

Amnésia pós-traumática e qualidade de vida pós-trauma

POST-TRAUMATIC AMNESIA AND POST-TRAUMA QUALITY OF LIFE

AMNESIA POST-TRAUMÁTICA Y CALIDAD DE VIDA POST-TRAUMA

Silvia Cristina Fürbringer e Silva¹, Cristina Helena Constanti Settervall², Regina Marcia Cardoso de Sousa³

RESUMO

Este estudo compara a qualidade de vida das vítimas que apresentaram amnésia pós-traumática de longa duração com as demais e analisa a relação entre qualidade de vida e duração da amnésia pós-traumática, computando ou não o período de coma. Estudo de coorte prospectivo, com coleta de dados durante a internação hospitalar e avaliação da qualidade de vida no período de estabilidade da recuperação pós-traumática. Participaram desta investigação vítimas de trauma crânio-encefálico contuso, maiores de 14 anos, sem antecedentes de demência ou trauma crânio-encefálico, internadas em hospital de referência para atendimento de trauma nas primeiras 12 horas pós-evento. Os resultados referentes à qualidade de vida foram mais desfavoráveis em três domínios do grupo com amnésia de longa duração. Correlações entre duração da amnésia e domínios de qualidade de vida foram mais expressivas quando excluído o período de coma, indicando que este tempo não deve ser computado na duração da amnésia pós-traumática.

DESCRITORES

Traumatismos craniocerebrais
Amnésia
Amnésia global transitória
Qualidade de vida

ABSTRACT

The present study aims to compare quality of life of victims with long and short term post-traumatic amnesia and to analyze the relation between quality of life and length of amnesia, including or not the comatose period. This prospective cohort study, gathered data during the hospital stay and 3 and 6 months post-trauma. Blunt traumatic brain injury patients, over 14 years old, with no prior diagnosis of dementia or brain injury, admitted to a trauma center 12 hours post-trauma were included. The results were unfavorable among patients with long term amnesia. Correlation between length of post-traumatic amnesia and quality of life domains were more expressive when excluded comatose period, indicating that it must not be computed in the length of post-traumatic amnesia.

DESCRIPTORS

Craniocerebral trauma
Amnesia
Amnesia, transient global
Quality of life

RESUMEN

Este estudio tuvo compara la calidad de vida de las víctimas que tuvieron amnesia post-traumática a largo plazo, con los (las) demás y analizar la relación entre la calidad de vida y duración de la amnesia post-traumática, computando o no el periodo de estado de coma. Estudio prospectivo de cohorte utilizando datos de hospitalares y de la calidad de vida de víctimas de traumatismo craneoencefálico, internados en un hospital de referencia para la atención del trauma. Los resultados relativos a la calidad de vida eran más desfavorables en el grupo a largo plazo de amnesia. Las correlaciones entre la duración de la amnesia post-traumática y los dominios de la calidad de vida fueron más significativos cuando se excluyó el periodo de estado de coma, lo que indica que este tiempo no debe ser contado en la duración de la amnesia post-traumática.

DESCRIPTORES

Traumatismos craneocerebrales
Amnesia
Amnesia global transitoria
Calidad de vida

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Centro Universitário São Camilo. São Paulo, SP, Brasil. ² Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. ³ Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. vian@usp.br

INTRODUÇÃO

O trauma crânio-encefálico contuso (TCEC) é frequentemente seguido pela amnésia pós-traumática (APT), definida como um estado transitório de confusão e desorientação, caracterizado por amnésia anterógrada e distúrbios de comportamento, entre eles, insônia, agitação psicomotora, fadiga, confabulação e ocasionalmente sérios sintomas afetivos e psicóticos⁽¹⁻²⁾.

A APT é considerada um indicador de gravidade do TCEC e um importante elemento para se prever resultados funcionais^(1,3); quanto mais longo o período de amnésia pós-traumática, maior gravidade do TCEC estimada e pior o resultado funcional esperado⁽²⁾.

As lesões encefálicas, devido à abrangência das funções do sistema nervoso, resultam em deficiências e incapacidades que se caracterizam por ocasionar perdas ou alterações na esfera tanto física como mental, sendo a capacidade mental dos pacientes alterada não só na área cognitiva, mas também na comportamental. Em relação à evolução, as consequências da lesão encefálica vão além dos impactos na fase aguda de tratamento, estendendo-se e modificando-se por longo período após o evento traumático⁽⁴⁾. Em consequência, o tempo de seis meses após trauma tem sido recomendado para avaliar as consequências em vítimas sobreviventes, porém o risco de perda de grande número de pacientes durante estudos longitudinais tem indicado o período de três meses para essa avaliação, principalmente nos estudos que incluem vítimas de trauma leve⁽⁵⁾.

Pesquisadores têm apontado que a relação entre incapacidade e desvantagens sociais é complexa e o resultado do uso de medidas objetivas das funções físicas e mentais frequentemente se correlaciona pobremente com a percepção do dano individual do trauma, portanto consideram que a medida da qualidade de vida é potencialmente melhor para expressar as consequências após trauma⁽⁶⁾.

