

Qualidade de vida em pessoas com lesão da medula espinal em Tunja-Colombia

Quality of life in people with spinal cord injuries in Tunja-Colombia

Elisa Andrea Cobo-Mejía¹ 
Rocío del Pilar Castellanos-Vega² 
Eliana Monsalve-Jaramillo³ 
Aura Cristina Quino-Avila⁴ 
Edgar Antonio Ibáñez-Pinilla⁵ 
Claudia Maritza Rubio-Barreto⁶ 

¹Contato para correspondência. Universidad de Boyacá (Tunja). Boyacá, Colômbia. eacobo@uniboyaca.edu.co

²⁻⁶Universidad de Boyacá (Tunja). Boyacá, Colômbia.

RESUMO | FUNDAMENTOS: A lesão medular (LM) é uma condição patológica que afeta o desempenho da pessoa em áreas como a pessoal, social, econômica, etc. Além disso, causa alterações físicas e funcionais que afetam a independência e a funcionalidade, o que tem impacto na qualidade de vida (QV). **OBJETIVO:** Identificar os fatores associados à QV em pessoas com LM em Boyacá - Colômbia. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Este é um estudo transversal com uma amostra de 87 indivíduos selecionados usando a técnica de bola de neve, para os quais o teste WHOQOL-BREF foi usado para avaliar a QV. A análise foi realizada usando estatísticas descritivas para as variáveis sociodemográficas e, no caso bivariado, foi usado o teste qui-quadrado de Pearson. No caso multivariado, foi usada a regressão binomial negativa com o método enter, levando em consideração as variáveis teóricas e estatisticamente significativas. **RESULTADOS:** A idade média foi de $47,7 \pm 14,4$ anos, com predominância de homens (69% - $n=60$); a QV foi boa em 74,7% ($n=65$) com IC 95% (35,58%-83,85%). Os fatores protetores incluíram ser do sexo masculino (OR = 0,366, IC 95% [0,167-0,802]), estado civil, ter companhia (OR=0,324, IC 95% [0,131-0,800]) e fatores de risco: nível de escolaridade (PR=5,052, IC 95% [1,095-23,319]), baixo status socioeconômico (PR=3,315, IC 95% [1,080-10,177]) e ter uma deficiência elevada (PR=3,145, IC 95% [1,144-8,649]). **CONCLUSÕES:** A QV, composta por diferentes dimensões, está relacionada a determinantes sociais estruturais, como gênero, status socioeconômico, nível educacional e renda, além de determinantes clínicos, como etiologia e nível da lesão.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de Vida. Fatores de Proteção. Fatores de Risco. Lesões da Medula Espinal. Estudos Transversais.

ABSTRACT | BACKGROUND: Spinal cord injury (SCI) is a pathological condition that affects a person's performance in areas such as personal, social, economic, etc. In addition, it causes physical and functional changes that affect independence and functionality, which has an impact on quality of life (QoL). **OBJECTIVE:** To identify the factors associated with QoL in people with SCI in Boyacá - Colombia. **MATERIALS AND METHODS:** This is a cross-sectional design with a sample of 87 subjects selected using the snowball technique, for whom the WHOQOL-BREF test was used to assess QoL. The analysis was performed using descriptive statistics for the sociodemographic variables and, in the bivariate case, Pearson's chi-square test was used. In the multivariate case, negative binomial regression was used with the enter method, considering the theoretical and statistically significant variables. **RESULTS:** The mean age was 47.7 ± 14.4 years, with a predominance of men (69% - $n=60$); QoL was good in 74.7% ($n=65$) with a 95% CI (35.58%-83.85%). Protective factors included being male (OR=0.366, 95% CI [0.167-0.802]), marital status, having company (OR=0.324, 95% CI [0.131-0.800]), and risk factors: educational level (PR=5.052, 95% CI [1.095-23.319]), low socioeconomic status (PR=3.315, 95% CI [1.080-10.177]), and having a high disability (PR=3.145, 95% CI [1.144-8.649]). **CONCLUSIONS:** QoL, which is composed of different dimensions, is related to structural social determinants such as gender, socioeconomic status, educational level, and income, in addition to clinical determinants such as etiology and injury level.

KEYWORDS: Quality of Life. Protective Factors. Risk Factors. Spinal Cord Injuries. Cross-Sectional Studies.

1. Introdução

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qualidade de vida (QV) é “a forma como os indivíduos percebem sua posição na vida dentro do contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vivem, bem como em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Tudo isso é influenciado, é claro, por sua saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, fatores ambientais e crenças pessoais”¹. A QV é, portanto, influenciada por fatores econômicos, sociais e de saúde. A presença de doenças tem impacto direto sobre ela, sendo as dimensões física, emocional e social as mais afetadas. Um exemplo é a lesão medular (LM), que “se refere a danos na medula espinhal como resultado de trauma (acidente de carro) ou doença ou degeneração (câncer)”², uma lesão que, na maioria dos casos, leva à perda de independência e função, resultando em dependência para a realização de várias atividades. O conceito de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) é proposto para compreender a QV com diferentes alterações funcionais, “que leva em conta as dimensões da vida afetadas por doenças, acidentes, tratamentos ou políticas de saúde”³.

