujeitos.

Se nos debruçarmos sobre o TIPO DE REABILITAÇÃO, damos-nos conta que a Fisioterapia é de todas a mais frequente, o que sugere a existência de uma grande percentagem (62%) de sujeitos com limitações físicas.

A Terapia Ocupacional também parece ser um tipo de reabilitação muito procurada, com 35% de sujeitos a terem usufruído da mesma, o que também revela que uma percentagem considerável de participantes após o T.C.E. se encontrava dependente dos outros nas actividades de vida diária.

Convém aqui salientar que praticamente todos os sujeitos que referiram ter usufruído de consultas de neuropsicologia são provenientes da consulta de Neuropsicologia do

Hospital de S. José, o que corresponde a uma percentagem elevada (30%) de participantes com défices cognitivos e/ou problemas de ajustamento psicossocial.

Em igual percentagem (30%) encontram-se aqueles que recorreram a um psiquiatra ou psicólogo na expectativa de aliviarem o seu sofrimento psicológico.

Estes resultados atestam que mais de metade dos participantes (60%) recorreram a uma intervenção fornecida ou por um Psicólogo ou por um Psiquiatra, o que revela uma grande incidência de problemas de natureza psicológica ou psiquiátrica nestes sujeitos, facto este já retratado na literatura por autores como Leathem e col. (1996) e Prigatano (1987).

A forma como estes problemas interferem com a capacidade para trabalhar foi alvo de estudo de Brooks e col. (1987). Segundo estes autores, os défices cognitivos, os problemas de personalidade e as desordens de comportamento contribuem para o desemprego. Particularmente défices cognitivos, como sejam défices na atenção, memória e comunicação.

Em relação à Orientação Vocacional/Profissional, poucos foram os que beneficiaram deste tipo de reabilitação (13%).

Se nos debruçarmos sobre o número de sujeitos que não retomaram ao trabalho após o T.C.E., indagamos que a Orientação Vocacional/Profissional é um tipo de intervenção bastante importante para estes sujeitos, visto muitos deles não retomarem ao seu anterior emprego por já não possuírem competências para o desempenho das funções, o que obriga a que por vezes tenham que proceder a uma re-avaliação das suas competências profissionais e selecção de tarefas congruentes com a sua condição física e/ou psicológica momentânea.

Com o presente estudo apercebemo-nos que a reabilitação tradicional ainda não está a conseguir resolver os problemas do desemprego que atingem os T.C.E.. As vítimas de T.C.E. estão claramente necessitadas de estratégias de reabilitação adicionais que intervenham a nível da Orientação Vocacional/Profissional.

A respeito da GRAVIDADE, os resultados devem ser analisados com alguma precaução, em virtude de estarmos na presença de valores apenas referentes a 50% dos participantes. Sabemos que, para aqueles sujeitos em relação aos quais foi possível aceder ao valor da Glasgow, a maior percentagem situa-se na categoria dos T.C.E. graves.

Debruçando-nos agora sobre as Sub-Escalas e a forma como estas são influenciadas pelas variáveis socio-demográficas e clínicas, relativamente à Sub-Escala VITALIDADE, à medida que a idade aumenta a Vitalidade diminui. Este resultado é compreensível, pois com o aumento da idade as pessoas, tendencialmente, perdem progressivamente as suas capacidades vitais. A tomada de consciência da perda de capacidades é ao mesmo tempo acompanhada de fadiga, perda de energia, e até talvez de pouca esperança de melhoras significativas, com acomodação à condição de saúde.

Também verificámos que o grupo que fez Terapia Ocupacional apresenta melhores resultados de Vitalidade do que o grupo que não fez Terapia Ocupacional. O simples facto de fazerem Terapia Ocupacional pode conduzi-los a sentirem-se mais úteis e capazes e com mais actividade (não se sentem tão cansados e com pouca energia), o que pode constituir uma possível hipótese explicativa para estes resultados.

Relativamente à Sub-Escala SAÚDE MENTAL, à medida que a idade aumenta a Saúde Mental diminui.

Se alguns indivíduos com T.C.E. tendem a apresentar problemas comportamentais e emocionais, como sejam ansiedade e reacção catastrófica, negação da doença ou anosognosia, paranóia, agitação psicomotora, depressão e isolamento social, conforme descreve Prigatano (1987), é de prever que este quadro ainda se agrave mais com o avançar da idade, se tivermos em conta que a intensidade dos sintomas aumenta com a idade e a recuperação dos défices cognitivos também é mais lenta (Pereira e Gonçalves, 1996).

No nosso estudo, a Situação Profissional Depois do Traumatismo está relacionada com a Saúde Mental, isto é, os sujeitos que exercem uma Actividade a Tempo Parcial são os detentores dos melhores valores nesta Sub-Escala, contra os Activos com Baixa (com os valores mais baixos). Isto faz sentido se pensarmos que nestes últimos os seus problemas afectivos/emocionais poderão ser o motor de desajuste profissional, precipitando as baixas no emprego.

O grupo dos que exercem uma Actividade Profissional a Tempo Inteiro obtiveram piores resultados na Sub-Escala Saúde Mental, dos que exercem uma Actividade Profissional a Tempo Parcial.

Não é por acaso que, segundo Powell (1994), as pessoas quando retomam o trabalho deviam fazê-lo gradualmente, começando por um emprego a Tempo Parcial (3-4 horas durante 2-3 dias por semana). Pareceu-nos que o recomeçar a actividade profissional a Tempo Inteiro é mais gerador de ansiedade, depressão, angústia e frustração, do que o recomeçar a Tempo Parcial, o que pode ser uma hipótese explicativa para os presentes resultados.

Verificámos ainda que o grupo que fez Orientação Vocacional/Profissional apresenta melhores resultados na Sub-Escala Saúde Mental do que o grupo que não fez Orientação Vocacional/Profissional.

Talvez as pessoas ao fazerem Orientação Vocacional/Profissional sejam aconselhadas a seguir uma actividade profissional conducente com o seu estado de saúde geral e isto pode favorecer o seu bem-estar psicológico. Já com as que não fizeram Orientação Vocacional/Profissional isto não se passou, estando estas últimas pouco determinadas sobre o melhor percurso a nível profissional a prosseguir, depois da ocorrência do T.C.E., e esta indefinição profissional precipitar problemas de saúde mental.

Esta interpretação não deve ser linear, porque só cinco sujeitos frequentaram Orientação Vocacional/Profissional.

No que concerne aos resultados da Escala DOR CORPORAL, a variável que se distingue é a situação profissional depois do traumatismo. O grupo de sujeitos que beneficiou de Formação Profissional (categoria "Outro") são os que mais se queixam de dores corporais, sendo o grupo dos Activos com Baixa os que menos se queixam deste padecimento.

Convém aqui ressaltar que as dores descritas, na generalidade dos casos, não estão associadas a sintomas específicos da doença. Embora McHorney, Ware e Raczek, (1993) defendam que esta Escala é mais sensível a dimensões físicas de saúde, a sua interpretação não deve ser linear, dado que factores de ordem emocional poderão contribuir para variações nos resultados (Lopes & Ribeiro, 1997).

No que toca à SAÚDE GERAL, esta diminui à medida que a idade aumenta.

Faz sentido se pensarmos que à medida que se envelhece se perdem as capacidades vitais, e o estado de saúde tendencialmente tende a agravar-se devido às complicações que podem daí advir quando se é confrontado com a doença e a demora da recuperação.