Na busca de englobar os diferentes consequências do TCEC e retratar o resultado de sua interação, este estudo utilizou a avaliação da qualidade de vida para caracterizar as consequências do TCEC, uma vez que as deficiências físicas, comportamentais e cognitivas que ocorrem como seqüela das lesões encefálicas são capazes de operar mudanças significativas na vida do paciente⁽⁴⁾.

Apesar de qualidade de vida estar sendo exaustivamente estudada em muitas áreas da medicina, no Brasil há poucas pesquisas sobre qualidade de vida após TCEC. Aliás, não se observa na literatura análises sobre a relação duração da APT e qualidade de vida pós-trauma. Em consequência, contribuir para esse conhecimento foi um dos propósitos da atual pesquisa.

Outro foco deste estudo foi a divergência quanto aos critérios para definir a duração da APT. O critério tradicional, inclui o período de coma em sua duração⁽⁷⁾. No entanto, para alguns pesquisadores, a inclusão da duração do período de coma é inadequada, uma vez que permite igualar a duração da APT de indivíduos que permanecem inconscientes por longos períodos com aqueles que apresentaram curto período de coma, mas longo tempo de confusão pós-traumática. Esses pesquisadores recomendam que a contagem de tempo de APT seja iniciada a partir do momento em que o paciente encontra-se recuperado do estado de coma. O uso freqüente de sedação como meio terapêutico para pacientes com trauma crânio-encefálico (TCE) é também apresentado como defesa desse critério. Embora as razões desses autores sejam válidas, essa nova proposição não é universalmente aceita⁽⁸⁾.

Assim, em alguns estudos, a duração da APT é o intervalo entre o trauma e o retorno da memória contínua, enquanto que em outros, o início desse intervalo de tempo é o término do coma⁽⁷⁻⁹⁾.

Essa divergência resulta, sem dúvida, em prejuízos no conhecimento dessa fase da recuperação pós-traumática.

Existe extensa literatura científica sobre APT após TCEC, porém muitos resultados não podem ser comparados devido às diferenças na forma de mensuração de sua duração.

Não há óbvia evidência da definição que deve ser usada para determinar a duração da APT. Estudos que comparem os dois métodos de determinar duração da APT são indispensáveis para estabelecer um único conceito operacional que possa ser usado com segurança.

Considerando os aspectos expostos são objetivos deste estudo: comparar a qualidade de vida das vítimas que apresentaram APT de longa e curta duração e analisar a relação entre qualidade de vida, após trauma e duração da amnésia pós-traumática, computando ou não o período de coma.

MÉTODO

Estudo de coorte prospectivo, com abordagem descritiva correlacional com duas etapas distintas de coleta de dados. A primeira etapa, que teve como objetivo caracterizar a duração do período da APT foi realizada durante a hospitalização relacionada à lesão crânio-encefálico. A segunda etapa, com objetivo de avaliar a QV após a alta hospitalar foi efetuada entre 3 e 6 meses após o TCEC, período em que as vítimas desse tipo de lesão começam a apresentar estabilidade em sua recuperação pós-traumática⁽⁵⁾.

O estudo foi realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), instituição governamental, localizada na cidade

...não se observa na literatura análises sobre a relação duração da amnésia pós-traumática e qualidade de vida pós-trauma.

de São Paulo, centro de referência para atendimento de vítimas de trauma.

Foram alvo desta investigação as vítimas de TCEC, atendidas nas primeiras 12 horas após evento traumático no Pronto-Socorro do hospital e nele internadas entre dezembro de 2006 e outubro de 2007. Foram excluídas da casuística as vítimas com antecedentes de demência ou TCE e também menores de 14 anos, tendo em vista a restrição da aplicação do instrumento *Medical Outcome Study 36-Item Short Form Health Survey* (SF-36) para indivíduos dessa faixa etária⁽¹⁰⁾.

Neste estudo, o Galveston Orientation Amnesia Test (GOAT)^(9,11) foi utilizado para avaliação da APT e o SF-36⁽¹⁰⁾ foi aplicado para mensurar qualidade de vida das vítimas.

O GOAT é um instrumento constituído por 10 questões que avaliam orientação e amnésia de vítimas de TCEC, após lesão. Além da orientação temporal do paciente (questões 6 a 10), como o paciente em recuperação de um TCEC frequentemente fica confuso a respeito de informações básicas, o GOAT apresenta questões sobre seu nome, endereço e data de nascimento (questão 1). Distorções de memória podem envolver alteração na orientação geográfica, então o instrumento também propõe perguntas sobre esse aspecto (questão 2). A questão 3 refere-se à data de admissão no hospital e as questões 4 e 5 testam a vítima sobre eventos que aconteceram depois e antes da lesão, respectivamente. Na aplicação do GOAT, todas essas informações devem ser confirmadas através do prontuário ou familiares do paciente. É considerado o término d APT, quando a vítima atinge, por dois dias consecutivos, escore maior ou igual a 75 no teste^(1,7,9).