As mudanças na funcionalidade envolvem processos de adaptação, uma vez que a LM afeta, entre outras coisas, a saúde física, que é um componente da QV, conforme medido pelo WHOQOL-BREF. Essa dimensão está relacionada às funções físicas e capacidades corporais na vida diária do indivíduo. Assim, está associada à capacidade funcional e à autonomia, que são afetadas pela LM, pois suas sequelas limitam a mobilidade. Nesse sentido, a mobilidade, como componente da funcionalidade, é importante em todas as dimensões da QV^{4,5} e a LM afeta a QV em termos de participação e satisfação. Uma melhor participação, em termos de frequência e limitações, está associada a uma melhor QV, incluindo áreas como atividades sociais, de lazer e de trabalho⁶. Isso é consistente com relatórios de análises comparativas de países com diferentes níveis de desenvolvimento, que mostram que uma menor QV está associada ao desemprego, país de residência, anos de escolaridade e tempo decorrido desde a lesão. Além disso, um tempo mais longo desde a lesão está associado a melhores habilidades de enfrentamento e desempenho (entre 11 e 15 anos)^{7,8}.

Assim, a QV não é afetada apenas pelo componente físico da LM; a presença de ansiedade e depressão são consideradas aspectos negativos, ao contrário da integração comunitária, do apoio social dos amigos e das adaptações domiciliares, que são fatores positivos^{9,10}. O objetivo deste texto é identificar os fatores associados à QV em pessoas com LM em Boyacá, Colômbia.

Em nível nacional, o Departamento Administrativo Nacional de Estatística (DANE) relata deficiências físicas, incluindo LM, a partir do Registro de Localização e Caracterização de Pessoas com Deficiência (RLCPD). Assim, para o período 2020-2024, 350.732 pessoas foram certificadas em todo o país, sendo que 54,2% apresentavam deficiências físicas, seguidas por deficiências intelectuais com 41,1%¹¹.

No que diz respeito a Tunja, a Análise da Situação de Saúde (ASIS) de 2021 relata 3.487 pessoas com deficiência em 2020, o equivalente a 1,93% da população. Da mesma forma, a maior proporção de casos envolveu deficiências do sistema nervoso (2.039-58,5%), seguidas por deficiências que afetam os movimentos do corpo, mãos, braços e pernas, geralmente deficiências físicas (1.573-45,1%), quase sempre devido a acidentes de trânsito ou quedas. Essas deficiências são predominantes em adultos e idosos em áreas rurais, bem como em homens e nos estratos socioeconômicos 1 e 2¹².

As contribuições do texto residem no estudo de um grupo populacional pouco abordado regional e nacionalmente sob a perspectiva da QV, considerando-o de forma multidimensional: física, psicológica, ambiental e de relações sociais. Esse aspecto destaca a complexidade de abordar processos de reabilitação que devem considerar os domínios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), como funções e estruturas corporais, atividades e participação¹³. Portanto, a QV em pessoas com LM envolve reconhecer a importância de diferentes entidades familiares, institucionais e sociais no processo de cuidado e reabilitação, que promovem mecanismos de inclusão nos ambientes educacional, familiar, econômico, político e outros, garantindo o desenvolvimento humano e a participação.

2. Método

Este estudo utilizou um desenho transversal. A população consistiu em indivíduos com 18 anos ou mais com LM, de acordo com o banco de dados SISPRO 2018 da cidade de Tunja (Boyacá, Colômbia), com mobilidade reduzida devido a uma deficiência, totalizando 125 indivíduos. A amostra foi obtida utilizando o software EPIDAT versão 3.1, aplicando a fórmula para a média, considerando uma dispersão para a QV total de 16,53¹⁴, uma precisão absoluta de 3, um efeito de desenho de 1 e um nível de confiança de 95%. Assim, o tamanho da amostra foi de 61 indivíduos; no entanto, para este estudo, o tamanho da amostra foi de 87 indivíduos, e a técnica de amostragem utilizada foi a amostragem em bola de neve.