Igualmente as pessoas de mais idade, especialmente aquelas com 60 ou mais anos, podem sofrer danos mais destrutivos e um elevado número de complicações após um T.C.E., porque à medida que se envelhece o cérebro torna-se menos flexível e com menor plasticidade para recuperar (Rothweiler, Temkin & Dikmen, 1998).

Isto contribuiu para que os mais velhos percepcionem a sua saúde como menos boa, comparativamente aos mais jovens.

Foram ainda encontradas diferenças significativas, na Sub-Escala Saúde Geral, entre o grupo de pessoas que estão a ser seguidas na consulta de Neuropsicologia e o grupo de pessoas que não estão a ser seguidas na consulta de Neuropsicologia, com os primeiros a percepcionarem-se com pior Saúde Geral do que os segundos.

Esta constatação pode ser explicada pelo facto dos sujeitos, ao serem encaminhados para a consulta de Neuropsicologia, se encontrarem, ou com dificuldades em lidar com os problemas emocionais, ou com necessidade de programas que incluem o re-treino cognitivo, o desenvolvimento de competências compensatórias, ou outro. Supostamente, a intervenção neuropsicológica também lhes vai permitir um melhor auto-conhecimento, o que se revela fundamental em sujeitos cuja negação da doença (anosognosia) pode surgir na sequência de T.C.E..

Aqueles que não receberam intervenção neuropsicológica, podem percepcionar-se como estando de melhor Saúde Geral, mas isto pode não corresponder à realidade, na

medida em que questões como o auto-conhecimento podem não ter sido trabalhadas com eles, e estar a assistir-se a uma negação da doença em vez de a uma aceitação da mesma.

No nosso estudo foram ainda encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo que fez Fisiatria e o grupo que não fez Fisiatria, em relação à Sub-Escala Saúde Geral.

O grupo que fez Fisiatria considera-se com melhor Saúde Geral do que o grupo que não fez Fisiatria.

Estes resultados devem ser analisados com alguma prudência, porque só cinco dos 40 sujeitos da amostra fizeram Fisiatria.

Se, à primeira vista, estes resultados parecem optimistas, na medida em que a Fisiatria parece estar a ter efeitos benéficos na Saúde Geral deste grupo, mas também podemos partir do pressuposto que se a estes indivíduos lhes foi prescrita Fisiatria é porque eles não se encontravam de bom estado de saúde geral. Uma auto-percepção desfasada da realidade pode conduzi-los à não adopção de comportamentos relacionados com a saúde e à não adesão aos tratamentos.

Reportando-nos à Sub-Escala PAPEL FÍSICO, o estado civil após a ocorrência de T.C.E. parece ter alguma implicação, em virtude dos solitários (categoria constituída pelos solteiros, divorciados e viúvos) terem apresentado uma média superior aos casados.

Uma hipótese explicativa para este resultado pode prender-se com as dinâmicas familiares.

Quer as pessoas casadas, quer as solitárias, podem experienciar uma diminuição de papeis ocupacionais na vida familiar após a ocorrência do T.C.E., mas para as casadas a perda de capacidades pode conduzir a uma perda de prestígio em relação ao outro cônjuge e constituir um maior ataque à sua auto-estima do que para as pessoas solitárias. Esta perda de prestígio, por perda do anterior papel ocupacional e diminuição da auto-estima, pode gerar tensões no seio familiar.

Já para as pessoas não casadas (que vivem sós ou com os pais) o facto de se sentirem mais limitadas e de terem que aceitar um papel ocupacional mais baixo, pode não lhes gerar tantos sentimentos de auto-desvalorização, nem estes interferirem tão significativamente no desempenho das actividades quotidianas.

Esta interpretação também constituiu uma explicação plausível fornecida por Moore e col (1992), ao estudarem as diferenças existentes entre a QDV em sujeitos casados e solteiros.

Relativamente à Sub-Escala PAPEL EMOCIONAL, também aqui foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os casados e os solitários depois da ocorrência do T.C.E., com os solitários a apresentarem uma média superior aos casados.

Se partirmos do resultado obtido no estudo levado a cabo por Moore e col. (1992), no qual os sujeitos casados se descreveram como mais ansiosos, mais deprimidos, com afectos mais hostis, mais confusos e cansados devido às dinâmicas familiares, facilmente compreendemos os presentes resultados.

Uma das explicações plausíveis que os autores encontraram para os seus resultados prendeu-se mais uma vez com as dinâmicas familiares. A relação conjugal parece ser mais vulnerável aos efeitos das mudanças de comportamento do que a relação parental. De forma análoga, Rosenbaum e Najenson (1976), Thomsen (1974), Thomsen (1984) e Brooks (1984) (in: Florian e col., 1991) sugerem que as esposas de pessoas com dano cerebral têm mais dificuldades em lidar com o impacto da doença do que os outros membros da família. Provavelmente estas dificuldades vão gerar mais conflitos conjugais e acentuar os problemas emocionais dos traumatizados crânio-encefálicos, o mesmo não se verificando nos traumatizados crânio-encefálicos solitários.

É como se se assistisse a uma maior interferência dos problemas de ordem emocional nas actividades quotidianas quando se trata dos casados, do que quando se trata dos solitários.

Ainda em relação à Sub-Escala Papel Emocional, fomos encontrar diferenças significativas entre o grupo que fez Orientação Vocacional/Profissional e o grupo que não fez este tipo de Orientação, com o grupo que fez Orientação Vocacional/Profissional a apresentar valores superiores, comparativamente ao grupo que não fez Orientação Vocacional/Profissional.

Parece-nos, pois, que os problemas emocionais interferem menos nas actividades diárias quando se foi sujeito a uma intervenção cujo objectivo se destinava a delinear o percurso vocacional/profissional, do que quando não se foi sujeito a este tipo de intervenção.

A escolha de um percurso profissional ajustado às necessidades e capacidades daqueles que fizeram Orientação Vocacional/Profissional provavelmente fê-los sentirem-se mais

seguros, menos ansiosos e deprimidos, logo, em melhor bem-estar psicológico, quando comparados com aqueles que não tiveram a oportunidade de traçar o seu percurso profissional adequado através de uma Orientação Vocacional/Profissional.

Quanto à Sub-Escala FUNCIONAMENTO FÍSICO, esta parece estar relacionada com a situação profissional depois do T.C.E., isto é, os valores mais elevados de Funcionamento Físico foram encontrados nas Donas de Casa contra os valores mais baixos, encontrados nos Activos com Baixa.

A categoria “Dona de Casa” inclui uma pessoa, pelo que não iremos tirar ilações a partir deste resultado.

É provável que os Activos com Baixa façam uma avaliação mais crítica sobre a interferência da saúde nas actividades físicas correntes por se sentirem mais incapacitados e é plausível que as limitações físicas os impeçam de trabalhar, traduzindo-se em baixas no emprego.

Estes resultados vão ao encontro daqueles obtidos na Sub-Escala Saúde Mental, em que também nesta Sub-Escala os Activos com Baixa foram aqueles que apresentaram piores resultados.

Problemas psicológicos e físicos podem estar na origem das baixas no emprego e da incapacidade para o desempenho de uma actividade profissional.