O SF-36 é um questionário composto por 36 itens, distribuídos dentro de oito domínios: capacidade funcional (dez itens), limitação para atividade física (quatro itens), dor (dois itens), estado geral de saúde (cinco itens), vitalidade (quatro itens), atividades sociais (dois itens), aspectos emocionais (três itens), saúde mental (cinco itens) e mais uma questão de avaliação que permite comparar a condição de saúde atual com a de um ano atrás⁽¹⁰⁾. Neste estudo esta questão foi adaptada para os casos de trauma e o foco para comparação da saúde atual foi modificado para o período que antecedeu o trauma.

O estudo obteve parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa (Protocolo 1050/06). A inclusão das vítimas na pesquisa só ocorreu nos casos em que houve seu consentimento ou de seus familiares e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Diariamente, foi realizado o rastreamento das vítimas com TCEC, atendidas no Pronto Socorro do Instituto Central do HCFMUSP nas primeiras 12 horas após evento traumático e internadas no hospital. A identificação dos participantes do estudo foi realizada por meio de consulta diária aos prontuários dos pacientes internados nessa área hospitalar e, também, aos enfermeiros e médicos do setor.

Na primeira fase, os pacientes foram avaliados diariamente, preferencialmente no mesmo horário, à partir de sua inclusão no estudo até o momento de alta ou transferência hospitalar, óbito ou término do período de APT. A Escala de Coma de Glasgow (ECGI) foi aplicada a todos os pacientes incluídos no estudo. O GOAT foi também aplicado, após a ECG1, nos pacientes com capacidade de contato verbal preservada.

Na segunda fase de coleta de dados, os pacientes foram entrevistados por telefone ou no Ambulatório de Neurologia, em data definida por meio de contato prévio com pacientes ou familiar. Esta entrevista foi agendada, em média, 154 dias após trauma, respeitando o período entre três e seis meses após esse evento e visando mensurar a qualidade de vida das vítimas em um período próximo a estabilidade do processo de recuperação. Nesses contatos telefônicos foi estabelecido que, após duas ligações telefônicas completadas, sem sucesso na tentativa de entrevistar o paciente, a vítima seria excluída do seguimento.

A duração da APT foi determinada, em dias, utilizando-se dois critérios distintos. No primeiro, a duração da amnésia foi determinada pela diferença, em dias, entre a data do trauma e o primeiro de dois dias consecutivos em que a vítima apresentou pontuação ≥ 75 no GOAT⁽⁷⁾. O segundo valor foi determinado pela diferença, em dias, entre o primeiro de dois dias em que o paciente alcançou pontuação 6 no parâmetro Melhor Resposta Motora da ECGI e o primeiro de dois dias sequenciais com pontuação maior ou igual a 75 no GOAT⁽⁷⁾.

Neste estudo, a APT superior a 24 horas foi considerada de longa duração, visto que nas classificações da gravidade do TCEC segundo duração da APT, período superior a 24 horas é indicativo de lesão importante, isto é, trauma de moderada ou severa gravidade⁽¹⁾. Na comparação entre os grupos de curta e longa duração, o tempo de APT foi estabelecido excluindo-se o período de coma, visto que os resultados da atual investigação indicaram que esta é a melhor forma de medida.

Ao término da coleta, os dados foram armazenados em banco de dados computadorizado. Para as análises foram usados os pacotes estatísticos SPSS for Windows 12.0 e Stata 8.0.

Estatísticas descritivas foram realizadas para todas as variáveis, visando à caracterização geral dos participantes do estudo e descrição da qualidade de vida das vítimas.

O teste de associação do Qui-quadrado de Pearson foi utilizado para comparar o grupo de vítimas que participou da primeira fase (187 participantes) deste estudo com aqueles que tiveram sua qualidade de vida avaliada entre três e seis meses pós-trauma (68 participantes). Nessas análises, as variáveis numéricas relacionadas à gravidade do trauma foram categorizadas conforme indicação dos índices utilizados e a idade, conforme as categorias apresentadas na Tabela 1.

A confiabilidade do SF-36 foi analisada pelo teste Alfa de Cronbach, os valores variaram entre 0,74 e 0,95, sendo o menor valor referente ao domínio Estado Geral de Saúde e o maior coeficiente relativo à Capacidade Funcional.

O teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov foi usado para testar a hipótese de normalidade do escore total dos domínios do SF-36 e da duração da APT em dias, determinada pelos dois métodos anteriormente descritos.

A comparação das médias dos domínios do SF-36 entre os grupos com APT de curta e longa duração foi realizada por meio do Teste *t* de Student, quando os dados apresentaram distribuição normal e pelo teste de Mann-Whitney quando a hipótese de normalidade do escore total dos domínios foi rejeitada.

Coefficiente de Correlação por postos de Spearman foi utilizado para avaliar a associação entre escore total dos domínios do SF-36 e duração em dias da APT incluindo ou não o período de coma.