Os critérios de inclusão foram ter mais de 18 anos, estar filiado ao Sistema Geral de Seguridade Social na Saúde (SGSSS), assinar o termo de consentimento informado e ter funções mentais superiores preservadas. O critério de exclusão foi ter diagnóstico médico de comprometimento das funções mentais superiores, determinado pelo diagnóstico pré-existente durante a investigação; nenhum teste foi aplicado para avaliá-lo. Foram incluídas as seguintes variáveis: idade cronológica, sexo, nível de escolaridade, estado civil, condição socioeconômica (de acordo com o DANE, trata-se de uma classificação das propriedades residenciais que devem receber serviços públicos, dividida em seis estratos: 1-Baixo-baixo, 2-Baixo, 3-Médio-baixo, 4-Médio, 5-Médio-alto e 6-Alto)¹⁵, afiliação à SGSSS, etiologia, situação profissional, idade no momento da lesão em anos, tempo decorrido desde a lesão em meses, qualidade de vida, imagem corporal, deficiência e funcionalidade.

Os instrumentos utilizados foram administrados diretamente aos participantes por assistentes de pesquisa previamente treinados no protocolo e na estrutura dos instrumentos. Os assistentes eram estudantes em seus últimos semestres de Fisioterapia. Assim, o instrumento continha uma seção sobre características sociodemográficas, medição do grau de lesão medular usando a AIS (escala de incapacidade ASIA)¹⁶ e o uso de escalas como PICDF para imagem corporal, WHODAS 2.0 para medir a deficiência e SCIM III para funcionalidade.

No que diz respeito à QV, foi utilizado o instrumento WHOQOL - BREF proposto pela OMS e validado para a Colômbia. Ele consiste em 26 perguntas divididas em quatro dimensões: Dimensão Saúde Física (3, 4, 10, 15, 16, 17, 18), Dimensão Saúde Psicológica (5, 6, 7, 11, 19, 26), Dimensão Ambiental (8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25) e Dimensão das Relações Sociais (20, 21, 22). Estas são classificadas numa escala Likert de 1 a 5, com uma pontuação total de 100. Para as perguntas 3, 4 e 26, as pontuações são invertidas, de modo que 5 é sempre positivo e indica melhor QV. A pontuação é calculada em 24 perguntas da seguinte forma: pontuação total da dimensão de acordo com a pontuação mais alta/ (pontuação total menos o número total de perguntas na dimensão)* 100. A QV foi categorizada da seguinte forma: uma pontuação abaixo de 50 indica baixa QV e uma pontuação acima de 50 indica boa QV¹⁷⁻²².

A análise dos dados foi realizada utilizando o Microsoft Excel versão 365 para a inserção e limpeza dos dados, e a análise estatística foi realizada utilizando o software estatístico SPSS 26. As variáveis qualitativas foram descritas por frequências absolutas e relativas, e as variáveis quantitativas foram descritas com médias, medianas, desvios padrão e intervalos interquartis. A análise bivariada foi realizada utilizando o teste Qui-quadrado de Pearson. Para controlar os fatores de confusão e as interações, foi realizado um modelo multivariado com o método de introdução de variáveis teoricamente importantes e estatisticamente significativas, utilizando regressão binomial negativa, com intervalos de confiança (IC) de 95% e um erro do tipo I de 0,05.

Esta pesquisa foi considerada isenta de riscos e em conformidade com os aspectos éticos da Resolução 8430 de 1993. Foi aprovada pelo memorando CB 494, de 10 de dezembro de 2018, do Comitê de Bioética da Universidad de Boyacá para o macroprojeto "Comportamento a partir de aspectos clínicos, funcionalidade, autopercepção corporal, deficiência, qualidade de vida relacionada à saúde e sensibilização central em pessoas com lesão medular nas cidades de Tunja, Duitama, Sogamoso e Yopal 2018-2020".

3. Resultados

A idade média foi de $47,7 \pm 14,4$ anos, com variabilidade heterogênea ($CV = 29,3\%$). Em relação ao gênero, predominaram os homens. A faixa etária mais comum foi de 27 a 59 anos. Em termos de ocupação, aqueles com recursos formais e informais eram semelhantes e mais numerosos do que aqueles sem recursos. Em relação ao estado civil, predominam os solteiros e, em termos de status socioeconômico, a classe média é a mais comum, com a maioria filiada ao SGSSS. O nível de escolaridade mais comum é o médio, seguido pelo baixo. A etiologia mais comum foi traumática, com lesões incompletas de acordo com a classificação AIS.

Além disso, uma imagem corporal positiva predominou juntamente com uma incapacidade elevada (medida utilizando o WHODAS 2.0; a categoria “elevada” inclui classificações moderadas e graves) e uma maior funcionalidade (não percebida como positiva). As variáveis associadas à QV foram o estatuto socioeconômico, a ocupação, a incapacidade e a funcionalidade, sendo a dimensão dos cuidados pessoais significativa ($p=0,012$) (Tabela 1).