A recuperação das disfunções motoras nestes sujeitos, quando elas existem, até pode ser relativamente rápida, mas as sequelas que permanecem a nível neuropsicológico e social podem estender-se por longos períodos de tempo, podendo atingir anos, se nada for feito para ajudar os doentes a adoptarem estratégias de coping adaptadas às diferentes situações e realidades.

Ainda nos demos conta de que os que exercem uma actividade profissional a Tempo Inteiro apresentam melhor Funcionamento Físico, comparativamente aos que exercem uma actividade profissional a Tempo Parcial, com os desempregados ainda a apresentarem piores resultados.

Estes resultados provam que a condição física da pessoa é uma variável importante no percurso profissional daqueles que sofreram T.C.E..

De igual modo, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na Sub-Escala Funcionamento Físico entre o grupo que fez Fisioterapia e o grupo que não fez Fisioterapia, com este último grupo a perceber-se com melhor Funcionamento Físico. Aqueles que se consideram com melhor Funcionamento Físico provavelmente serão também aqueles que menos precisarão de Fisioterapia.

No que concerne à Sub-Escala FUNCIONAMENTO SOCIAL, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo que fez Orientação Vocacional/Profissional e o grupo que a não fez.

O grupo que fez Orientação Vocacional/Profissional apresenta melhor Funcionamento Social do que o grupo que não fez este tipo de reabilitação.

Estes resultados devem ser analisados com especial prudência em virtude de só cinco dos 40 participantes terem recebido Orientação Vocacional/Profissional.

Tal como já constatámos anteriormente, o grupo que fez Orientação Vocacional/Profissional apresenta melhores resultados na Sub-Escala Papel Emocional e Saúde Mental, comparativamente ao grupo que não fez orientação Vocacional/Profissional.

De certa forma, mais uma vez aqui se atesta que o bem-estar psicológico/emocional interfere de forma positiva no relacionamento social com a família, amigos, vizinhos ou outros.

No que toca à Sub-Escala CONCENTRAÇÃO, esta diminui à medida que a idade aumenta.

Para Pereira e Gonçalves (1996), a idade é um factor de prognóstico importante porque os indivíduos com mais de 40 anos têm uma recuperação mais lenta dos défices cognitivos, embora, segundo Barbizet e Duizabo (1985), a alteração fisiológica na capacidade de retenção de um material novo com o aumento da idade seja compensada durante muito tempo, principalmente em pessoas que têm um bom nível intelectual, por uma estratégia adequada da capacidade mnésica, que lhes permite continuar a aprender grande quantidade de dados novos no campo do seu interesse pessoal.

O próprio T.C.E. em si pode dar origem a distúrbios (por exemplo, distúrbio da reabsorção do líquido céfalo-raquidiano) que podem, por sua vez, causar alguns estados demenciais progressivos onde predominam as alterações intelectuais e outras (Barbizet & Duizabo, 1985).

No nosso estudo também nos demos conta que o grupo que não está a ser seguido na consulta de Neuropsicologia percebe-se com melhor Concentração do que o grupo que está a ser seguido na consulta de Neuropsicologia.

Estes resultados evidenciam que são os indivíduos que se percebem com défices de Concentração que têm maior indicação para a frequência de consultas de Neuropsicologia, comparativamente aos que não apresentavam dificuldades de Concentração.

No que concerne à Sub-Escala FAMÍLIA, os resultados demonstram que à medida que a idade aumenta, aumentam as dificuldades no seio familiar (por ex. impedimentos nas relações íntimas com o(a) companheiro(a)).

Estes resultados eram esperados, se atendermos ao facto de a totalidade dos participantes jovens (com 20 ou menos anos de idade) serem solteiros, sendo quase a totalidade dos indivíduos com idade superior a 30 anos casados. As pessoas com mais de 30 anos (na sua maioria casadas) para além de viverem com o seu cônjuge, ainda partilham o lar com os filhos.

As mudanças ocorridas após o T.C.E. podem não ser bem aceites pelos filhos, o que pode favorecer sentimentos de incompetência, impotência e culpabilização por parte dos T.C.E.

Podemos ainda equacionar a hipótese de que o aumento da idade faz com que as pessoas fiquem menos tolerantes e mais resistentes às mudanças, e isto provocar-lhes menor adaptação à doença. Por outro lado, com o aumento da idade os sintomas são mais intensos e a recuperação dos défices cognitivos é mais lenta (Pereira & Gonçalves, 1996), o que pode vir a ter repercussões ao nível da dinâmica familiar, e muito particularmente ao nível da relação conjugal.

Estes sentimentos menos positivos são depois dirigidos para os familiares, e gera-se um ciclo vicioso de conflitos devido às dificuldades de gestão dos mesmos.

É disto exemplo a declaração feita por um inquirido do nosso estudo, que passo a descrever: "... em casa com a mulher e filhos tornou-se o inferno por falta de calma e por me sentir impossibilitado de manter uma normal casa de família e não ser capaz de educar os filhos por me faltarem ao respeito, depois disso em mim causa uma enorme

depressão e um estado nervoso intenso ao ponto de me agarrar a comprimidos para dormir”.

Ainda em relação à Sub-Escala Família, fomos encontrar no grupo que fez Orientação Vocacional/Profissional piores resultados, comparativamente ao grupo que não fez Orientação Vocacional/Profissional.

Face a estes resultados, podemos levantar a hipótese de que as pessoas que se consideram com mais dificuldades nas relações íntimas com os(as) companheiros(as) e na vida familiar, em geral, tendem a compensar estas dificuldades através da procura de uma Orientação Vocacional/Prof. Já as que não apresentam tantas dificuldades nas relações familiares não se sentem tão necessitadas de encontrar formas de compensar estas dificuldades através do recurso à Orientação Vocacional/Profissional.

Outra hipótese explicativa pode ter a ver com o facto das pessoas com mais dificuldades nas relações familiares poderem ver-se mais pressionadas e mais incentivadas pela família a arranjar uma actividade ocupacional/profissional do que as que se consideram com melhores relações familiares. Isto faz com que as primeiras recorram mais a este tipo de reabilitação, quando comparadas com as que se consideram com melhores relações familiares.

Fomos ainda encontrar, no grupo que recebeu Assistência Social, piores resultados na Sub-Escala Família, comparativamente ao grupo que não recebeu Assistência Social. Estes resultados significam que aqueles que mais queixas apresentam acerca do impacto do T.C.E. nas relações familiares foram também os que foram alvo de intervenção por parte da Assistência Social.

Estes resultados devem ser analisados com a maior prudência, em virtude de só quatro dos 40 participantes terem recebido Assistência Social.

Reportando-nos, por último, à Sub-Escala TRABALHO, verificamos que aqueles cuja doença prejudicou ou impediu a realização de tarefas em casa ou no emprego foram também aqueles que receberam apoio da Assistência Social.

Se partirmos do pressuposto que os técnicos de Serviço Social estão particularmente vocacionados para lidar com os problemas sociais e familiares das pessoas, constatamos que a intervenção está a ser dirigida adequadamente para aqueles que dela necessitam.

Em relação à comparação entre PESSOAS COM DOENÇA/PESSOAS SEM DOENÇA, eram esperados os resultados por nós obtidos, ou seja, as pessoas com doença percebem-se com pior QDV, comparativamente às pessoas sem doença.

