



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
PRÓ- REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

SACID CADERARD SÁ FEIO

**AVALIAÇÃO DA CEFALÉIA E QUALIDADE DE VIDA EM
MULHERES VÍTIMAS DE ESCALPELAMENTO NA AMAZÔNIA**

Macapá

2017

SACID CADERARD SÁ FEIO

**AVALIAÇÃO DA CEFALEIA E QUALIDADE DE VIDA EM
MULHERES VÍTIMAS DE ESCALPELAMENTO NA AMAZÔNIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá, na área de Epidemiologia e Saúde Pública, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientação: Prof.^a Dr.^a Anneli Mercedes Celis de Cárdenas

Co-orientador: Prof. Dr. Areolino Pena Matos

Macapá

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Assinatura: _____

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal do Amapá**

616.46

F297i Feio, Sacid Caderard Sá.

Avaliação da cefaleia e qualidade de vida em mulheres vítimas de escarpamento na Amazônia / Sacid Caderard Sá Feio; orientadora, Aneli Mercedes Celis de Cárdenas. – Macapá, 2017.

115 f.

Dissertação (mestrado) – Fundação Universidade Federal do Amapá, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

1. Escarpamento. 2. Cefaleia. 3. Qualidade de vida. I. Cárdenas, Aneli Mercedes Celis de, orientadora. II. Fundação Universidade Federal do Amapá. III. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

SACID CADERARD SÁ FEIO

AValiação CEFaleia e Qualidade de Vida em Mulheres VíTimas de ESCALPELAMENTO NA AMAZônia

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá, na área de Epidemiologia e Saúde Pública, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde, sendo orientada pela Prof.^a. Dr.^a Anneli Mercedes Celis de Cárdenas e co-orientada pelo Prof. Dr. Areolino Pena Matos.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a. Dr.^a Orientadora Anneli Mercedes Celis de Cárdenas – *Presidente*
Universidade Federal do Amapá

Prof. Dr. Demilto Yamaguchi da Pureza
Universidade Federal do Amapá

Prof. Dr.^a Vânia Tie Koga Ferreira
Universidade Federal do Amapá

Prof. Dr.^a Mônica Silvia Rodrigues de Oliveira
Universidade Federal do Amapá

Prof.^a Dr.^a Rosemary Ferreira de Andrade - *Suplente*
Universidade Federal do Amapá

Aprovada em: ____ de março de 2017

Local de defesa: Universidade Federal do Amapá, auditório do Comitê de Ética e Pesquisa.

Dedicatória

*Às mulheres guerreiras,
Participantes deste estudo
E todas as vítimas de escarpelamento
Vossas forças e fé são exemplos de superação a serem seguidos.*

*A toda minha família e amigos
Que são como anjos na minha vida
E que, sempre, torcem pelo meu sucesso
E minha felicidade.*

*Sobretudo, a minha mãe
Que é a mulher mais companheira e incentivadora
Por ser que mais me ampara, apoia
E investe em meus sonhos.*

Agradecimentos

Acima de tudo aquele que me criou, plantou os sonhos dele no meu coração e me fez chegar até aqui. Ao meu Deus, porque dele, por ele e para ele são todas as coisas.

Aos meus pais, Gracilene Dias de Sá Feio e Nei Francisco Leal Feio, por serem o meu maior incentivo em buscar ser melhor a cada dia e por serem o meu apoio, alicerce e motivação. Todas as conquistas até aqui são graças ao amor e cuidado que sempre resplandeceram a mim.

Ao meu noivo Gustavo Dias Lobato, que está ao meu lado em todos os momentos trazendo segurança, apoio e caminhando comigo na realização de meus sonhos. À todo o seu amor e zelo.

Agradeço, em especial, à minha amiga Cândida Percina Lobato, assistente social, que muito me auxiliou nessa jornada sendo meu braço direito durante esses dois anos. A todo seu esforço e determinação, meus sinceros agradecimentos.

À minha orientadora Anneli Mercedes Celis de Cárdenas que acreditou na realização deste projeto, me ensinou e instruiu em cada etapa. Obrigada por ter me recebido com carinho e por ter dividido comigo toda experiência necessária para que este sonho fosse possível.

Ao meu co-orientador Areolino Pena Matos que se juntou a nós durante essa trajetória dividindo toda sabedoria, conhecimento e experiências. Agradeço pela oportunidade e honra de ter sido instruída e motivada pelo profissional que és.

Ao Dr. Anderson Pinto Farias por sua disponibilidade e participação, cuja colaboração foi essencial para o diagnóstico das cefaleias em todas as participantes do estudo.

As alunas Débora e Laís Tapajós que me auxiliaram na coleta de dados e foram desbravadoras em querer aprender.

À Bárbara Dias, minha orientada, que ao final muito me ajudou na finalização desse estudo e não mediu esforços para fazer seu melhor em prol da ciência e pesquisa.

Ao Programa de Ciências da Saúde PPGES incluindo todos os docentes e funcionários que plantaram sementes de conhecimento, respeito e aprendizado durante esses dois anos.

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) a qual colaborou com o investimento através da bolsa de estudo que adquiri nesse tempo.

Aos meus colegas mestrandos que iniciamos essa trajetória e desafio juntos, me apoiaram e compartilharam de suas experiências, companheirismo e aprendizados.

À todos meus amigos e familiares que de alguma forma me incentivaram e torceram por mim. Vocês são o que de mais precioso eu possuo. A conquista é também de vocês.