Tabela 1. Características gerais (continua)

Variáveis	Categoria	Total		Qualidade de vida				Valor p
				Ruim		Bom		
		n	%	n	%	n	%	
Idade	≤ 26 anos	9	10,30%	4	44,40%	5	55,60%	0,299
	27 a 59 anos	61	70,10%	13	21,30%	48	78,70%	
	≥ 60 anos	17	19,50%	5	29,40%	12	70,60%	
Sexo	Mulher	27	31,00%	10	37,00%	17	63,00%	0,091
	Homem	60	69,00%	12	20,00%	48	80,00%	
Estado civil	Com companhia	35	40,20%	12	34,30%	23	65,70%	0,113
	Sem companhia	52	59,80%	10	19,20%	42	80,80%	
Estrato socioeconômico	Metade	48	55,20%	8	16,70%	40	83,30%	0,04*
	Baixo	39	44,80%	14	35,90%	25	64,10%	
Ocupação	Sem recursos	28	32,20%	13	46,40%	15	53,60%	0,007**
	Recursos não formais	29	33,30%	4	13,80%	25	86,20%	
	Recursos formais	30	34,50%	5	16,70%	25	83,30%	
SGSSS	Contributivo	53	60,90%	12	22,60%	41	77,40%	0,478
	Subsidiado	34	39,10%	10	29,40%	24	70,60%	
Nível de escolaridade	Baixo nível de escolaridade	34	39,10%	12	35,30%	22	64,70%	0,114
	Nível médio de escolaridade	39	44,80%	9	23,10%	30	76,90%	
	Alto nível educacional	14	16,10%	1	7,10%	13	92,90%	
Idade da lesão	≤12 anos	8	9,20%	0	0,00%	8	100,00%	0,182
	13 a 17 anos	6	6,90%	1	16,70%	5	83,30%	
	≥18 anos	73	83,90%	21	28,80%	52	71,20%	

Tabela 1. Características gerais (conclusão)

Variáveis	Categoria	Total		Qualidade de vida				Valor p
				Ruim		Bom		
		n	%	n	%	n	%	
Etiologia	Traumático	56	64,40%	14	25,00%	42	75,00%	0,934
	Não traumático	31	35,60%	8	25,80%	23	74,20%	
AIS	Lesão incompleta	58	66,70%	15	25,90%	43	74,10%	0,862
	Lesão completa	29	33,30%	7	24,10%	22	75,90%	
Imagem corporal – PICDF ²³	Boa avaliação IC	73	83,90%	17	23,30%	56	76,70%	0,327
	Avaliação inadequada IC	14	16,10%	5	35,70%	9	64,30%	
Deficiência - WHODAS 2.0 ²⁴	Baixo	35	40,20%	3	8,60%	32	91,40%	0,003**
	Alto	52	59,80%	19	36,50%	33	63,50%	
Funcionalidade – SCIM III ²⁵	Mais	73	83,90%	14	19,20%	59	80,80%	0,003**
	Mais baixo	14	16,10%	8	57,10%	6	42,90%	

Fonte: os autores (2021).

*Nível de significância em 0,05. ** Nível de significância em 0,01. PICDF - imagem corporal para pessoas com deficiências físicas.

Em termos de QV, foi relatada uma pontuação média de $62 \pm 14,43$, sendo as dimensões com pontuação mais alta a saúde psicológica e o ambiente, enquanto a dimensão com pontuação mais baixa foi a saúde física. No geral, 74,7% das pessoas com LM relataram boa QV (Tabela 2).

Tabela 2. QV global e por item e dimensões (continua)

Item de Qualidade de vida	Média (d.e)	Mínimo	Máximo	Me (RI)	IC 95%
HRQoL.1 Como você avalia sua qualidade de vida?	3,33(0,79)	1	5	3(1)	(3,17-3,5)
HRQoL.2 Você está satisfeito com sua saúde?	3,21(0,79)	1	5	3(1)	(3,04-3,38)
HRQoL.3 Em que medida a dor (física) o impede de fazer o que precisa fazer?	3,22(1,31)	1	5	3(2)	(2,94-3,5)
HRQoL.4 Você precisa de algum tratamento médico para realizar suas atividades diárias?	3,17(1,44)	1	5	3(2)	(2,87-3,48)
HRQoL.5 Você aproveita a vida?	3,68(1,03)	2	5	4(2)	(3,46-3,9)
HRQoL.6 Até que ponto você acha que sua vida tem sentido?	3,89(1,06)	1	5	4(2)	(3,66-4,11)
HRQoL.7 Você tem capacidade de concentração?	3,82(0,92)	1	5	4(1)	(3,62-4,01)
HRQoL.8 Você se sente seguro no seu dia a dia?	3,77(1,02)	1	5	4(2)	(3,55-3,99)
HRQoL.9 O ambiente físico ao seu redor é saudável?	3,98(0,95)	2	5	4(2)	(3,77-4,18)
HRQoL.10 Você tem energia suficiente para sua vida diária?	3,61(0,99)	1	5	4(1)	(3,4-3,82)
HRQoL.11 Você consegue aceitar sua aparência física?	3,93(1,04)	1	5	4(2)	(3,71-4,15)
HRQoL.12 Você tem dinheiro suficiente para suprir suas necessidades?	2,84(1,06)	1	5	3(1)	(2,61-3,06)
HRQoL.13 Você tem acesso às informações necessárias para sua vida cotidiana?	3,54(1,02)	1	5	4(1)	(3,32-3,76)