Não foram encontradas diferenças significativas nas Sub-Escalas Dor Corporal e Vitalidade. Estes resultados conduzem-nos à suposição de que a Dor Corporal e a falta de Vitalidade não distinguem as pessoas com doença das pessoas sem doença, e isto talvez porque as pessoas podem sentir-se cansadas, sem energia, sem apresentarem doença física ou psicológica.

Igualmente constatámos que as dores corporais referenciadas pelos respondentes, na sua maioria, não estavam relacionadas com o T.C.E..

Reportando-nos ao sexo, damos-nos conta que os homens com doença, quando comparados com os homens sem doença, apresentam um maior número de domínios

em que se verificam diferenças significativas, do que quando comparamos as mulheres com doença com as mulheres sem doença.

Queremos com isto dizer que os homens quando estão doentes, tendem a apresentar queixas num maior número de domínios (físico, psicológico, social, etc.) do que as mulheres doentes.

Parece existir uma hipersensibilidade e uma maior intolerância à doença nos homens traduzida numa diminuída tolerância à doença, quando comparados com as mulheres.

2- CONCLUSÕES

O presente trabalho de investigação permitiu-nos concluir que:

Em primeiro lugar, os resultados obtidos levam a considerar a influência de variáveis sócio-demográficas na QDV da amostra estudada, tais como a idade, o estado civil e a situação profissional após a ocorrência do T.C.E. e o tipo de reabilitação recebida (Fisiatria, Neuropsicologia, Orientação Vocacional/Profissional, Fisioterapia, Assistência Social e Terapia Ocupacional).

Verificámos que o emprego pode ter um importante efeito na QDV, resultado já esperado se tivermos em conta o estudo levado a cabo por Webb e col. (1995) em que foi confirmado que o retorno ao trabalho é uma variável importante devido ao papel primordial que o trabalho desempenha na nossa sociedade.

A elevada percentagem de desemprego após a ocorrência do T.C.E., pode conduzir a sentimentos de perda de identidade social e baixa de auto-estima, bem como a uma maior dependência dos outros com implicações no padrão relacional familiar e social.

O não retorno ao trabalho e as baixas no trabalho após a ocorrência do T.C.E. estão ambos relacionados com uma má recuperação não só física como também psicológica.

Esforços no sentido da sobrevivência só por si são insuficientes. A relevância de uma equipa multidisciplinar constituída por Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais, Terapeutas da Fala, Fisiatras, Neuropsicólogos e Técnicos de Serviço Social para avaliar e satisfazer as necessidades destes sujeitos deve ser maximizada, se atendermos aos efeitos benéficos que os diferentes tipos de intervenção levadas a cabo por estes profissionais revelaram ter na vida dos sujeitos, retratados no presente estudo.

A Orientação Vocacional/Profissional pareceu-nos uma medida pouco praticada, mas de extrema importância, se atendermos aos elevados índices de desemprego que atingem as pessoas que sofreram T.C.E..

A Terapia Ocupacional demonstrou ter efeitos positivos ao nível da Vitalidade, a Fisioterapia a nível do Funcionamento Físico, a Fisiatria a nível da Saúde Geral, a Orientação Vocacional/Profissional a nível da Saúde Mental, Papel Emocional e Funcionamento Social.

A partir destes resultados podemos afirmar que a reabilitação física e psicológica tornam-se de primordial importância quando falamos nas melhorias da QDV nos indivíduos que sofreram T.C.E. Convém ainda salientar a necessidade de prolongar a intervenção de reabilitação após a alta hospitalar, sempre que esta o justifique, para que seja feita uma intervenção o mais adequada possível.

A idade demonstrou ser uma variável importante na avaliação da QDV, dado que à medida que esta aumenta, a Vitalidade, a Saúde Mental, a Saúde Geral a Concentração e a Qualidade da Relação Familiar diminuem.

O Estado Civil foi outra variável que se destacou no nosso estudo, onde os solitários apresentaram melhor Papel Físico e Papel Emocional, comparativamente aos casados. Estes resultados espelham a importância das dinâmicas familiares da QDV destes sujeitos e a necessidade das famílias e, neste caso particular, o cônjuge sem doença, serem incluídos precocemente em qualquer programa de reabilitação.

Neste contexto, é de vital importância fornecer aos cônjuges dos traumatizados crânio-encefálicos níveis apropriados de suporte e educação para os preparar para as mudanças a que eles estarão sujeitos ao longo dos diferentes estádios de recuperação dos seus companheiros, com o objectivo de diminuir os desajustes que possam vir a ocorrer na relação conjugal.

Investigadores como Grant e Alves (1987), Klonoff e col. (1986), Oddy e col. (1985) e Peck e Warren (1989) (in: Lezak, 1995) sugerem que a QDV é afectada desfavoravelmente pelo aumento da gravidade do T.C.E..

Porém, no presente estudo não foram encontradas relações entre a Gravidade do T.C.E. e as várias dimensões da QDV. Uma razão para estes resultados pode atribuir-se ao reduzido número de sujeitos ($n=20$) em relação aos quais conseguimos obter o valor da gravidade do T.C.E., medida através da Escala de Coma de Glasgow.

Em segundo lugar, foi possível identificar a presença de diferenças significativas no que diz respeito à QDV entre traumatizados crânio-encefálicos e pessoas sem doença.

Identificou-se, nas diferentes Sub-Escalas do instrumento, que, no geral, a avaliação da QDV feita pelos traumatizados crânio-encefálicos era mais baixa do que a avaliação feita no grupo de pessoas sem doença.

Quando introduzimos a variável sexo, constatámos que os homens são quem mais queixas apresentam acerca da QDV. Estes resultados evocam reacções mais negativas e marcantes face à doença e que se podem traduzir numa menor adaptação à doença, por parte dos homens.

Os resultados do presente trabalho de investigação corroboram os resultados a que chegaram Webb e col. (1995), Colantonio e col. (1998), Thomsen (1984), entre outros, sobre as importantes e devastadoras repercursões do T.C.E. na vida daqueles que o sofrem e que se estendem aos vários constituintes da QDV (bem-estar físico, psicológico, social e material).

Considerando ainda que os T.C.E. afectam particularmente indivíduos jovens, saudáveis e produtivos, é premente investir não só no tratamento e reabilitação, como também na prevenção.

A prevenção da doença e a promoção da saúde e QDV, seja a um nível individual ou a um nível colectivo, constitui um dos temas prioritários tanto da teoria como da prática da Psicologia da Saúde.