Todas as provas estatísticas foram feitas admitindo-se erro de primeira espécie de 5%.

RESULTADOS

Dos 187 pacientes avaliados na fase de internação hospitalar, 68 (36,4%) tiveram sua qualidade de vida avaliada entre três e seis meses após o evento traumático. Não foram localizados após alta 29 vítimas (indicações errôneas para contato); cinco foram a óbito entre a alta hospitalar e a ligação telefônica e 85 eximiram-se de tomar parte da segunda etapa da pesquisa, negando sua participação ou não se disponibilizando a participar da entrevista em dois contatos telefônicos.

Apesar da casuística avaliada pelo SF-36 ter sido composta por apenas 36,4% dos participantes da primeira fase, os resultados do Teste de Qui-Quadrado de Person atestaram a similaridade dos participantes das duas fases do estudo em relação às variáveis: sexo, idade, causa externa; gravidade do TCE pela ECGI e Maximum Abbreviated Scale (MAIS) relacionado à região da cabeça; tipo (difusa ou localizada), área (intra ou extra axial) e quantidade (única ou múltipla) de lesões crânio-encefálicas e uso de medicamentos com ação no sistema nervoso central na fase aguda do tratamento do trauma. A proporção de indivíduos com APT de curta e longa duração também foi similar nas duas fases desta pesquisa.

A análise das características dos 68 entrevistados na segunda etapa deste estudo mostrou que as causas externas mais frequentes que provocaram TCEC foram os acidentes de trânsito (60,3%), seguidos por quedas (30,9%). As agressões ocorreram em apenas 8,8% dos casos.

Os resultados iniciais da ECGI desses 68 participantes indicaram que a maioria dos casos apresentou TCE leve

(57,3%), 17,6% moderado e 25% grave. No entanto, o MAIS relacionado à região da cabeça apontou a presença de pelo menos uma lesão importante (MAIS ≥ 3) em 73,5% das vítimas. Além disso, a maioria desses pacientes apresentou lesões encefálicas localizadas (85,3%) e o número de vítimas com lesões intra-axiais foi similar ao daqueles que apresentaram somente lesões extra-axiais (50,0%).

A Fenitoína (Hidantal®) ou Maleato de Midazolam (Dormonid®) foram as drogas com ação no sistema nervoso central mais utilizada na fase aguda de tratamento das vítimas, 64,7% dos casos. Outras drogas com essa ação foram usadas em cerca de 7% das vítimas.

Tabela 1 - Vítimas avaliadas com o SF-36 segundo características sócio-demográficas - São Paulo, 2006-2007

Características	N	%
Sexo		
Feminino	12	17,6
Masculino	56	82,4
Idade (em anos)		
>14 ≤ 36	42	61,8
>36 ≤ 51	16	23,5
>51 ≤ 60	6	8,8
>60	4	5,9
Crença religiosa		
Sim	62	91,2
Não	6	8,8
Situação conjugal		
Reside com companheira(o)	31	45,6
Solteiro/sem companheira(o)	37	54,4
Retorno a ocupação anterior ao trauma		
Sim	39	57,4
Não	29	42,6
Escolaridade (em anos)		
≤ 4 anos	18	26,5
5 a 8 anos	19	27,9
9 a 11 anos	18	26,5
> 11 anos	13	19,1

Nota: (n=68)

Tabela 1 mostra que a maioria das vítimas, 82,4%, era do sexo masculino, idade de 14 a 36 anos (61,8%). A grande maioria das vítimas (91,2%) referiu ter alguma crença religiosa; quanto a situação conjugal, 45,6% dos pacientes viviam com companheira(o), sendo que não houve relato de mudança na situação conjugal após o trauma. Dos 68 pacientes, 39 (57,4%) haviam retornado à ocupação anterior quando a qualidade de vida das vítimas foi avaliada. Com relação à escolaridade, observou-se um equilíbrio na distribuição das vítimas entre as diferentes categorias, no entanto vale ressaltar que a maioria (54,4%) apenas frequentou o ensino fundamental.

A Tabela 2 sumariza os resultados da aplicação do questionário SF-36 que foi utilizado na segunda etapa da coleta de dados desta pesquisa, isto é, entre 3 e 6 meses após trauma.

Tabela 2 - Medidas descritivas dos valores obtidos para cada domínio do questionário SF-36 - São Paulo, 2006-2007

Domínios	Média (DP)	Varição	Mediana
Capacidade Funcional	75,2 (± 32,6)	0 – 100	90,0
Limitação para Atividade Física	58,9 (± 43,9)	0 – 100	75,0
Dor	75,3 (± 24,3)	20 – 100	74,0
Estado Geral de Saúde	86,0 (± 13,3)	45 – 100	89,5
Vitalidade	73,6 (± 14,26)	45 – 100	75,0
Aspectos Sociais	80,3 (± 23,9)	0 – 100	87,5
Aspectos Emocionais	78,9 (± 36,4)	0 – 100	100
Saúde Mental	75,4 (± 15,9)	28 – 100	76,0