*Confie no Senhor de todo o seu coração
E não se apóie em seu próprio entendimento
Reconheça o Senhor em todos os seus caminhos
E ele endireitará as suas veredas.
Não seja sábio aos seus próprios olhos
Tema ao Senhor e evite o mal.
Provérbios 3:5-7*

FEIO, S.C.S. Avaliação da cefaleia e qualidade de vida em mulheres vítimas de escarpelamento na Amazônia. **Dissertação**. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Macapá: Universidade Federal do Amapá. 2017

RESUMO

Introdução: O escarpelamento é um trauma decorrente da avulsão brusca do couro cabeludo em eixo de motores de pequenas embarcações ocasionando transtornos físicos e psicossociais. As sequelas nas vítimas tornam-se permanentes e podem afetar a qualidade de vida e, dentre elas, tem-se a cefaleia. **Objetivo:** Avaliar o impacto da cefaleia sobre a qualidade de vida de mulheres vítimas de escarpelamento. **Material e Métodos:** Estudo descritivo, transversal e quantitativo aprovado pelo Comitê de ética e Pesquisa da Universidade Federal do Amapá. Participaram 37 mulheres vítimas de escarpelamento, total ou parcial, cadastradas na Defensoria Pública da União do Estado do Amapá e que apresentassem cefaleias. Utilizou-se como instrumentos da pesquisa a ficha de identificação sócio demográfica, manual da classificação internacional da cefaleia para diagnóstico do sintoma e o questionário *The World Health Organization Quality of Life* de forma abreviada (WHOQOL-bref) para mensurar a qualidade de vida. Para análise estatística foi utilizado o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) com os testes: Shapiro-Wilk, Mann Whitney e teste de Kruskal-Wallis além da correlação de Spearman. Considerou-se $p < 0.05$ como significância. **Resultados:** A amostra incluiu 37 mulheres de 18-71 anos. Destas, 64.9% apresentam a cefaleia como principal sintoma; 35.1% classificam a dor como pulsátil e 29.7% em toda a cabeça; 56.8% afirmam que surgiu após acidente. Pelo diagnóstico, 37.8% tem a migrânea associada ao trauma 29.7%. Em relação a qualidade de vida os domínios mais afetados foram o do meio ambiente e a percepção geral da saúde. **Conclusão:** A cefaleia é um sintoma prevalente nas vítimas de escarpelamento e se relaciona com a interferência em uma boa qualidade de vida.

Palavras-chave: Escarpelamento. Cefaleia. Qualidade de vida. Trauma.

FEIO, S.C.S. Headache and quality of life assessment in women's scalping victims in Amazonia. **Dissertation.** Post Graduated Program in Health Science. Macapa: Federal University of Amapa. 2017.

ABSTRACT

Background: Scalping is an accident caused by the abrupt avulsion of the scalp on the motor shaft of small vessels, causing physical and psychosocial disorders. The after affects in the victims become permanent and can affect the quality of life and, among them, the headache. Objective: To evaluate the impact of headache on the quality of life of female victims of scalping. Methods: Descriptive, transversal and quantitative study approved by the Ethics and Research Committee of the Federal University of Amapa. Thirty-seven women, totally or partially scalped, were registered in the Public Defender's Office of the State of Amapá and had headache. The socio-demographic identification form, the international classification of headache symptom diagnosis manual and the WHOQOL-bref quality of life questionnaire were used as instruments of the research. For statistical analysis, the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) was used with the tests: Shapiro-Wilk, Mann Whitney and Kruskal-Wallis test in addition to Sperman's correlation. $P < 0.05$ was considered as significance. RESULTS: The sample included 37 women aged 18-71 years. Of these, 64.9% presented headache as the main symptom; 35.1% classified the pain as pulsatile and 29.7% throughout the head; 56.8% say they came after an accident. From the diagnosis, 37.8% had migraine associated with trauma, 29.7%. In relation to quality of life, the most affected domains were the environment and the general perception of health. Conclusion: Headache is a prevalent symptom in the victims of scalping and is related to interference in a good quality of life.

Key-words: Scalping. Headache. Accident. Quality of life.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Escalpelamento por eixo de motor de embarcações	25
Figura 2 - Embarcação ribeirinha com eixo do motor sem proteção	26
Figura 3 - Região que sofreu avulsão em decorrência de tracionamento de todo o cabelo ao mesmo tempo	30
Figura 4 - Classificação das cefaleias segundo o Manual Internacional das Cefaleias	37
Figura 5 – Esquematização da população e amostra do estudo	49
Figura 6 – Etapas da pesquisa	51
Figura 7 – Distribuição quanto a faixa etária (média = 36.7; desvio-padrão = 14.6, n=37)	56
Figura 8 – Distribuição quanto a naturalidade das participantes (n=37)	57
Figura 9 – Distribuição quanto ao benefício social e plano de saúde (n=37)	60
Figura 10 – Distribuição quanto às variáveis do estilo de vida (n=37)	61
Figura 11 – Distribuição quanto as formas de lazer (n=37)	63
Figura 12 – Distribuição quanto à idade de ocorrência do trauma (média = 14.5; desvio-padrão = 9.5; n=37)	64
Figura 13 – Distribuição quanto ao local de ocorrência do trauma (n=37)	65
Figura 14 – Distribuição quanto ao escalpelamento e número de cirurgias após o acidente (n=37)	67
Figura 15 – Distribuição quanto a frequência e duração da dor (n=37)	72
Figura 16 – Distribuição quanto a intensidade da dor (n=37)	73
Figura 17 – Caracterização da média da qualidade de vida (n=37)	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estatística anual dos casos registrados de escarpelamento na Amazônia	27
Tabela 2 – Classificação de Achauer	31
Tabela 3 – Caracterização da amostra quanto ao estado civil, profissão, moradia, renda familiar e escolaridade (n=37)	58
Tabela 4 – Caracterização do tempo de internação, presença de fraturas, complicações cirúrgicas, região afetada e uso de acessórios (n=37)	68
Tabela 5 – Caracterização quanto aos sintomas, tipo e região da dor (n=37)	70
Tabela 6 – Caracterização quanto aos sintomas e tipo de dor (n=37)	74
Tabela 7 – Caracterização quanto ao diagnóstico das cefaleias (n=37)	77
Tabela 8 – Confiabilidade (Alpha de Cronbach) das dimensões Escala da Qualidade de Vida WHOQOL-bref (n=37)	79
Tabela 9 – Medidas descritivas e normalidade das dimensões da qualidade de vida (N=37)	80
Tabela 10 – Associação entre o estilo de vida e qualidade de vida (n=37)	83
Tabela 11 – Associação entre o escarpelamento e fraturas com a qualidade de vida (n=37)	84
Tabela 12 – Correlações da idade do trauma, número de cirurgias, internamentos, frequência da dor, duração da dor e intensidade da dor com a qualidade de vida – coeficiente de correlação de Sperman (n=37)	85
Tabela 13 – Associação entre o escarpelamento e fraturas com a qualidade de vida (n=37)	86