Propostas de acção:

O conjunto de dados obtidos neste estudo fornecem algumas sugestões importantes no desenvolvimento de estratégias de intervenção. São elas:

- Elaboração de programas dirigidos às pessoas atingidas pelo T.C.E. para o desenvolvimento da auto-estima, auto-eficácia e de sentimentos de domínio e controle (aquisição de capacidades interpessoais, capacidades de solucionar os problemas, assertividade, estratégias de confronto, etc.);

- Estes programas devem ainda fomentar a integração no mundo laboral, promover ambientes de trabalho estáveis e incluir a componente da Orientação Vocacional/Profissional, uma vez termos constatado, através do nosso estudo, ter um efeito positivo na QDV e ser um recurso pouco utilizado por estes sujeitos;
- Como os maiores problemas a longo prazo, na maioria dos casos, são cognitivos e comportamentais, intervenções dirigidas a estes aspectos deviam ser oferecidas e fazer parte dos programas de reabilitação;
- Elaboração de programas cujo esforço se dirija à modificação de aspectos relacionados com o ambiente social ou físico (por ex. fortalecimento de redes de apoio social, aumento da integração na comunidade, criação de locais de lazer e convívio, etc.);
- Implementação de programas dirigidos à família do traumatizado crânio-encefálico que incluam a discussão de expectativas realistas, apoio emocional, fornecimento de informações sobre os serviços disponíveis na comunidade, apoio financeiro, etc.;
- Incrementação de campanhas de prevenção rodoviária dirigidas às camadas mais jovens da população como forma de redução dos comportamentos de risco e promoção de estilos de vida saudáveis nos condutores de veículos motorizados;
- Elaboração de informação escrita acerca dos sintomas e formas de lidar com eles, a fornecer aos traumatizados crânio-encefálicos e suas famílias, na medida em que, segundo Powell, Collin e Sutton (1996), a educação tem provado ser a estratégia de intervenção mais potente para os sujeitos com T.C.E. ligeiro e suas famílias;
- Elaboração de um documento detalhado com dados epidemiológicos sobre T.C.E., de âmbito nacional.

O ideal seria a criação de um Serviço de Reabilitação específico para os traumatizados crânio-encefálicos, cuja intervenção na reabilitação teria início logo na unidade de traumatismo e o seu terminus quando o indivíduo conseguisse uma plena integração na sociedade.

Em relação ao instrumento utilizado na recolha dos dados - o Questionário - muitos sujeitos depararam-se com dificuldades na interpretação das perguntas. Este aspecto foi particularmente notório na Questão 3 e 4 ao mostrarem-se incapazes de distinguir que, embora ambas as questões estivessem formuladas de forma semelhante, a questão 3 referia-se a problemas físicos e a 4 a problemas emocionais.

A necessidade dos sujeitos se remeterem para as últimas quatro semanas, exige um esforço de raciocínio suplementar, em sujeitos cujas funções cognitivas estão particularmente comprometidas.

Embora se trate de um Questionário de auto-administração, muitos foram aqueles que beneficiaram de apoio no preenchimento do mesmo.

Pensamos que em investigações futuras poder-se-ia criar um instrumento específico com questões formuladas de uma forma mais acessível e mais direccionadas para a problemática do T.C.E., explorando com mais enfoque aspectos como o relacionamento conjugal e familiar, sintomas para além das dores corporais, tais como tonturas, desequilíbrio, tremores, cansaço, alterações comportamentais, entre outros, sem perder de vista as dificuldades sentidas pelos sujeitos da nossa amostra aquando da resposta ao Questionário.

Não obstante, o Questionário demonstrou ser útil e eficaz na detecção de áreas deficitárias, a partir do qual foi possível delinear um conjunto de sugestões sobre

medidas a tomar no processo de ajustamento destes sujeitos à doença, com vista a um melhoramento da sua QDV.

Um aspecto que poderia ser objecto de análise futura prende-se com o estudo da QDV em função da localização da lesão.

Pensamos ainda ser pertinente, em estudos posteriores, controlar variáveis tais como a idade, o sexo, tipos de reabilitação, gravidade do T.C.E. com o intuito de averiguar com precisão as diferenças estatisticamente significativas entre grupos.

Com o presente estudo pensamos ter contribuído para a identificação de défices provocados pelo T.C.E., para que à posteriori seja possível delinear-se eficazmente o tratamento e a reabilitação ajustados às necessidades com vista à promoção e manutenção da saúde nestes sujeitos.

Por tudo aquilo que já foi dito, pensamos que no séc. XXI a promoção da QDV deve constituir um objectivo não só muito prometededor, como também necessário e urgente.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Asikainin, I., Kaste, M. & Sarna, S. (1996). Patients with traumatic brain injury referred to a rehabilitation and re-employment programme: social and professional outcome for 508 Finnish patients 5 or more years after injury. *Brain Injury*, 10 (12), 883-899.

Asikainen, I., Kaste, M. & Sarna, S. (1998). Predicting late outcome for patients with traumatic brain injury referred to a rehabilitation programme: a study of 508 Finnish patients 5 years or more after injury. *Brain Injury*, 12 (2), 95-107.

Barbizet, T. & Duizabo, P. (1985). *Manual de Neuropsicologia*. São Paulo: Masson.

Barnabé, R. (1997). Qualidade de Vida, relação conjugal, satisfação sexual em mulheres mastectomizadas e mulheres tumorectomizadas - um estudo comparativo. In Ribeiro, J.. *2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde - Actas*. Lisboa: ISPA.

Bond, M. (1979). The stages of recovery from severe head injury with special reference to late outcome. *Int. Rehab. Med.*, 1, 155-159.

Brooks, N., McKinlay, W., Symington, C., Beattle, A. & Campsie, L. (1987). Return to work within the first seven years of severe head injury. *Brain Injury*, 1, 5-19.

Bucquet, D. (1993). Qualité de vie, santé perceptuelle, definition, concept, évaluation. In Hérrisson, C. & Simon, L.. *Évaluation de la Qualité de Vie* (pp.1-8). Paris: Masson.

Burleigh, S. Farber, R. & Gillard, M. (1998). Community Integration and Life Satisfaction After Traumatic Brain Injury: Long-Term Findings. *The American Journal of Occupational Therapy*, 52 (1), 45-51.

Callon, E. & Jackson, W. (1995). Traumatic Brain Injury. In Goreczny, A., *Handbook of Health and Rehabilitation Psychology* (pp. 431-451). New York: Plenum Press.

Cambier, J., Masson, M. & Dehen, H. (1995). *Neurologie*. Paris: Masson.

Chwalow, J. (1993). Methodologie de l'évolution de la qualité de la vie dans les essais cliniques. In Hérisson, C. & Simon, L., *Évaluation de la Qualité de Vie* (pp. 22-31). Paris: Masson.

Christensen, A. & Uzzell, B. (1994). *Brain Injury and Neuropsychological Rehabilitation. International Perspectives*. USA: Lawrence Erlbaum Associates.

Colantonio, A., Dawson, D. & McLellan, B. (1998). Head Injury in young adults: Long-Term Outcome. *Arch Phys Med Rehabil.*, 79 (5), 550-558.

Crisp, R. (1993). Personal Responses to Traumatic Brain Injury: a qualitative study. *Disability, Handicap and Society*, 8 (4), 393-404.

Cruz, J. & Fonseca, J. (1996). Exames subsidiários. In Vaz, R., *Traumatismos Crânio-Encefálicos* (pp. 65-86). Porto: AEFMUP-Litomédica.

Day, H. (1993). Quality of life: Counterpoint. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 6 (3), 135-142.

Dombovy, M. & Olek, A. (1996). Recovery and rehabilitation following traumatic brain injury. *Brain Injury*, 11 (5), 305-318.

Domingos, M., Mendes, A. & Ramalho, L. (1997). Predominância das disfunções de tipo "Pré-frontal" nas síndromes pós-traumáticas e suas consequências ao nível do desempenho cognitivo-operativo, e da esfera emocional dos doentes. In Ribeiro, J., *2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde- Actas*. Lisboa: ISPA.

Eames, P., Cotterill, G., Kneale, T., Storrar, A. & Yeomans, P. (1995). Outcome of intensive rehabilitation after severe brain injury: a long-term follow-up study. *Brain Injury*, 10 (9), 631-650.