Nota: (n=68)

Pelas medidas descritivas relacionadas aos domínios do SF-36, apresentadas na Tabela 2, pode-se afirmar que o valor médio mais baixo (58,9) e a maior variabilidade de resultados (DP = 43,9) foram observados no domínio

Limitação para Atividade Física. A variabilidade da pontuação no grupo analisado também foi elevada nos domínios Aspectos Emocionais (DP = 36,4) e Capacidade Funcional (DP = 32,6), porém observou-se que metade das vítimas alcançaram pontuação máxima ou próxima da máxima na avaliação realizada (mediana = 90,0 e 100, respectivamente). O domínio que alcançou maior pontuação média foi Estado Geral de Saúde (86,0), seguido por Aspectos Sociais (80,3). A maioria dos domínios apresentou pontuação média em torno de 75: Capacidade funcional, Dor, Vitalidade, Aspectos Emocionais e Saúde Mental.

Entre 3 e 6 meses após trauma, ao serem questionados sobre sua saúde, comparada ao período anterior ao trauma, 53% dos entrevistados considerou que se encontrava na mesma condição de saúde que antes do acidente; 29,4% dos pacientes referiram estar pior que antes. Melhor condição atual de saúde foi referida por 12 pacientes (17,6% dos avaliados).

Tabela 3 - Estatísticas descritivas e teste de comparação entre os grupos para os domínios do SF-36 segundo APT de curta e longa duração* - São Paulo, 2006-2007

Domínios	Curta duração			Longa duração			P
	N	Média (DP)	Mediana	N	Média (DP)	Mediana	
Capacidade Funcional	24	83,75 (30,30)	100,00	44	70,57 (33,28)	85,00	0,020[¥]
Limitação para Atividades Físicas	24	77,08 (38,25)	100,00	44	47,73 (43,74)	37,50	0,004[¥]
Dor	24	81,96 (20,76)	92,00	44	71,66 (26,92)	72,00	0,154 [¥]
Estado Geral de Saúde	24	89,17 (11,73)	92,00	44	84,32 (13,87)	87,00	0,128 [¥]
Vitalidade	24	77,50 (14,14)	80,00	44	71,48 (14,04)	75,00	0,097 [§]
Aspectos Sociais	24	92,19 (12,67)	100,00	44	73,86 (26,11)	81,25	0,003[¥]
Aspectos Emocionais	24	88,88 (27,22)	100,00	44	73,48 (39,76)	100,00	0,083 [¥]
Saúde Mental	24	79,17 (14,05)	80,00	44	73,27 (16,68)	74,00	0,147 [§]

* duração da apt excluindo período do coma; ¥ teste de comparação entre grupos segundo teste mann-whitney (dados sem distribuição normal); § teste de comparação entre grupos segundo teste t de student (dados com distribuição normal).

Na Tabela 3 observa-se que existiram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com APT de curta e

longa duração para os domínios: Capacidade Funcional, Limitação para Atividades Físicas e Aspectos Sociais ($p < 0,05$).

Tabela 4 - Coeficiente de correlação de Pearson para os domínios do SF-36 e os tempos de APT computando ou não o período de coma - São Paulo, 2007

Domínio	APT em dias a partir da data do trauma		APT em dias a partir do escore 6 em MRM	
	Correlação de Person	P	Correlação de Person	P
Capacidade funcional	-0,402**	0,001	-0,445**	<0,001
Limitação para atividades físicas	-0,422**	<0,001	-0,437**	<0,001
Dor	-0,187	0,126	-0,256*	0,035
Estado geral de saúde	-0,107	0,387	-0,051	0,682
Vitalidade	-0,222	0,069	-0,184	0,133
Aspectos sociais	-0,410**	0,001	-0,450**	<0,001
Aspectos emocionais	-0,240*	0,049	-0,320**	0,008
Saúde mental	-0,207	0,091	-0,202	0,098

** Correlação é significante ao nível de 0,01; *Correlação é significante ao nível de 0,05.

A Tabela 4 apresenta os coeficientes de correlação de Pearson entre os escores dos domínios do SF-36 e os tempos de amnésia (a partir do dia do trauma e a partir do escore 6 em MRM pela ECGI). Observa-se que os coeficientes de todos os domínios foram negativos, isto é, para os dois métodos, à medida que a duração da APT aumentou, diminuiu a pontuação obtida pelas vítimas na avaliação pelo SF-36.

Na análise comparativa dos coeficientes de correlação de Pearson para os domínios do SF-36 e os tempos de APT, computando ou não o período de coma, notam-se valores próximos, porém naqueles em que o nível de significância foi alcançado, uma correlação ligeiramente mais forte foi observada nos resultados que analisaram a duração da APT excluindo o tempo de coma. Além disso, no domínio Dor, a correlação só alcançou o nível de significância quando o período de coma foi excluído do cálculo da duração da APT.