Tabela 2. QV global e por item e dimensões (conclusão)

Item de Qualidade de vida					Média (d.e)	Mínimo	Máximo	Me (RI)		IC 95%	
HRQoL.14 Até que ponto você consegue realizar atividades no seu tempo livre?					3,3(1)	1	5	3(1)		(3,09-3,51)	
HRQoL.15 Você consegue se deslocar de um lugar para outro?					3,4(1,22)	1	5	3(1)		(3,14-3,66)	
HRQoL.16 Você está satisfeito com o seu sono?					3,64(0,96)	1	5	3(2)		(3,44-3,85)	
HRQoL.17 Qual é o seu nível de satisfação com a sua capacidade de realizar as atividades da vida diária?					3,44(1,01)	1	5	3(1)		(3,22-3,65)	
HRQoL.18 Você está satisfeito com sua capacidade de trabalhar?					3,13(1,12)	1	5	3(2)		(2,89-3,36)	
HRQoL.19 Você está satisfeito consigo mesmo?					3,72(0,91)	1	5	4(1)		(3,53-3,92)	
HRQoL.20 Você está satisfeito com seus relacionamentos pessoais?					3,75(0,87)	1	5	4(1)		(3,56-3,93)	
HRQoL.21 Você está satisfeito com sua vida sexual?					2,85(1,15)	1	5	3(2)		(2,61-3,09)	
HRQoL.22 Você está satisfeito com o apoio que recebe dos seus amigos?					3,62(0,92)	1	5	4(1)		(3,43-3,82)	
HRQoL.23 Você está satisfeito com as condições do local onde mora?					3,84(0,86)	1	5	4(1)		(3,66-4,02)	
HRQoL.24 Qual é o seu nível de satisfação com o acesso que você tem aos serviços de saúde?					3,63(0,93)	1	5	4(1)		(3,43-3,83)	
HRQoL.25 Qual é o seu nível de satisfação com o seu transporte?					3,06(1,22)	1	5	3(2)		(2,8-3,32)	
HRQoL.26 Com que frequência você tem sentimentos negativos, como tristeza, desesperança, ansiedade, depressão?					3,38(1,03)	1	5	3(1)		(3,16-3,6)	
QV Global					62,25(14,43)	25,96	95,19	61,54(23,08)		(59,17-65,32)	
Saúde física					59,32(19,72)	14,29	100	60,71(25)		(55,12-63,52)	
Saúde psicológica					68,39(17,3)	29,17	100	66,67(29,16)		(64,7-72,08)	
Relações sociais					60,15(18,61)	16,67	100	58,33(25)		(56,19-64,12)	
Meio ambiente					62,36(16,07)	31,25	96,88	62,5(18,75)		(58,93-65,78)	
(n/%)	Saúde física		Saúde psicológica		Relações sociais		Meio ambiente		Global		IC (95%)
Bom	59	67,8	71	81,6	48	55,2	66	75.9	65	74.7	65.58-83.55
Ruim	28	32,2	16	18,4	39	44,8	21	24.1	22	25.3	16.15-34.42

Fonte: os autores (2021).

RI - intervalo interquartil, Me - mediana, IC - intervalo de confiança.

A partir da análise multivariada, foram identificados os seguintes fatores protetores (FP) para a QV: ser do sexo masculino (fator protetor de 2,73 [1/0,366]) e ter companhia (fator protetor de 3,08 [1/0,324]). Além disso, foram identificados os seguintes fatores de risco (FR): ter baixo nível de escolaridade conferia um risco de 5,052 para baixa QV, pertencer a um baixo nível socioeconômico conferia um risco de 3,315 e ter alto nível de incapacidade conferia um risco de 3,145 (Tabela 3).