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Projetos de lei. Decretos e Leis ordinárias sobre escarpelamento	34
Quadro 2 - Domínios avaliados através do questionário WHOQOL-bref	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMRVEA	Associação de Mulheres Ribeirinhas e Vítimas de Escalpelamento da Amazônia
CEEA	Comissão Estadual de Erradicação do Escalpelamento
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CPT	Cefaleia pós-traumática
DPU-AP	Defensoria Pública da União do Estado do Amapá
FSCMP	Fundação Santa Casa da Misericórdia do Pará
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICHD	<i>International Classification of Headache Disorder</i>
IHS	<i>International Headache Society</i>
INNEURO	Instituto de Neurologia do Amapá
MGN	Migrânea
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSCIP	Associação Sarapó
PAISM	Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PANAISM	Política de Atenção Nacional e Integral a Saúde da Mulher
QV	Qualidade de vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFAP	Universidade Federal do Amapá
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>
WHOQOL-bref	<i>World Health Organization Quality of Life-bref</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS	23
2.1 PRIMÁRIO.....	23
2.2 SECUNDÁRIOS	23
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	25
3.1 ESCALPELAMENTO	25
3.2 TIPOS DE TRATAMENTO	28
3.3 POLÍTICAS PÚBLICAS E LEGISLAÇÕES SOBRE O ESCALPELAMENTO	33
3.4 CEFALEIA.....	35
3.5 QUALIDADE DE VIDA	37
3.6 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE	39
3.6.1 Instrumento para mensurar a qualidade de vida: WHOQOL-bref.....	40
3.7 CEFALEIA E QUALIDADE DE VIDA.....	41
3.8 CEFALEIA, QUALIDADE DE VIDA E ESCALPELAMENTO.....	43
4 MATERIAL E MÉTODOS	47
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	47
4.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	47
4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO	48
4.3.1 Critérios de Inclusão	49
4.3.2 Critérios de Exclusão	49
4.4 PERÍODO DO ESTUDO	49
4.5 CENÁRIO DO ESTUDO	49
4.7 INSTRUMENTOS DA PESQUISA	52
4.7.1 Formulário de avaliação sócio demográfica.....	52
4.7.2 Manual de Classificação Internacional das Cefaleias	52
4.7.3 Questionário WHOQOL-bref	53
4.8 ANÁLISE DOS DADOS	54
5 ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
5.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS	56
5.2 CLASSIFICAÇÃO DAS CEFALEIAS	76
5.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA.....	79
5.4 COMPARAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA COM AS VARIÁVEIS ESTILO DE VIDA, TRAUMA E CLASSIFICAÇÃO DAS CEFALEIAS	82
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	102

APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO.....	104
APÊNDICE C – TERMOS DE ANUÊNCIAS.....	106
APÊNDICE D – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO MÉDICO	108
APÊNDICE E – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO	109
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA (CEP)	110
ANEXO B - MANUAL DE CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DAS CEFALÉIAS	112
ANEXO C – QUESTIONÁRIO “THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE” (WHOQOL-bref)	113

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Nem tudo são Rosas quando é privada a vaidade. Nem tudo são Rosas quando se perde a liberdade. Nem tudo são Rosas quando lhes são negados os direitos. Nem tudo são Rosas quando só lhes restou os defeitos. Nem tudo são Rosas quando lhes negam um sorriso. Nem tudo são Rosas quando não se tem o que é preciso. Porém a Rosa insiste e com humildade persiste. Acredita na fé e no amor. E nunca desiste. A luta é um compromisso. Suas armas são a honestidade, a solidariedade e a busca por vitórias é seu vício. Um dia haverá paz na terra. O amor sobreviverá à guerra. As rosas são de todas as flores. Um dia nem tudo serão rosas, pode esquecer. Porém as rosas serão tudo o que quiserem ser.
(Autor Desconhecido).

A região Norte do Brasil, mais especificamente a região Amazônica possui particularidades que a distinguem das outras do país (RIBEIRO, 2009). Esta, impressiona pela sua grandiosidade, e pelas riquezas encontradas em recursos naturais e biodiversidade, pois, abrange uma extensa área preservada do território brasileiro, conhecida como o paraíso verde, reflexo de florestas e vários rios e lagos que percorrem a região (COSTA, 2009).

O conceito de escalpelamento está relacionado à avulsão brusca e acidental do escalpo ou couro cabeludo, proporcionado por diversas etiologias, como mordeduras caninas, ressecção de tumores cerebrais, queimaduras elétricas ou acidentes com maquinário industrial (FRANCIOSI et al., 2010). Entretanto, uma das principais causas na região Norte compreende a tração dos cabelos das vítimas com os eixos e partes rotativas dos motores de pequenas embarcações fluviais (CPAOR, 2011) produzindo forte tração do escalpo e conseqüentemente o acidente do escalpelamento (LOPES; CORRÊA, 2013).

O escalpelamento é um trauma que ocasiona grande impacto na vida das vítimas acometidas (CASTRO, 2008). As sequelas decorrentes trazem sofrimentos físicos, emocionais e psicossociais afetando diretamente as questões pessoais, sociais e econômicas (CUNHA et al., 2012), tornando-se um relevante problema de saúde pública trazendo grandes repercussões para a Amazônia (MACEDO et al., 2011).

Segundo uma estimativa realizada pela revista Proteção (2011) existem, no Brasil, o equivalente a 3 mil vítimas de escalpelamento desde o surgimento dos primeiros casos registrados, principalmente, nos estados do Pará, Amazonas e Amapá, onde os acidentes ocorrem com maior frequência, segundo Lobo (2013). A estatística anual realizada pela Marinha do Brasil mais precisamente pela Capitania dos Portos da Amazônia Oriental registrou nos últimos três anos 23 novos casos, sendo, 07 no ano de 2014, 10 em 2015 e 06 no ano de 2016 (CPAOR, 2016). No estado do Amapá, no ano de 2016 foi registrado 2 novos

casos de vítimas de escarpelamento atendidas no município, ambas eram crianças. Os acidentes ocorreram no município de Afuá no Estado do Pará e outra no Laranjal do Jari, estado do Amapá. No Amapá têm-se o quantitativo de 122 vítimas cadastradas até o ano de 2016 entre homens, mulheres e crianças.