Conforme comentado no método deste estudo, na análise apresentada na Tabela 3, o período de coma foi excluído para categorizar a APT como de curta ou de longa duração, considerando-se que foi maior a magnitude de correlação entre duração da APT e QV com o uso desta forma de medida.

DISCUSSÃO

A comparação da qualidade de vida das vítimas que apresentaram APT de longa e curta duração foi proposta nesta pesquisa tendo em vista duas importantes perspectivas que permeiam o conhecimento sobre TCE e suas consequências. A primeira indica que a duração da APT é um importante indicador da gravidade do TCEC, indivíduos que apresentaram APT de curta duração, tempo ≤ 24 horas, têm indicação de trauma leve/moderado e longa duração (>24 horas), trauma grave⁽¹⁾.

Além disso, a duração da APT tem repetidamente se revelado o melhor indicador isolado para prever problemas nas funções cognitivas ou nas atividades da vida diária⁽¹⁾. Portanto, conhecer a duração da APT e suas implicações depois do TCEC é de considerável importância clínica, pois auxilia no planejamento e avaliação dos programas de reabilitação, além de permitir oferecer informações adicionais a família e paciente sobre a recuperação pós-traumática.

Uma outra perspectiva aponta que o TCE afeta o indivíduo na esfera física, cognitiva e comportamental, apontando para a pertinência da avaliação da qualidade de vida no seguimento clínico de pacientes que apresentam este tipo de lesão^(4,6).

A qualidade de vida é um conceito multidimensional que inclui domínios diferentes, tais como as funções físicas, psicológicas e sociais⁽¹²⁾. Além disso, é uma medida essencialmente subjetiva e pode ser influenciada por características pessoais, culturais, religiosas e sociais⁽¹³⁾.

Nesse sentido, vale salientar por um lado a baixa escolaridade da casuística e por outro, a quase totalidade de indivíduos com idade ≤ 60 anos (94,1%) e com alguma crença religiosa (91,2%), o predomínio do sexo masculino (82,4%) e o retorno a ocupação anterior de 57,4% dos participantes.

Na literatura nacional, dois estudos que utilizaram WHOQOL-bref para avaliar qualidade de vida em vítimas de TCE, mostraram associação entre os resultados e variáveis sociodemográficas das vítimas. Em um deles⁽¹⁴⁾ os menores valores no domínio físico esteve associado com o sexo feminino e a idade mais avançada, em outro⁽¹⁵⁾, correlações moderadas, porém significantes, foram observadas entre qualidade de vida global e nível educacional ($p \leq 0,05$) e retorno ao trabalho ou estudo ($p \leq 0,01$).

O retorno à ocupação anterior ao trauma representa um dos aspectos que contribuem de maneira mais decisiva na qualidade de vida de uma vítima de TCE. De certa forma, é a base para a plena reintegração social à medida que desempenha um papel fundamental na satisfação pessoal e auto-estima, além de ser elemento fundamental para a aquisição e manutenção de relações sociais. A incapacidade de retornar ao trabalho do indivíduo se relaciona diretamente com os aspectos sociais da vida do indivíduo, com sua auto-imagem e sensação de inferioridade perante a sociedade^(4,16-17).

Entre a grande maioria das vítimas (91,2%) que referiram crença religiosa, algumas delas reportaram maior religiosidade após trauma, em consequência a um sentimento de agradecimento por estarem vivos ou por não terem tido piores resultados após o trauma. Revisão de literatura sobre qualidade de vida de vítimas de TCE aponta que pesquisas qualitativas também relatam esse sentimento entre alguns de seus participantes⁽¹⁷⁾.

Na análise do estado civil dos participantes do estudo, observou-se que 45,6% residiam com um companheiro antes do TCEC e continuavam com eles a residir depois do evento traumático. Embora a literatura tenha mostrado alta incidência de divórcios e baixa ocorrência de casamentos depois do TCE⁽¹⁷⁾ este não foi um resultado observado, talvez porque o período de 6 meses ainda seja precoce para se observar essas consequências.

A pontuação média dos domínios exibida na Tabela 2 foi confrontada com estudos realizados em casuísticas brasileiras⁽¹⁸⁻¹⁹⁾ que apresentaram resultados do SF-36 em grupos de indivíduos normais⁽¹⁸⁾ e jovens universitários não fumantes⁽¹⁹⁾. Comparando as médias dos domínios, valores mais elevados foram notados nesses grupos em dois domínios, Capacidade Funcional e Limitação para Atividades Físicas. Nos demais domínios os valores médios observados no atual estudo foram bastante próximos aos encontrados nessas casuísticas.

A avaliação da qualidade de vida de vítimas de TCE na cidade de Ribeirão Preto⁽¹⁴⁾, seis meses pós-trauma, mos-

trou impacto negativo do trauma nessas vítimas. Nessa pesquisa o WHOQOL-bref foi o instrumento utilizado e os resultados mostraram também diferenças entre os domínios de qualidade de vida que tiveram impacto do TCE. O domínio físico foi o mais atingido, as pontuações dos domínios psicológico e de meio ambiente também não foram similar à população geral e o domínio relações sociais não apresentou diferença significativa em relação aos padrões normais.