Elliot, M. & Biever, L. (1996). Subject review. Head injury and sexual dysfunction. *Brain Injury*, 10 (10), 703-717.

Fabiano, R. & Crewe, N. (1995). Variables Associated With Employment Following Severe Traumatic Brain Injury. *Rehabilitation Psychology*, 40 (3), 223-229.

Fallowfield, L. (1990). *The Quality of Life. The Missing Measurement in Health Care*. London: Souvenir Press.

Fernández-Ríos, L. & García-Fernández, M. (1999). Psicología Preventiva y calidad de vida. In Simón, M., *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología e Aplicaciones* (pp. 133-146). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

Florian, V., Katz, S. & Lahav, V. (1991). Impact of traumatic brain damage on family dynamics and functioning: a review. *Int. Disabil. Studies*, 13 (4), 150-157.

Guillemin, F. (1993). Measures de Qualité de vie: juger la qualité et la validité des Questionnaires. In Hérisson, C. & Simon, L., *Evaluation de la Qualité de Vie* (pp. 11-15). Paris: Masson.

Gutman, S. & Klemic, N. (1996). The experience of head injury on the impairment of gender identity and gender role. *Am-J-Occup-Ther*, 50 (7), 535-544.

International Resource Center for Health Care Assessment (1992). *How to score the SF-36 short-form health survey*. Boston: The Health Institute.

Joseph, P, Gall, D., Aubin, G., Forgeau, M. & Truelle, J. (1993). In Hérisson, C. & Simon, L., *Evaluation de la Qualité de Vie* (pp. 189-1194). Paris: Masson.

Junqué, C., Bruna, O. & Mataro, M. (1997). Information needs of the traumatic brain injury patient's family members regarding the consequences of the injury and associated perception of physical, cognitive, emocional and quality of life changes. *Brain Injury*, 11 (4), 251-258.

Klonoff, P., Costa, L. & Snow, W. (1986). Predictors and Indicators of Quality of life in Patients with Closed-Head Injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 8 (5), 469-485.

Kreuter, M., Dahlof, A., Gudjonsson, G., Sullivans, M. & Siosteen, A. (1998). Sexual adjustment and its predictors after traumatic brain injury. *Brain Injury*, 12 (5), 349-368.

Leathem, J., Heath, E. & Woolley, C. (1996). Relatives' perceptions of role change, social support and stress after traumatic brain injury. *Brain Injury*, 10 (1), 27-38.

Lehmkuhl, L. (1992). *Traumatic Brain Injury Glossary of Terms* [on line]. Available: <http://www.tr.wosc.osshe.edu/tbi/Glossary.html>.

Lezak, M. (1995). *Neuropsychological Assessment*. New York: Oxford University Press.

Lopes, H. & Ribeiro, J. (1997). Qualidade de Vida em Mulheres submetidas a histerectomia ou ovariectomia para tratamento de cancro do útero ou ovários. In Ribeiro, J., *2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde- Actas*. Lisboa: ISPA.

Machado, A. & Carolino, V. (1996). Fisiopatologia das lesões crânio-cerebrais. In Vaz, R., *Traumatismos Crânio-Encefálicos* (pp. 1-15). Porto: AEFMUP-Litomédica.

Mahalick, D. (1996). *Head Injuries in Adults and Children* [on line]. Available: <http://www.civilrights.com/medical/headinjuries.html>.

Martínez-Martin, P. (1998). An Introduction to the concept of "quality of life in Parkinson's disease". *J. Neurol.* 245 (1), 52-56.

Mattos, P. (1992). Curso de Neuropsicologia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 41 (8), 375-378.

McGuigan, F. (1976). *Psicologia Experimental. Uma abordagem experimental*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, Lda.

McMordie, W, Barker, S. & Paolo, T. (1990). Return to work after head injury. *Brain Injury*, 4 (1), 57-69.

McPherson, K. & Pentland, B. (1997). Disability in patients following traumatic brain injury - which measure? *International Journal of Rehabilitation Research*, 20, 1-10.

Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Secretaria de Estado da Segurança Social e das Relações Laborais (1998). *Livro Branco da Segurança Social. Uma Síntese*.

Moore, A., Stambrook, M., Gill, D. & Lubusko, A. (1992). Differences in Long-Term Quality of Life in Married and Single Traumatic Brain Injury Patients. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 6 (2), 89-98.

Morton, M. & Wehman, P. (1995). Psychosocial and emotional sequelae of individuals with traumatic brain injury: a literature review and recommendations. *Brain Injury*, 9 (1), 81-82.

Oddy, M., Coughlan, T., Tyerman, A. & Jenkins, D. (1985). Social adjustment after close head injury: a further follow-up seven years after injury. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 48, 564-568.

Oddy, M. & Humphrey, M. (1980). Social recovery during the year following severe head injury. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 43, 798-802.

Pereira, P. & Gonçalves, J. (1996). Sequelas dos T.C.E.. In Rui Vaz, *Traumatismos Crânio-Encefálicos* (pp. 213-224). Porto: AEFMUP-Litomédica.

Pereira, P. & Pereira J. (1996). Conselhos aos familiares de doentes com Traumatismo crânio-encefálico. In Rui Vaz, *Traumatismos Crânio-Encefálicos* (pp. 225-237). Porto: AEFMUP-Litomédica.

Powell, J. (1997). Neuropsychological assessment. In Baum, A., Newman, S., Weinman, J., West, R. & Manus, C., *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp. 227-230). Cambridge: Cambridge University Press.

Powell, T. (1994). *Head Injury. A Practical Guide*. United Kingdom: Headway Nacional Head Injuries Association Limited.

Powell, T., Collin, C. & Sutton, K. (1996). A follow-up study of patients hospitalized after minor head injury. *Disability and Rehabilitation*, 18 (5), 231-237.

Prigatano, G. (1987). Neuropsychological Rehabilitation. In Meier, M.; Benton, A. & Diller, L., *Personality and psychosocial consequences after brain injury. Neuropsychological Rehabilitation* (pp. 355-377). Melbourne: Churchill Livingstone.

Ribeiro, J. (1994). A Importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, XII (2/3), 179-191.

Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: CLIMEPSI.

Ribeiro, J. & Gru Po QDV (1997). A Promoção da saúde e da qualidade de vida em pessoas com doenças crónicas. In Ribeiro, J., *2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Actas* (pp. 253-273). Lisboa: ISPA.

Ribeiro, J., Mendonça, D. & Silva, A. (1997). Construção de uma Escala de Avaliação da Qualidade de Vida para doentes epilépticos. *Boletim Epilepsia*, 2 (2), 32-42.

Rothweiler, B., Temkin, N. & Dikmen, S. (1998). Aging effect on Psychosocial outcome in Traumatic Brain Injury. *Arch Psys Med Rehabil.*, 79 (8), 881-887.

Sandel, M., Williams, K., Dellapietra, L. & Derogatis, L. (1996). Sexual functioning following traumatic brain injury. *Brain Injury*, 10 (10), 719-728.

Santos, M. & Gerreiro, M. (1994). *Avaliação dos Traumatizados Crânio-Encefálicos. Documento E.B.I.S.*. Lisboa: Laboratório de Estudos de Linguagem. Centro de Estudos Egas Moniz.

Soderback, I. & Ekholm, J. (1992). Medical and social factors affecting behaviour patterns in patients with acquired brain damage: a study of patients living at home three years after the incident. *Disability and Rehabilitation*, 14 (1), 30-35.