Este tipo de trauma teve início por volta da década 70 quando os transportes fluviais de pequenas embarcações passaram a utilizar motores rotativos e ininterruptos, sem proteção do eixo e, substituindo os transportes à vela (MAGNO *et al.*, 2014). Ainda na atualidade, tem-se um número elevado dessas embarcações na região Amazônica considerando o ambiente geográfico de rios navegáveis que cercam as moradias dos nativos da Amazônia, conhecidos como ribeirinhos, que utilizam os transportes fluviais para a realização de suas atividades cotidianas como pescar, trabalhar, levar os filhos à escola e como forma de lazer (VALE, 2007).

O escarpelamento atinge em maior número o sexo feminino, geralmente, de 3-21 anos, visto que, possuem os cabelos longos. O trauma nessa faixa atinge não somente a estética e afeta no crescimento e convívio social, como também o aspecto psicológico e emocional das jovens, que, por muitas vezes ficam conhecidas como “meninas de turbante”, pois, utilizam lenços e chapéus para esconder as sequelas do acidente (BECKMAN; SANTOS, 2004).

Ao se tornar alerta para a população, diversas medidas foram criadas com o intuito de diminuir as elevadas estatísticas. Estabeleceram-se as Leis nº11.970/2009 que torna obrigatório o uso de proteção no motor, eixo e partes móveis das embarcações e a Lei nº 12.199/2010 que instituiu a data de 28 de agosto como o Dia Nacional de Combate e Prevenção ao Escarpelamento (MAGNO *et al.*, 2014). Além dessas, o Governo do Estado do Amapá, em parceria com o Ministério da Saúde, Defensoria Pública da União e a Sociedade Brasileira de Cirurgias Plásticas realizou no ano de 2012 um mutirão humanitário inédito de sessenta cirurgias reconstrutoras (GOVERNO DO AMAPÁ, 2014). Entretanto, mesmo com o avanço de medidas preventivas e de ações por órgãos governamentais e não governamentais, a Capitania dos Portos ainda considera que mais da metade das embarcações fiscalizadas não possuem proteção no eixo do motor.

Do ponto de vista funcional, as vítimas, dependendo da gravidade do trauma, apresentam sequelas permanentes que podem atingir diversas estruturas e não somente o escalpo (NETEMO; NUNES; AYN, 2013) como as orelhas, coluna cervical, pálpebras, escápula e musculaturas superficiais e profundas do crânio e face (VALE, 2007). Segundo Mota (2000) um dos autores pioneiros na área, “as vítimas apresentam sintomatologia algica frequente, principalmente, nos músculos trapézios e supraespinhosos e cefaleias tensionais

intensas pós-traumáticas, o que dificulta o processo de recuperação e interfere diretamente na qualidade de vida”.

O tratamento em geral costuma ser duradouro e, na grande maioria das vezes, cirúrgico, com o uso de expansores, enxertos de pele, retalhos locais e livros e técnicas de perfuração da tábua cortical externa. Uma boa recuperação dependerá da intervenção de uma equipe multiprofissional especializada no tratamento das vítimas, o que é de extrema importância para garantir uma boa assistência no processo, colaborando para amenização das sequelas geradas pelo acidente e prevenindo outras deformidades que venham a surgir (BECKMAN; SANTOS, 2004). Porém, tal fato ainda não é uma realidade atual no Amapá. Percebe-se a ausência de profissionais na assistência das vítimas no período após recuperação ou em acompanhamentos (AMRVEA, 2011).

A cefaleia é um sintoma neurológico mais prevalentes na população geral (SPECIALI, 1997). Esta é uma desordem prevalente na sociedade moderna em que 90% dos indivíduos apresentam pelo menos um episódio por ano (FORTES; VICENT; LANZETTA, 2010) com consequente interferência nas atividades cotidianas e no bem-estar psicossocial (ICHD, 2006).

Segundo Feio et al., (2016) e Mota (2000) a presença de cefaleias constantes podem ser sequelas do traumatismo gerado pelo escalpelamento. São muitas as classificações das cefaleias e é considerável saber diferenciá-las. Segundo a Classificação Internacional de Cefaleias (ICHD, 2006) cada diagnóstico é de acordo com os sintomas e características apresentados no último ano e cada tipo relatado deve ser separadamente codificado e analisado. Esta classificação subdivide as cefaleias em três grupos, sendo elas: cefaleias primárias, cefaleias secundárias e neuralgias cranianas/dor facial e outras cefaleias. Dessa forma, é importante estudar a correlação desse sintoma como consequência do trauma relatado.

No que se refere a uma perspectiva mais global, a qualidade de vida (QV) traz uma preocupação para a investigação do bem-estar do ser humano em todas as áreas que o envolvem. A definição da QV analisa vários níveis em diferentes dimensões como, por exemplo: estado físico, capacidade funcional, psicológica, bem-estar, convívio social, fatores econômicos e espirituais (FAVACHO, p.21, 2014). E o termo qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS) é usado para referir a qualidade de vida os aspectos que envolvam determinado tratamento e doença (FERREIRA; SANTOS, 2009).

A QV é uma noção eminentemente humana que se aproxima do grau de satisfação em diferentes áreas como na vida amorosa, familiar, social, ambiental e a própria imagem (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Esta é um dos pontos mais imprescindíveis para o

cidadão, pois, uma boa QV é sinônimo de bem-estar geral e, particularmente, para essas mulheres, escarpeladas, a QV precisa ser avaliada e, se possível, melhorada, pois, as sequelas são irreversíveis, todavia, cabe a nós, profissionais da saúde, orientar e ajudar no tratamento ou acompanhamento para auxiliar na melhoria, se necessário.