Estudos realizados em outros países que aplicaram o SF-36 em vítimas de TCE e compararam os resultados com grupos de indivíduos da população em geral (sem doenças específicas) mostrou médias mais baixas nos grupos de vítimas de TCE nos oito domínios do instrumento⁽¹⁷⁾.

A seletividade dos domínios atingidos, apresentada nos estudos brasileiros provavelmente está relacionada às características sociais, religiosas, culturais e pode indicar prioridades para estruturar a reabilitação de vítimas de TCE e auxiliá-las na sua inserção na comunidade.

Na comparação da qualidade de vida das vítimas que apresentaram APT de longa e curta duração, concluiu-se que as vítimas com APT > 24 horas (longa duração) apresentaram em relação às demais diferença significativa nos resultados da avaliação da qualidade de vida entre três e seis meses após TCEC nos domínios Capacidade Funcional, Limitação para Atividades Físicas e Aspectos Sociais.

Nesses três domínios, o grupo que apresentou APT de longo tempo mostrou resultados mais desfavoráveis que o grupo de curta duração. Este resultado é coerente com as publicações que indicam que quanto mais longo o período de APT, pior as consequências do TCEC para vítima e também reafirma a importância dos domínios Capacidade Funcional e Limitação para Atividades Físicas na recuperação dos indivíduos com TCE. Essas vítimas têm prejuízos nesses domínios que são acentuadas com a gravidade desse tipo de lesão.

Os resultados da Tabela 3 mostram que o domínio Limitação para Atividades Físicas apresentou a maior diferença entre os valores médios dos dois grupos. Este domínio avalia as limitações quanto ao tipo e quantidade de trabalho, bem como quanto essas limitações dificultam a realização do trabalho e das atividades da vida diária⁽¹⁰⁾, estando provavelmente, neste estudo relacionado à produtividade da vítima após o trauma: 45,4% dos pacientes com APT de longa duração retornaram a ocupação anterior ao trauma enquanto que esse percentual foi de 79,2% nas vítimas de APT de curta duração.

O domínio Aspectos Sociais parece não ter sido afetado nas vítimas de TCE em geral, porém se diferenciou nos traumas graves. A redução de contatos sociais após trauma nas vítimas de TCE grave é um acontecimento frequente⁽²⁰⁾ e indesejável, visto que parentes, amigos e vizinhos podem ser um importante suporte social e emocional para essas vítimas.

As respostas da questão 2 do SF-36 mostrou que na maioria dos casos (70,6%) a comparação do estado de saúde antes e após TCEC resultou na indicação pelas vítimas de similaridade ou melhora na condição de saúde depois desse evento.

Ainda que a literatura científica enfatize as perdas decorrentes do TCE, alguns estudos descrevem ganhos resultantes desse evento que não devem ser negligenciados, tais como comportamentos que denotam novas forças pessoais internas, valorização das coisas simples da vida e interrupção do curso autodestrutivo de uso abusivo de drogas⁽¹⁷⁾. Portanto, no processo de reabilitação após TCEC é importante lembrar que a capacidade de adaptação tanto de pacientes quanto de seus familiares é particular e depende de fatores pessoais além de sociais e culturais.

Estimar a duração da APT depende inevitavelmente do critério utilizado para defini-la. Nesse sentido, torna-se problemático comparar diferentes investigações uma vez que um grande número de trabalhos na literatura não especifica claramente os critérios utilizados em sua medida e a APT tem sido estimada a partir da data do trauma ou do término do coma⁽⁷⁻⁸⁾.

Além disso, na prática clínica essa medida deve ser objetiva e padronizada, tendo em vista sua utilidade para estimar a gravidade do TCEC, prever a recuperação cognitiva e funcional do paciente.

Quanto à controvérsia no conceito operacional dessa medida, verificou-se neste estudo a relação entre os resultados do SF-36 e duração da APT, computando ou não o período de coma. Correlações significantes foram observadas nos dois métodos na análise dos seguintes domínios: Capacidade Funcional, Limitação para Atividades Físicas, Aspectos Sociais e Aspectos Emocionais.

Nesses quatro domínios os coeficientes de correlação foram ligeiramente mais elevados quando a medida realizada excluiu o período de coma do tempo de APT, além disso, no domínio dor houve significância na correlação somente quando essa forma de medida da duração da APT foi utilizada. Esses resultados indicam que a medida da duração da APT como subsídio para o processo de reabilitação e recuperação de um paciente com TCEC deve excluir o período de coma.

Pouco se tem discutido sobre essa divergência da medida da APT na literatura, entretanto pesquisadores da Universidade de Glasgow, em 1993, apresentaram resultados que indicaram que duração da APT pode ser calculada considerando-se ou não o tempo de coma. Os autores mostraram que houve uma correlação significativa similar entre lesão encefálica diagnosticada por ressonância magnética e duração da APT com e sem o período de coma⁽²¹⁾.