Tabela 3. Modelo multivariado com regressão binomial negativa

Parâmetro		Sig.	RP	95% Wald Intervalo de confiança para RP	
				Parte inferior	Parte superior
Idade	Inferior 26	0,097	8,094	0,686	95,511
	27 – 59	0,119	3,517	0,722	17,125
	Superior 60		1		
Ocupação	Sem recursos	0,111	2,867	0,785	10,472
	Recursos não formais	0,845	0,901	0,318	2,555
	Recursos formais		1		
Nível de escolaridade	Baixo	0,038*	5,052	1,095	23,319
	Médio	0,136	3,082	0,701	13,556
	Superior		1		
Sexo	Homem/Mulher	0,012*	0,366	0,167	0,802
Estado civil	Com companhia / Sem acompanhante	0,015*	0,324	0,131	0,8
Estrato	Baixo/Médio	0,036*	3,315	1,08	10,177
SGSSS	Subsidiado/Contributivo	0,079	0,5	0,231	1,082
Etiologia	Traumática/Não traumática	0,784	0,848	0,261	2,756
AIS	Incompleto/Completo	0,114	2,24	0,825	6,087
Imagem corporal	Ruim/Boa	0,144	2,258	0,756	6,738
Deficiência	Alta/Baixa	0,026*	3,145	1,144	8,649
Funcionalidade	Menos/Mais	0,767	1,152	0,452	2,931
Tempo de lesão em anos		0,335	0,971	0,913	1,031
Idade da lesão		0,393	1,022	0,972	1,074

Fonte: os autores (2021).

*RP>1. Variável dependente - Qualidade de vida; **RP<1. Modelo - (Interceptação), idade, situação profissional, nível de escolaridade, sexo, estado civil, estrato socioeconômico, SGSSS, etiologia, AIS, imagem corporal, deficiência, funcionalidade dos cuidados pessoais, funcionalidade respiratória e controle esfinteriano, funcionalidade da mobilidade, tempo da lesão em anos, idade da lesão. a. definido como zero porque este parâmetro é redundante. b. definido como o valor exibido.

Em relação à análise dimensional, verificou-se o seguinte: a) Dimensão da saúde física: há um risco 3,31 menor (IC 0,127-0,719) se a pessoa estiver acompanhada (1/0,302), um risco de 2,862 se pertencer a um baixo nível socioeconômico (IC 1,425-5,749) e um risco de 2,504 se tiver um alto nível de incapacidade (IC 1,167-5,373); b) Dimensão da saúde psicológica: há um risco de 6,523 se tiver uma lesão completa de acordo com a AIS (IC 2,087-20,385) e um risco de 1,054 se a idade na lesão for inferior a 12 anos (IC 1,013-1,098); e d) Dimensão ambiental: há um risco de 10,250 se tiverem entre 27 e 59 anos (IC 2,172-48,377) e um risco de 4,106 se pertencerem a um baixo nível socioeconômico (IC 1,330-12,677).

4. Discussão

Pessoas com LM em Tunja relatam uma boa QV, identificando o gênero feminino e a convivência com outras pessoas como fatores protetores. Por outro lado, baixo nível socioeconômico, baixo nível de escolaridade e alta incapacidade, entendida como maiores deficiências e limitações, são identificados como fatores de risco.

A QV leva em consideração as dimensões do desempenho humano (físico, social, ambiental e psicológico) que são influenciadas por variáveis socio-demográficas e clínicas. Portanto, uma boa QV em pessoas com LM requer acompanhamento médico, apoio social e amigos como parte das adaptações que favorecem a autonomia e a independência do indivíduo no mundo social. Angulo et al.¹⁰ relatam fatores que coincidem com os deste estudo em Tunja, como idade, sexo, ocupação, especialmente em relação à baixa renda econômica. Com o aumento da idade, há uma relação negativa com a QV e o bem-estar. Além disso, o envelhecimento não afeta significativamente a percepção da QV; no entanto, quanto mais tempo desde a lesão, melhores são as adaptações ambientais.

Anshu e Sundaravadhanan²⁶ apontam que a saúde física é um dos domínios mais importantes da QV, e no caso da população de Tunja, a alta incapacidade é um risco para uma boa QV. Isso é reforçado pela presença de uma LM completa, considerando que o grau de melhora depende da gravidade do déficit motor inicial. Isso está de acordo com Gándara-Sambade et al., que afirmam que uma melhor melhora na marcha com dispositivos robóticos é mais evidente quando se consideram altos escores de AIS, lesão incompleta, tempo decorrido após a lesão, características do paciente e reabilitação precoce, enquanto etiologia, gravidade da lesão, idade e sexo são menos preditivos de melhora²⁷.

Em termos de gênero, Laxe e Borda mencionam que ser mulher favorece uma maior preservação dos tecidos em caso de lesão devido aos efeitos da progesterona. Elas também sofrem mais dores crônicas, que aumentam com a idade, bem como taxas mais elevadas de depressão, suicídio e bexiga e intestino neurogênicos, entre outras complicações, não apenas físicas. Por exemplo, as mulheres têm taxas mais baixas de retorno ao trabalho ou trabalham menos horas, são menos propensas a receber serviços de reabilitação e necessitam de cuidadores profissionais (os homens são cuidados pela família ou pela esposa)²⁸.