Diversos instrumentos foram criados para avaliar a Qualidade de vida de forma geral ou específica dependendo dos objetivos e realidades sociais (COSTA et al., 2010). É de fundamental importância a escolha dos instrumentos adequados para a avaliação da QV, respeitando as particularidades de cada população (CANAVARRO et al., 2011). Desde modo, o presente estudo utilizou o instrumento *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL), de forma abreviada conhecido como WHOQOL-bref, o qual é um questionário validado na literatura global e traduzido a língua portuguesa que mensura a QV baseado em três aspectos fundamentais: multidimensionalidade, subjetividade e a presença de dimensões positivas e negativas. Este aborda 26 itens divididos em quatro aspectos: físico (sete itens), psicológico (oito itens), relações sociais (três itens) e o de meio ambiente (oito itens) além de mais duas questões relacionadas a percepção geral da saúde (FLECK et al., 2000).

O acidente, então, pode ocasionar cefaleia como sintoma decorrente e modificações negativas na QV. Contudo, não se sabe até que ponto a cefaleia pode interferir e impactar a qualidade de vida relacionada a saúde das vítimas de escarpelamento e, quais são os principais domínios afetados. Considerando a carência de uma equipe profissional que assista ainda nos períodos pós recuperação do trauma, surge a seguinte questão: Até que ponto as cefaleias podem afetar a qualidade de vida em mulheres vítimas de escarpelamento?

No que se concerne aos traumas físicos, psicológicos, emocionais e socioeconômicos ocasionados nas vítimas afetadas pelo escarpelamento, este passou a ser considerado um problema de saúde pública. Apesar de trazerem sequelas graves e permanentes, como as cefaleias intensas após o trauma, que afetam diretamente a qualidade de vida de forma global, vê-se a carência em políticas públicas que realizem a assistência profissional.

O presente trabalho visa avaliar as mulheres vítimas de escarpelamento gerando novas propostas de estudos para melhor assistir essa população, bem como, instruir e proporcionar um bom acompanhamento das vítimas de escarpelamento e devolver informações para a sociedade e para as participantes do estudo.

Mediante este contexto, o tema justifica-se pelo escarpelamento ser um problema que envolve toda uma sociedade e que mantém relevância para a saúde pública, de caráter social, principalmente na região Amazônica (CHIARATTI, 2012), visto que, as vítimas carregarão

consigo sequelas permanentes (CUNHA *et al.*, 2012). Contudo, ainda se percebe a carência de estudos científicos nesta área assim como a assistência e tratamento (MAGNO, 2014).

Este drama Amazônico, muitas vezes, é divulgado nas mídias regionais, porém passa despercebido pelo restante do país. Enquanto não se consegue abolir completamente o escalpamento, é necessário ações e estudos sistemáticos na assistência destas mulheres tendo como finalidade diminuir o sofrimento e as sequelas, como as cefaleias intensas pós-traumáticas e a qualidade de vida.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 PRIMÁRIO

Avaliar a cefaleia e qualidade de vida em mulheres vítimas de escalpelamento.

2.2 SECUNDÁRIOS

- Identificar os critérios sócio demográficos, estilo de vida e características pertinentes a temática da população estudada;
- Classificar o tipo da cefaleia das mulheres vítimas de escalpelamento;
- Avaliar a qualidade de vida das participantes do estudo através do questionário WHOQOL-bref;
- Analisar os diferentes domínios do WHOQOL-bref que influenciam a qualidade de vida das mulheres vítimas de escalpelamento em relação as variáveis estilo de vida, trauma e classificação das cefaleias.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Quem assume sua verdade age de acordo com os valores da vida, mesmo enfrentando o preconceito e pagando o preço de ser diferente, passa credibilidade, obtém respeito e se realiza.

Luiz Gasparetto

3.1 ESCALPELAMENTO

O fundamento teórico deste estudo inicia expondo o acidente do escalpelamento, suas causas, consequências, estatísticas bem como a população mais afetada e os fatores ambientais e geográficos envolvidos.

Segundo Franciosi *et al.*, (2010) o escalpelamento conceitua-se pela avulsão brusca e acidental do couro cabeludo, ocasionado por diferentes etiologias, como mordeduras caninas, ressecção de tumores cerebrais, queimaduras elétricas ou acidentes com maquinário industrial. Contudo, a principal causa na região Amazônica envolve o acidente em pequenas embarcações fluviais (CPAOR, 2011).

Quando as vítimas, na grande maioria, mulheres e crianças, se aproximam do eixo dos motores dos barcos, sem qualquer proteção (Figura 1), a força de tração promovida pelo eixo pode tracionar os cabelos das vítimas bruscamente ocasionando o escalpelamento que, muitas vezes, não atinge somente o couro cabeludo podendo até mesmo levar ao óbito (CASTRO, 2008).



Figura 1: Escalpelamento por eixo de motor de embarcações
Fonte: Moraes *et al.*, 2015.

O surgimento desse tipo de trauma passou a ser relatado a partir da década de 70 quando os transportes fluviais de pequenas embarcações passaram a utilizar motores rotativos

e ininterruptos sem proteção do eixo, com o intuito de substituir os transportes antigos chamados de “barcos à vela” (MAGNO *et al.*, 2014).

O Brasil possui uma extensa rede fluvial com cerca de 50.000 km e apenas na Amazônia essa concentração é de 25.000 km, o que muitos autores consideram como a maior bacia hidrográfica do mundo (MARTINS; SILVA, 2013). Ainda na atualidade, tem-se um número elevado dessas embarcações, pequenos barcos, considerando a geografia de rios navegáveis que cercam as moradias dos nativos da Amazônia, conhecidos como ribeirinhos, que utilizam os barcos como principal meio de transporte (BECKMAN; SANTOS, 2004) para a realização de suas atividades cotidianas como pescar, trabalhar, levar as crianças à escola, entre outras funcionalidades (VALE, 2007).

A maioria desses transportes fluviais é construída pelos próprios ribeirinhos de forma artesanal, com o motor exposto e centralizado no barco para que se mantenha o equilíbrio durante a navegação. O eixo giratório fica desprotegido e, com a falta de segurança e/ou a inocência em informações os cabelos das vítimas desatentas podem ocasionar o acidente (BECKMAN; SANTOS, 2004). No cenário geográfico amazônico, portanto, o escarpelamento torna-se incidente e preocupante tornando-se uma problemática com repercussões diretas na saúde pública (CUNHA, 2012) (Figura 2).