Os resultados dos dois estudos diferem e apontam para necessidade de novas pesquisas que conduzam a unificação na forma de medir a duração da amnésia pós-traumática após o evento traumático.

CONCLUSÃO

Com relação à comparação da qualidade de vida das vítimas que apresentaram amnésia pós-traumática de longa e curta duração concluiu-se que as vítimas com maior tempo de amnésia apresentaram, em relação às demais, resultados mais desfavoráveis em três domínios: capacidade funcional,

limitação para atividades físicas e aspectos sociais, quando avaliados entre três e seis meses após trauma crânio-encefálico contuso. Além disso, os resultados ofereceram evidências que a medida da duração da amnésia pós-traumática, como subsídio para o processo de reabilitação e recuperação de um paciente com trauma crânio-encefálico contuso, deve excluir o período de coma.

REFERÊNCIAS

1. Silva SCF, Sousa RMC. Galveston Orientation and Amnesia (GOAT). Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2009 [cited 2012 Apr 22];43(n.spe):1027-33. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/en_a06v43ns.pdf
2. De Guise E, Leblanc J, Feys M, Thomas H, Gosselin N. Effect of an integrated reality orientation programme in acute care on post-traumatic amnesia in patients with traumatic brain injury. Brain Inj. 2005;19(4):263-9.
3. Ladera-Fernandez V. Síndrome amnésico postraumático. Rev Neurol. 2001; 32(5):467-72.
4. DePalma JA. Measuring quality of life of patients of traumatic brain injury. Crit Care Nurs Q. 2001;23(4):42-51.
5. Kashluba S, Paniak C, Blake T, Reynolds S, Toller-Lobe G, Nagy J. A longitudinal, controlled study of patient complaints following treated mild traumatic brain injury. Arch Clin Neuropsychol. 2004;19(6):805-16.
6. Guilfoyle MR, Seeley HM, Corteen E, Harkin C, Richards H, Menon DK, et al. Assessing quality of life after traumatic brain injury: examination of the short form 36 health survey. J Neurotrauma. 2010;27(12):2173-81.
7. Ellemberg JH, Levin HS, Saydjari C. Post-traumatic amnesia as a predictor of outcome after severe closed head injury. Arch Neurol. 1996;53(8):782-91.
8. Ahmed S, Bierley R, Sheikh JI, Date ES. Post-traumatic amnesia after closed head injury: a review of the literature and some suggestions for further research. Brain Inj. 2000;14(9):765-80.
9. Levin HS, O'Donnell VM, Grossman RG. The Galveston Orientation and Amnesia Test: a practical scale to assess cognition after head injury. J Nerv Ment Dis. 1979; 167(11):675-84.
10. Ciconelli RM, Ferras MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Brazilian-Portuguese version of the SF-36: a reliable and valid quality of life outcome measure. Rev Bras Reumatol. 1999;39(3):143-50.
11. Silva SCF, Sousa RMC. "Galveston Orientation and Amnesia Test": tradução e validação. Acta Paul Enferm. 2007;20(1): 24-9.
12. Mailhan L, Azouvi P, Dazord A. Life satisfaction and disability after severe traumatic brain injury. Brain Inj. 2005;19(4):227-38.
13. McMillan TM, Herbert CM. Further recovery in a potential treatment withdrawal case 10 years after brain injury. Brain Inj. 2004;18(9):935-40.
14. Alves ALA, Salim FM, Martinez EZ, Passos ADC, De Carlo MMRP, Scarpelini S. Qualidade de vida de vítimas de trauma seis meses após a alta hospitalar. Rev Saúde Pública. 2009;43(1):154-60.
15. Silva CB, Dylewski V, Rocha JS, Morais JF, Neves RCM. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com trauma cranioencefálico. Fisioter Pesq. 2009;16(4):311-5.
16. Avesani R, Salvi L, Rigoli G, Gambini MG. Reintegration after severe brain injury: a retrospective study. Brain Inj. 2005;19(11):933-9.
17. Dijkers MP. Quality of life after traumatic brain injury: a review of research approaches and findings. Arch Phys Med Rehabil. 2004;85 Suppl 2:S21-35.
18. Genta PR, Jatene FB, Terra-Filho M. Qualidade de vida antes e após tromboendarterectomia pulmonar: resultados preliminares. J Bras Pneumol. 2005; 31(1):48-51.
19. Martinez BAJ, Mota AG, Vianna ESO, Terra Filho J, Silva GA, Rodrigues Junior AL. Impaired quality of life of healthy young smokers. Chest. 2004;125(2):425-8.
20. Hora EC, Sousa RMC. Mudanças nos papéis sociais: uma consequência do trauma crânio-encefálico para o cuidador familiar. Rev Latino Am Enferm. 2006;14(2):183-9.
21. Wilson JTL, Teasdale GM, Hadley DM, Wiedmann KD, Lang DI. Post-traumatic amnesia: still a valuable yardstick. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1994;57(4):198-201.

Estudo financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Processo 06/58200-1.