Spitzer, W. (1987). State of Science 1986: Quality of life and functional status as target variables for research. *J. Chron Dis*, 40 (6), 465-471.

Teasdale, T, Cristensen, A, Willmes, K., Deloche, G., Braga, L., Stachowiak, F., Vendrell, J., Caldas, A., Laaksonen, R. & Leclercq, M. (1997). Subjective experience in brain-injured patients and their close relatives: A European Brain Injury Questionnaire Study. *Brain Injury*, 11 (8), 543-563.

Thomsen, I. (1984). Late outcome of very severe blunt head trauma: a 10-15 year second follow-up. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 47, 260-268.

Tyerman, A. (1991). Counselling in Head Injury. In Davis, H. & Fallowfield, L., *Counselling and communication in health care*. England: Wiley.

Vaz, R. (1996a). Avaliação Clínica. In Vaz, R., *Traumatismos Crânio-Encefálicos* (pp. 17-46). Porto: AEFMUP-Litomédica.

Vaz, R. (1996b). T.C.E Ligeiros. In Vaz, R., *Traumatismos Crânio-Encefálicos* (pp. 145-157). Porto: AEFMUP-Litomédica.

Vilarinho, A. & Cerejo, A. (1996). Politraumatizados. In Vaz, R., *Traumatismos Crânio-Encefálicos* (pp. 47-64). Porto: AEFMUP-Litomédica.

Walsh, K. (1994). *Neuropsychology. A Clinical Approach*. Melbourne: Churchill Livingstone.

Ware, J. (1987). Standards for validating health measures: definition and content. *J. Chron. Dis.*, 40 (6), 473-480.

Ware, J. & Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). *Medical Care*, 30 (6), 473-483.

Webb, C, Rose, F., Johnson, D. & Attree, E. (1996). Age and recovery from brain injury: clinical opinions and experimental evidence. *Brain Injury*, 10 (4), 303-310.

Webb, C., Wrigley, M., Yoels, W. & Fine, P. (1995). Explaining Quality of Life for Persons With Traumatic Brain Injury. *Arch Phys Med Rehabil*, 76 (12), 1113-1119.

Wehman, P., Booth, M., Stallard, D., Mundy, A., Sherron, P., West M. & Cifu, D. (1994). Return to work for persons with traumatic brain injury and spinal cord injury: Three case studies. *International Journal of Rehabilitation Research*, 17, 268-277.

Wehman, P., Inlow, D., Altman, A., Mundy, A., West, M., Coplin, B., Kreutzer, J. & Zasley, N. (1991). Return to work for individuals recovering from stroke or Traumatic Brain Injury: Three Case Studies. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 5 (1), 45-50.

Willer, B., Allen K., Durnan, M. & Ferry, A. (1990). Problems and Coping Strategies of Mothers, Siblings and Young Adult Males With Traumatic Brain Injury. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 3 (3), 167-173.

Wilson, B. (1997). Neuropsychology Rehabilitation. In Baum, A., Newman, S., Weinman, J., West, R.. & Manus, C., *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp. 230-233). Cambridge: Cambridge University Press.

Wood-Dauphinee, S. & Kuchler, T. (1992). Quality of life as a rehabilitation outcome: Are we missing the boat?. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 6 (1), 3-11.

Wood, R. & Yurdakul, L. (1997). Change in relationship status following traumatic brain injury. *Brain Injury*, 11 (7), 491-502.

ANEXOS

ANEXO I

Protocolo

PROTOCOLO

O presente protocolo propõe-se definir princípios e procedimentos subjacentes à investigação. Para esta investigação foi construído um questionário cuja utilização se deve subordinar a estes princípios e procedimentos.

PRINCÍPIOS

O Questionário destina-se a ser aplicado em contextos de saúde pelo que, em termos éticos, deve respeitar os princípios orientadores de cada instituição.

Directriz 1 - O projecto de investigação onde se insere o questionário deverá ser apresentado ao Director de Serviço e, consoante a sua orientação deverá seguir todos os passos necessários para receber autorização de prosseguimento nomeadamente da Comissão de Ética da instituição.

O questionário é confidencial em que o respondente participa voluntariamente. O respondente deve ser informado sumariamente sobre o que vai acontecer na entrevista, nomeadamente poderá consultar o questionário antes de decidir se participa ou não. Daqui decorre a segunda directriz:

Directriz 2- O consentimento informado é condição essencial para a realização da entrevista

O questionário destina-se a avaliar a Qualidade de Vida de pessoas com traumatismo crânio-encefálico. Existem itens que podem não se aplicar a algumas pessoas. Por exemplo, o item “a minha doença dificulta as relações íntimas com a minha/meu esposa/o ou companheira/o, não se aplica a pessoas que não tenham companheira/o. O mesmo poderá suceder com outros itens. Daqui nasce a terceira directriz:

Directriz 3- Quando um item não se aplica a um respondente, esse item deve ser riscado.

Uma das características da população portuguesa é o baixo grau de literacia. Nas investigações conduzidas nos hospitais públicos este fenómeno é notório. Visando ultrapassar esta limitação, nasce a quarta directriz:

Directriz 4- O questionário será auto-preenchido se os respondentes tiverem suficiente capacidade, caso contrário o entrevistador ajudará o respondente a preencher o questionário. Esta ajuda deverá ser feita, com o entrevistador sentado ao lado do respondente a preencher o questionário, com o questionário colocado de tal modo que fique facilmente legível pelo respondente.

Directriz 5- No topo da folha de resposta será indicado pelo entrevistador a) o nível de facilidade que o respondente teve no preenchimento do questionário; b) o nível de ajuda prestado; c) o nível de compreensão percebida pelo entrevistador, que o respondente teve acerca das questões: Quando, apesar de o respondente ter um nível de escolaridade adequado, o entrevistador perceber que o seu nível de compreensão está afectado, e que possivelmente há um processo de degradação intelectual, esse questionário deve ser eliminado.

Embora a instrução necessária para ser incluído na amostra pressuponha um nível de que permita uma leitura fácil do questionário, é possível que algumas pessoas tenham dificuldade em ler ou compreender o que é perguntado. Assim:

Directriz 6- O entrevistador deverá assegurar-se que o respondente compreendeu a pergunta e explicará por outras palavras quando tal não acontecer.

Alguns participantes, devido às características da doença, poderão ficar cansados durante o preenchimento do questionário. Assim:

Directriz 7- O entrevistador deverá estar atento ao cansaço do respondente. Se necessário deverá fazer um intervalo. Caso o respondente esteja tão cansado que ao entrevistador pareça que não está a responder com a atenção devida deverá anular o questionário.

Alguns dos respondentes têm um nível de escolaridade e de literacia que facilita o preenchimento do questionário. Dado que foi construído para ser auto-preenchido:

Directriz 8- Sempre que possível e se mostrar útil, o respondente com um nível de instrução e literacia elevados poderão levar o questionário para casa e devolvê-lo noutro dia, devolvê-lo pessoalmente, enviar por terceiros em envelope fechado, ou enviar pelo correio.