Figura 2: Embarcação ribeirinha com eixo do motor sem proteção
Fonte: Castro, 2008.

Dados publicados na Revista Proteção (2011) estimaram que existam no Brasil o equivalente a 3 mil vítimas de escarpelamento. As regiões mais incidentes encontram-se nos Estados do Amazonas, Pará e Amapá (LOBO, 2013). Segundo a estatística anual dos casos registrados pela Marinha do Brasil desde 1979 até o ano de 2016 foram registrados 279

casos tendo um crescimento a partir dos anos 2000. Nos últimos três anos 23 novos casos surgiram (CPAOR, 2016) (Tabela 1). Já segundo a Defensoria Pública da União do Estado do Amapá têm-se cadastradas 122 vítimas entre homens, mulheres e crianças no Estado. Só no ano de 2016, 2 crianças sofreram o trauma no Amapá. Tal fato ainda nos dias atuais chama a atenção para a conscientização da população e dos profissionais da saúde.

Quando o acontecimento se tornou alerta para a população, diversas medidas foram adotadas com o objetivo de diminuir as elevadas estatísticas. Estabeleceram-se as Leis nº11.970/2009 que torna obrigatório o uso de proteção no motor, eixo e partes móveis das embarcações e a Lei nº 12.199/2010 que instituiu a data de 28 de agosto como o Dia Nacional de Combate e Prevenção ao Escalpelamento (MAGNO *et al.*, 2014). Além dessas, o Governo do Estado do Amapá, em parceria com o Ministério da Saúde, Defensoria Pública da União e a Sociedade Brasileira de Cirurgias Plásticas realizou no ano de 2012 um mutirão humanitário inédito de sessenta cirurgias reconstrutoras (GOVERNO DO AMAPÁ, 2014). Entretanto, mesmo com o avanço de medidas preventivas e de ações por órgãos governamentais e não governamentais, a Capitania dos Portos ainda considera que mais da metade das embarcações fiscalizadas não possuem proteção no eixo do motor (AMRVEA, 2011).

Tabela 1: Estatística anual dos casos registrados de escalpelamento na Amazônia

Ano	Nº de vítimas	Ano	Nº de vítimas	Ano	Nº de vítimas	Ano	Nº de vítimas
1979	3	1993	2	2001	19	2009	20
1981	1	1994	2	2002	38	2010	8
1982	2	1995	2	2003	36	2011	9
1983	1	1996	3	2004	17	2012	10
1984	2	1997	3	2005	5	2013	8
1989	3	1998	5	2006	11	2014	7
1991	2	1999	6	2007	8	2015	10
1992	2	2000	23	2008	8	2016	6

Fonte: CPAOR, 2016.

O escalpelamento pode ser classificado como parcial ou total. O parcial atinge somente os tecidos moles com ou sem exposição óssea do crânio, preservando o couro cabeludo. Em contrapartida, no escalpe total não há preservação do couro cabeludo e diversas estruturas são envolvidas, ocasionando debilidades funcionais de diferentes proporções (FERREIRA, 1980). Dependendo da gravidade do trauma, a vítima pode ir a óbito ou atingir

outras estruturas como o pavilhão auricular, coluna cervical, pálpebras, sobrancelhas, cintura escapular e musculaturas superficiais e profundas do crânio e da face (VALE, 2007).

Segundo Beckaman e Santos (p.23, 2004) o tratamento clínico deve seguir os seguintes objetivos:

Após o acidente deve-se realizar a hemostasia por compressão, ou seja, conter o sangramento. Posteriormente, a vítima deve ser encaminhada ao serviço de urgência e emergência. No hospital, a conduta inicial para o tratamento do escalpelamento deve ser sob condições assépticas, investigando-se principalmente se há fraturas ou afundamento da caixa craniana ou perdas de massa encefálica.

Em geral, o trauma ocasiona comprometimento hemodinâmico e dores intensas, além dessas, o quadro pode acarretar em sinais e sintomas secundários como mialgias em regiões adjacentes ao trauma, hematomas e edemas faciais, restrição e/ou limitação aos movimentos da face, coluna cervical e cintura escapular e cefaleias constantes (BRITO *et.al.*, 2004).

3.2 TIPOS DE TRATAMENTO

O tratamento das vítimas escalpeladas não segue uma regra geral, porém, alguns autores realizaram estudos que exemplificam as principais técnicas cirúrgicas utilizadas em cada caso bem como o tratamento inicial ainda no período hospitalar.

As diferentes técnicas para a cobertura do couro cabeludo devem ser analisadas de forma individual e, deve-se adotar as reconstruções mais simples para as mais complexas levando em consideração a morbidade, recursos disponíveis e resultados estéticos aceitos (MARCONDES; PESSOA; PESSOA, 2016, p. 230).

Segundo Magno (2000) o processo de tratamento é longo e, a grande maioria, cirúrgico, com colocação de expansores, enxertos, retalhos livres e técnicas de perfuração da tábua cortical externa e se diferencia do parcial para o total. No tratamento do parcial é possível utilizar retalhos de tecidos saudáveis e suficientes em regiões próximas à lesão, devido à pouca elasticidade do couro cabeludo, somente quando a lesão é em menor área pode-se utilizar pela aproximação das bordas do próprio couro cabeludo. Ao contrário, no total, as vítimas devem ser tratadas como em qualquer trauma grave, com controle das condições gerais, antibiótico terapia e transfusões de sangue (FERREIRA, p.72, 1980).

No que diz respeito ao tratamento com uso de medicamentos para as vítimas de escalpelamento, é preconizado a antibióticoterapia de início imediato, juntamente com a

aplicação de analgésicos e prevenção contra tétano, sendo que a administração de antibióticos e analgésicos deve ser iniciada logo após a internação (CUNHA *et al.*, 2012).

A grande maioria das vítimas são submetidas a procedimentos cirúrgicos. Os mais usados para correção de defeitos no escalpo são: a perfuração da tábua externa, enxertos de pele, retalhos locais de couro cabeludo, sendo que o melhor método para reconstrução deve ser considerado com base na etiologia, localização e período de tratamento. Para uma melhor obtenção do resultado no tratamento, podem ser utilizados expansores teciduais, que fornece pele local para melhor cobertura da área de alopecia (FRANCIOSI *et al.*, 2010, p. 1).