Em contraste com o descrito por Kumar e Gupta²⁹, as pessoas em Tunja mostraram uma associação entre a QV e a idade, o estado civil, o AIS e o tempo e a idade na ocasião da lesão. Nesse sentido, Mashola e Mothabeng¹⁴ enfatizam a importância do apoio de amigos e familiares para uma boa QV. Isso inclui habilidades de direção, que contribuem para a independência nas atividades da vida diária³⁰.

5. Conclusões

A QV das pessoas com LM em Tunja é considerada boa, sem que a imagem corporal esteja associada a ela. Este estudo sugeriu que o nível de incapacidade e funcionalidade pode ser um fator de risco ou de proteção, dependendo se permite ou não que a pessoa realize atividades. Além disso, sofrer de LM completa e não ter recursos financeiros pode afetar a QV. As limitações do estudo incluem o fato de que a amostra é específica de Tunja, uma cidade colombiana caracterizada por baixos índices de criminalidade, tranquilidade e baixo custo de vida, com uma das menores taxas de inflação do país. Além disso, é de médio porte (entre 100.000 e 500.000 habitantes; Tunja registra 189.000 habitantes em 2025). Essas características podem influenciar a percepção da qualidade de vida, portanto, são necessários estudos em outros grupos populacionais para obter uma perspectiva mais ampla.

Financiamento

A pesquisa da qual este artigo é derivado foi financiada pela Universidad de Boyacá.

Contribuições dos autores

Os autores declararam ter feito contribuições substanciais ao trabalho em termos da concepção ou desenho da pesquisa; da aquisição, análise ou interpretação de dados para o trabalho; e da redação ou revisão crítica de conteúdo intelectual relevante. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada e concordaram em assumir a responsabilidade pública por todos os aspectos do estudo.

Conflitos de interesse

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

Indexadores

A Revista Pesquisa em Fisioterapia é indexada no [DOAJ](#), [EBSCO](#), [LILACS](#) e [Scopus](#).



Referências

1. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué calidad de vida? Foro Mundial de la Salud [Internet]. 1996;17:385-7. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c9b6ae1c-107e-4b41-b4c7-cdf76afb1451/content>
2. Organización Mundial de la Salud. Lesión de la médula espinal [Internet]. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/spinal-cord-injury>

3. Lopera-Vásquez JP. Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. Cien Saude Colet. 2020;25(2):693-702. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.16382017>

4. Goulet J, Richard-Denis A, Thompson C, Mac-Thiong JM. Relationships between specific functional abilities and health-related quality of life in chronic traumatic spinal cord injury. Am J Phys Med Rehabil. 2019;98(1):14-9. <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000001006>

5. Richard-Denis A, Benazet D, Thompson C, Mac-Thiong JM. Determining priorities in functional rehabilitation related to quality of life one-year following a traumatic spinal cord injury. J Spinal Cord Med. 2020;43(2):241-6. <https://doi.org/10.1080/10790268.2018.1517138>

6. Halvorsen A, Pape K, Post MWM, Biering-Sørensen F, Mikalsen S, Hansen AN, et al. Participation and quality of life in persons living with spinal cord injury in Norway. J Rehabil Med. 2021;53:jrm00217. <https://doi.org/10.2340/16501977-2858>

7. Geyh S, Ballert C, Sinnott A, Charlifue S, Catz A, Greve JMD, et al. Quality of life after spinal cord injury: a comparison across six countries. Spinal Cord. 2013;51(4):322-6. <https://doi.org/10.1038/sc.2012.128>

8. Nizeyimana E, Joseph C, Phillips J. Quality of life after traumatic spinal cord injury in a developing context: the influence of contextual factors and injury characteristics. Disabil Rehabil. 2022;44(10):2020-6. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1827051>

9. Chang F, Xie H, Zhang Q, Sun M, Yang Y, Chen G, et al. Quality of life of adults with chronic spinal cord injury in Mainland China: a cross-sectional study. J Rehabil Med. 2020;52:jrm00058. <https://doi.org/10.2340/16501977-2689>

10. Angulo SM, Reales JM, Sandín B, Santed MA. Quality of life in people with spinal cord injury. Rev Psicopatol Psicol Clin. 2019;24(2):71-82. <https://doi.org/10.5944/rppc.23114>

11. Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín técnico: Personas certificadas con discapacidad [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2024. Disponível em: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/boletin-personas-certificadas-discapacidad-primer-semester-2024.pdf>

12. Ministerio de Salud y Protección Social (Colômbia). Análisis de la situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud, municipio de Tunja Boyacá 2021 [Internet]. Boyacá: Secretaría de Salud; 2021. Disponível em: https://www.boyaca.gov.co/SecSalud/images/Documentos/asis2021/asis_tunja_2021.pdf

13. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) [Internet]. OMS/OPAS; 2001. Disponible em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf
14. Mashola MK, Mothabeng DJ. Associations between health behaviour, secondary health conditions and quality of life in people with spinal cord injury. *Afr J Disabil*. 2019;8:a463. <https://doi.org/10.4102/ajod.v8i0.463>
15. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Estratificación Socioeconómica [Internet]. Disponible em: <https://www.dane.gov.co/index.php/sistema-estadistico-nacional-sen/normas-y-estandares/lineamientos?view=article&id=468:estratificacion-socioeconomica&catid=69>
16. Roberts TT, Leonard GR, Cepela DJ. Classifications In Brief: American Spinal Injury Association (ASIA) Impairment Scale. *Clin Orthop Relat Res*. 2017;475(5):1499-504. <https://doi.org/10.1007/s11999-016-5133-4>
17. Spanish-Colombian WHOQOL-BREF [Internet]. Geneva: World Health Organization. Disponible em: <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref/docs/default-source/publishing-policies/whoqol-bref/spanish-colombian-whoqol-bref>
18. World Health Organization. WHOQOL: User manual [Internet]. Geneva: WHO; 2012. [citado em 2024 maio 16]. Disponible em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/4c5cd94a-599e-450f-9141-4a21a7b74849/content>
19. Organización Mundial de la Salud. WHOQOL: Calidad de vida [Internet]. Geneva: WHO; n.d. Disponible em: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-calidad-01.pdf>
20. World Health Organization. WHO – Quality of Life – Brief (WHOQOL-BREF) [Internet]. NovoPsych; n.d. Disponible em: <https://novopsych.com/wp-content/uploads/2025/08/WHOQOL-BREF-questionnaire.pdf>
21. Formato cuestionarios SOC- 13 y WHOQOL- Bref. Universidad de Zaragoza [Internet]. n.d. Disponible em: https://zaguan.unizar.es/record/11708/files/TAZ-TFM-2013-617_ANE.pdf
22. Huerta JAL. Comparación de los dominios de la calidad de vida en migrantes de paso, cuidadores primarios de pacientes con cáncer y estudiantes de pregrado usando el WHOQOL-BREF. *Caleidoscopio*. 2020;24(43). <https://doi.org/10.33064/43crscsh2115>
23. Soto PAB, Pérez CL. Desenho e Validação de um Questionário de Imagem Corporal Para Pessoas com Necessidades Físicas Especiais. *Rev Colomb Psicol*. 2015;24(1):219-33. <https://doi.org/10.15446/rcp.v24n1.45644>
24. Üstün TB, Kostanješek N, Chatterji S, Rehm J. Measuring health and disability: Manual for WHO disability assessment schedule WHODAS 2.0 [Internet]. World Health Organization; 2010. [citado em 2024 jun. 23]. Disponible em: [https://www.who.int/publications/i/item/measuring-health-and-disability-manual-for-who-disability-assessment-schedule-\(whodas-2.0\)](https://www.who.int/publications/i/item/measuring-health-and-disability-manual-for-who-disability-assessment-schedule-(whodas-2.0))
25. Zarco-Periñan MJ, Barrera-Chacón MJ, García-Obrero I, Méndez-Ferrer JB, Alarcón LE, Vargas CER. Development of the Spanish version of the Spinal Cord Independence Measure version III: cross-cultural adaptation and reliability and validity study. *Disabil Rehabil*. 2014;36(19):1644-51. <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.864713>
26. Anshu A, Sundaravadhanan S. Quality of Life in Patients with Spinal Cord Injury: A Prospective Longitudinal Study. *Indian Journal of Neurotrauma*. 2023;20(01):18-23. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1725570>
27. Gándara-Sambade T, Fernández-Pereira M, Rodríguez-Sotillo A. Sistemas robotizados para la reeducación de la marcha en la lesión medular: una revisión sistemática. *Rev neurol*. 2017;64(5):205-13. <https://doi.org/10.33588/rn.6405.2016200>
28. Laxe S, Borda D. La rehabilitación en la mujer con lesión medular: una reflexión para el 8 de marzo. *Rev neurol*. 2024;78(5):119-20. <https://doi.org/10.33588/rn.7805.2024051>
29. Kumar N, Gupta B. Effect of spinal cord injury on quality of life of affected soldiers in India: a cross-sectional study. *Asian spine journal*. 2016;10(2):267-75. <https://doi.org/10.4184/asj.2016.10.2.267>
30. Miguel-Rubio A, Rascón-Maíz J, Alba-Rueda Á, Rodríguez-de-Souza DP. Mejora de la conducción en pacientes con lesión medular mediante el uso de la realidad virtual. Revisión sistemática. *Rev neurol*. 2022;75(2):31-40. <https://doi.org/10.33588/rn.7502.2022091>