PROCEDIMENTO

Depois de cumprimentar e sentar o sujeito, dizer:

- a) “as perguntas que lhe vou fazer são anónimas e ninguém, para além de mim, terá acesso às suas respostas (se tiver de dar mais detalhes, explicar que o que interessa é a idade e sexo e outros dados deste tipo mas nunca o nome da pessoa). O que fica registado em computador são apenas números. Os dados pessoais são armazenados em tanta segurança como os restantes ficheiros médicos”;

- b) “vou fazer-lhe algumas perguntas fáceis acerca do modo como se sente e como pensa. Peço-lhe que seja sincero/a. Não lhe estamos a fazer um teste e não há respostas certas ou erradas, todas as respostas são igualmente correctas: peço-lhe que pense antes de responder de modo que a sua resposta indique bem o seu modo de pensar”;
- c) “vou fazer-lhe algumas perguntas acerca do modo como se tem sentido nos últimos tempos: primeiro leio-lhe a pergunta e, de seguida leio-lhe as várias respostas. Ouça atentamente a pergunta, depois ouça atentamente as respostas que tem que escolher. Vou-lhe pedir que escolha uma delas, a que melhor descreve o modo como se sente ou como pensa. Compreendeu?” Ler os cabeçalhos seguintes e repetir o procedimento;
- d) (para o entrevistador- dispensar algum tempo com os primeiros itens para verificar se o respondente entendeu bem o modo de responder. Caso o respondente dê diferentes respostas ao primeiro item durante as primeiras respostas garantir que ele compreende o processo de responder).

ANEXO II

Questionário utilizado na recolha de dados

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

(Baseado no SF-36 e F-84)

Este questionário destina-se a um Projecto de Investigação, que pretende avaliar a Qualidade de Vida.

A sua colaboração torna-se deste modo, indispensável.

ACERCA DESTAS PERGUNTAS

As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais. Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível.

Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

A informação que nos fornecer nunca será usada de modo a poder ser identificado/a.

As respostas às seguintes questões devem ser assinaladas com uma cruz (x).

1. Sexo:

- Masculino

- Feminino

2. Data de Nascimento: ___ / ___ / ___

3. Habilitações Académicas: _____

4. Estado civil **antes do traumatismo:**

- Casado(a) ou em coabitação

- Divorciado(a)/separado(a)

- Viúvo(a)

- Solteiro(a)

5. Estado civil **depois do traumatismo:**

- Casado(a) ou em coabitação

- Divorciado(a)/separado(a)

- Viúvo(a)

- Solteiro(a)

6. Data do traumatismo: ___ / ___ / ___

7. Situação profissional **antes do traumatismo:**

- Actividade a tempo inteiro

- Actividade a tempo parcial

- Activo com baixa

- Desempregado(a)

- Dona de Casa

- Estudante

- Outra

Especifique: _____

8. Situação profissional depois do traumatismo:

- Actividade a tempo inteiro
 - Actividade a tempo parcial
 - Activo com baixa
 - Desempregado(a)
 - Reformado(a)
 - Dona de Casa
 - Estudante
 - Outra
- Especifique: _____

9. Causa do traumatismo:

- Atropelamento
 - Acidente de automóvel, motociclo ou camião
 - Acidente doméstico
 - Desporto ou lazer
 - Acidente de trabalho
 - Agressão (inclui objectos de guerra)
 - Outro
- Especifique: _____

10. Foi sujeito(a) a alguma intervenção de reabilitação?

Sim Não

Se sim, qual ou quais?:

- Fisioterapia
 - Terapia ocupacional
 - Terapia da fala
 - Fisiatria
 - Psiquiatria/Psicologia
 - Assistência social
 - Orientação vocacional/profissional
 - Neuropsicologia
 - Outra terapia
- Especifique: _____

11. Gravidade do traumatismo:

(Esta questão deve ser preenchida por um médico ou através de registos médicos)

- Pontuação de Glasgow: _____

Indicar a pontuação mais baixa registada na escala de coma de Glasgow (ECG) nas primeiras 24 horas (mínimo: 3; máximo: 15)

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Ótima	1
Muito boa	2
Boa	3
Razoável	4
Fraca	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito melhor	1
Com algumas melhoras	2
Aproximadamente igual	3
Um pouco pior	4
Muito pior	5

3. As perguntas que se seguem são sobre as actividades que executa no seu dia a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim muito limitado/a	Sim um pouco limitado/a	Não nada limitado/a
Actividades violentas , tais como correr, levantar pesos, participar em desportos violentos	1	2	3
Actividades moderadas , tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
Levantar ou carregar as compras do supermercado	1	2	3
Subir vários lanços de escadas	1	2	3
Subir um lanço de escadas	1	2	3
Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
Andar mais de 1 Km	1	2	3
Andar vários quarteirões	1	2	3
Andar um quarteirão	1	2	3
Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, alguns dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

(Por favor, em cada linha, ponha um círculo à volta do número 1, se a sua resposta for Sim, e à volta do número 2, se a resposta for Não)

	Sim	Não
Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades	1	2
Fez menos do que queria	1	2
Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades	1	2
Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

(Por favor, em cada linha, ponha um círculo à volta do número 1, se a sua resposta for Sim, e à volta do número 2, se a resposta for Não)

	Sim	Não
Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades	1	2
Fez menos do que queria	1	2
Não executou o trabalho ou outras actividades tão cuidadosamente como era costume	1	2

Para as perguntas 6, 7 e 8, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	1
Pouco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Imenso	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	1
Muito fracas	2
Ligeiras	3
Moderadas	4
Fortes	5
Muito fortes	6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	1
Um pouco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Imenso	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

(Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreva a forma como se sentiu).

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5	6
Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5	6
Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5	6
Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5	6
Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5	6
Se sentiu triste e em baixo?	1	2	3	4	5	6
Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5	6
Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5	6
Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	1
A maior parte do tempo	2
Algum tempo	3
Pouco tempo	4
Nunca	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

Ponha um círculo para cada linha .

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
Parece que adoeço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
Sou tão saudável como qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5
Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
A minha saúde é óptima	1	2	3	4	5

12. As questões seguintes referem-se a como o seu comportamento e as suas actividades foram afectadas durante o último mês.

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

	Sempre	Com muita	Frequentemente	Com pouca	Quase nunca	Nunca
A sua saúde prejudicou a sua capacidade de concentração (por exemplo ler o jornal ou assistir a um programa de televisão)?	1	2	3	4	5	6
A sua doença dificultou as suas relações íntimas com o/a seu/sua companheiro/a?	1	2	3	4	5	6
O tratamento médico prejudicou a sua vida familiar?	1	2	3	4	5	6
O tratamento médico ou o modo como se sentia por causa da sua doença, causaram-lhe dificuldades económicas?	1	2	3	4	5	6
Teve problemas em manter a sua atenção numa actividade por um período longo de tempo?	1	2	3	4	5	6
Deixou de fazer coisas que queria fazer por causa da sua doença?	1	2	3	4	5	6
Preocupou-se com a sua doença?	1	2	3	4	5	6
Teve dificuldades em raciocinar e resolver problemas (por exemplo, fazer planos, tomar decisões, aprender coisas novas)?	1	2	3	4	5	6
A sua doença prejudicou o seu trabalho, quer em casa ou no emprego (ou escola se for estudante)	1	2	3	4	5	6
A sua doença impediu-o/a completamente de manter relações com a/o sua/seu companheiro?	1	2	3	4	5	6
Por causa da sua doença houve tarefas, ou quantidades de trabalho, que você não pôde fazer, quer em casa quer no emprego (ou escola se for estudante) ?	1	2	3	4	5	6