Segundo o mesmo autor os retalhos locais podem cobrir facilmente pequenas áreas atingidas no couro cabeludo. Já para a reconstrução de grandes lesões os retalhos livres musculares são mais indicados e eficazes para o tratamento. O uso de expansores cutâneos demonstram resultados satisfatórios para a estética do escalpo.

As lesões extensas no escalpo representam um grande desafio para os cirurgiões plásticos por se tratar de uma região com mobilidade reduzida o que dificulta o processo de fechamento na área (MARCONDES; PESSOA; PESSOA, 2016, p. 230).

A atuação de uma equipe multiprofissional especializada no tratamento das vítimas de escarpelamento é de suma importância para garantir a melhor assistência e recuperação, contribuindo para minimizar as sequelas provocadas pelo acidente e prevenir outras deformidades que possam surgir (BECKMAN; SANTOS, 2004). Além disso, as sequelas permanentes geram algias frequentes o que dificulta o processo de recuperação e gera transtornos que afetam, principalmente, a qualidade de vida (MOTA, 2000).

Anatomicamente, as linhas da junção do couro cabeludo com a pele da face e pescoço, onde a pele é mais fina e mais firmemente aderida, são as linhas presentes no couro cabeludo que mais comumente possibilitam seu tracionamento. Conforme Cunha *et al.*, 2012, se houver tracionamento do cabelo inicialmente na região occipital, a pele se rompe primeiro na frente. Caso seja tracionado primeiro na frente, ocorre o inverso. Se todo o cabelo for tracionado ao mesmo tempo, a pele se rompe inicialmente nas sobrancelhas e, a seguir, na linha do zigoma, acima e em torno das orelhas ou através delas, terminando na nuca (Figura 3). Exposição da calota craniana, necrose isquêmica, osteíte e sequestro ósseo são comprometimentos que estão passíveis de ocorrer em decorrência do escarpelamento.

Para facilitar a determinação do prognóstico e o plano de tratamento em traumas que envolvem a perda do escalpo, Achauer, (2001), produziu um sistema que conseguiu combinar as duas vertentes em um modelo que é utilizado para categorizar os diferentes tipos de danos.

Esse modelo se distingue em quatro graus de lesões, sendo a primeira denominada Lesões *minor* que consiste em lesões que envolvem até 15% da área total do couro cabeludo. Estas lesões são de baixo risco para o paciente e o tratamento consiste em desbridamento precoce e adequado, com aplicação posterior de auto enxertos cutâneos. Na segunda fase, procede-se à excisão seriada destes enxertos e cobertura da área em questão através da mobilização de retalhos locais. Em casos mais simples, a sutura direta pode ser viável de maneira a diminuir a exposição do doente a riscos acrescidos de intervenções mais invasivas.

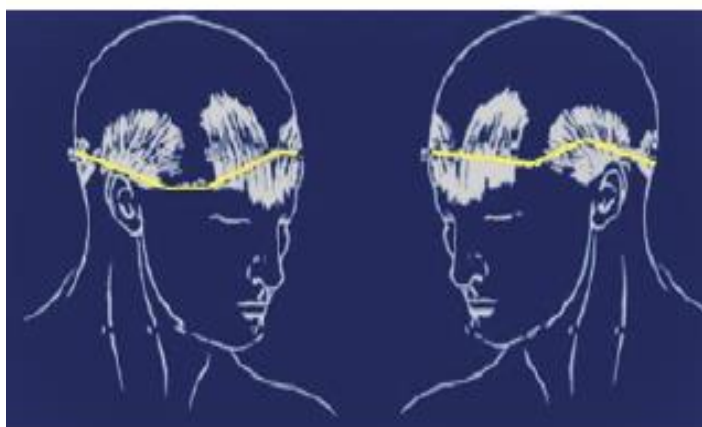


Figura 3: Região que sofreu avulsão em decorrência de tracionamento de todo o cabelo ao mesmo tempo.
Fonte: Cunha, 2012.

A segunda classificação é denominada lesões moderadas consistindo em lesões que atingem entre 15-40% da totalidade do couro cabeludo. São lesões mais extensas e por essa razão não podem ser reconstruídas com a técnica descrita para as lesões de *minor* (ACHAUER, 2001). Geralmente as lesões moderadas necessitam a utilização de expansores tecidulares, embora que em uma fase aguda inicial deva-se optar pela cobertura imediata com enxertos cutâneos, evitando complicações relacionadas à infecção, perda de pele, exposição e extrusão dos expansores. Posteriormente a ferida cirúrgica ter sido coberta com enxertos e atingida a estabilidade da lesão, seguirá a colocação dos expansores em um segundo tempo cirúrgico (BAZZI *et al.*, 2010).

Lesões extensas parciais (sem envolvimento cerebral), descrita como a terceira classificação, são lesões muito extensas e profundas que atingem a calota craniana, invalidando a possibilidade de tratamento com expansores tecidulares. Indica-se a cobertura precoce do couro cabeludo para estabilização da ferida, e a utilização de enxertos cutâneos, retalhos pediculados múltiplos ou transferência microcirúrgica (retalhos livres) como opções reconstrutivas (SOUZA, 2012) (CARVALHO, 2015).

A quarta classificação são as Lesões extensas totais, em que há o envolvimento de toda a espessura da calvária podendo atingir as estruturas por ela protegidas. Estas lesões exigem cobertura imediata e urgente com retalhos microcirúrgicos de modo a reduzir a morbimortalidade associada (ACHAUER, 2001).

Tabela 2: Classificação de Achauer

	% de couro cabeludo	Tratamento	Observações
Lesões <i>Minor</i>	<15	desbridamento + enxerto	baixo risco
Lesões moderadas	15-40	enxerto + expansor	risco moderado
Lesões extensas parciais	>40	enxerto + retalho	alto risco
Lesões extensas totais	>40	retalho microcirúrgico	alto risco

Fonte: Achauer, 2001.

Conforme Frischknecht, (2015), retalhos múltiplos, diferentemente dos retalhos microcirúrgicos, baseiam-se na combinação de dois ou mais retalhos de modo a cobrir áreas de maior dimensão. Variando de acordo com a localização e tamanho da lesão, os tecidos das áreas doadoras são elevados em retalhos de grandes dimensões, e sempre com base nos principais vasos do couro cabeludo. O conhecimento dessa particularidade anatômica pode prevenir a lesão do pedículo na zona mais vulnerável durante a dissecação da base do retalho. A execução desse procedimento com extrema cautela pode evitar a secção de vasos e posteriores complicações isquêmicas ou hemorrágicas (BAZZI *et al.*, 2010).

Os enxertos cutâneos são secções de pele transferidas de uma área do corpo para outra (CARVALHO, 2015). De acordo com Frischknecht, (2015), a enxertia ou transplantação capilar consiste na transposição de folículos de áreas de grande densidade pilosa para áreas lesadas com o intuito de repor a normal aparência do couro cabeludo. Carvalho, (2015), em seu estudo, divide os enxertos de pele em dois grandes grupos: enxertos de pele parcial e enxertos de pele total. A autora acrescenta a existência de dois tipos de enxertos baseados em sua constituição histológica, compreendendo o enxerto simples, sendo esse constituído apenas por um tipo de tecido, e o enxerto composto, que inclui pele e outro tipo de tecido. Os enxertos também podem ser classificados, de acordo com a sua origem, como auto enxertos, que são colhidos no mesmo indivíduo, e alo enxertos, que são colhidos de outro indivíduo.

Por outro lado, a escassez de tecidos para reconstrução de grandes defeitos propiciou o surgimento da expansão tecidual que, nos últimos 30 anos, se tornou uma das modalidades mais utilizadas na cirurgia reparadora. A expansão é uma técnica muito versátil, que pode ser realizada em todas as idades (FREITAS *et al.*, 2011). Consistindo em um método muito confiável para se obter tecido cutâneo adicional aumentando a área de superfície e vascularização tecidual, possibilitando a cobertura de diversas feridas complexas (FRANCIOSI *et al.*, 2010).

Dentre suas vantagens, a principal consiste em sua capacidade de reconstruir zonas lesadas com tecidos de características semelhantes à do tecido em falta, tanto em termos de espessura, como de cor e textura, sensibilidade e orientação capilar (FRISCHKNECHT, 2015). Para isso, o paciente que receberá o tratamento com a utilização de expansor deve ter estabilidade psicológica, uma vez que os expansores provocam deformidades temporárias a nível estético e, podendo este fato ser relevante ao doente, ele precisa ser alertado desse fato. Além de ser informado que aceitando o tratamento com expansores, ele irá submeter-se em média a duas cirurgias e múltiplas sessões de expansão numa base regular, em geral semanalmente.

De acordo com diversos estudos, existem variadas formas e tamanhos de expansores tecidulares, utilizados em conformidade como a lesão e as suas características. Em alguns casos, estudos relatam que a utilização de mais de um expansor simultaneamente pode ter efeito benéfico na obtenção de uma maior área de cobertura em lesões de grandes dimensões, ressaltando que as complicações resultantes da cirurgia nada estão relacionadas com o número de expansores utilizados na técnica. De acordo com Franciosi *et al.*, (2010), a utilização de expansores teciduais no couro cabeludo favoreceu o tratamento de lesões que até então apresentavam resultados pouco satisfatórios.

O recurso de retalhos microcirúrgicos, ou seja, com necessidade de micro anastomose entre vasos receptores na zona de perda de substância e os vasos do retalho totalmente destacado da zona doadora distante, por isso também denominado de retalhos livres, é preconizado em cirurgias primárias de defeitos que, pela sua dimensão, pela exposição óssea ou por outros fatores, dificilmente poderiam ser corrigidas pelas técnicas descritas acima (COUTINHO, 2012). De acordo com pesquisas realizadas por Frischknecht, (2015), os retalhos microcirúrgicos constituem a solução de primeira linha em defeitos muito extensos do couro cabeludo em que não haja disponibilidade de tecidos locais para a sua reconstrução. São ainda uma alternativa possível frente a insucessos na utilização dos métodos clássicos de enxertos cutâneos e retalhos locais.

Franciosi *et al.*, (2010), discorre sobre a existência de numerosos sítios doadores para retalhos livre como o para-escapular, grande dorsal isolado ou em combinação com o serrátil anterior como sendo um retalho utilizado atualmente para reconstruções cervicofaciais em razão de sua pouca espessura, reto do abdômen, entre outros. Por muitas vezes os retalhos dos músculos reto do abdômen e grande dorsal são preferencialmente utilizados em reconstruções por apresentar inúmeras vantagens como o fornecimento de grande quantidade de tecido, apresentar um pedículo longo e de bom calibre, deixar pouca morbidade da área doadora e ainda possuir uma grande versatilidade, podendo ser utilizado em uma série de situações (MARCONDES *et al.*, 2016).

Atualmente a ciência avançou em técnicas e estratégias de recuperação do escalpo. Destaca-se a existência de várias técnicas para cobertura da calota craniana, em razão disso, é de suma importância sempre adotar o princípio de reconstruções mais simples para as mais complexas. Por fim ratifica-se que cada passo deve ser avaliado individualmente, e a melhor proposta para reconstrução deve ser decidida levando em consideração as morbidades, recursos disponíveis e resultados estéticos aceitos (MARCONDES *et al.*, 2016).

3.3 POLÍTICAS PÚBLICAS E LEGISLAÇÕES SOBRE O ESCALPELAMENTO

Com o crescimento de casos registrados de vítimas de escalpelamento nos últimos anos, principalmente, na região Norte do Brasil, algumas políticas públicas, legislações e projetos de outros órgãos públicos ou privados surgiram com objetivos específicos para esta população onde serão apresentados neste capítulo.

São realizadas ações preventivas pela Marinha do Brasil anualmente através de palestras e fornecimento de material para cobertura dos eixos dos motores e a inspeção naval. Desde o ano de 2009 até 2016 as ações já envolveram 3.719 pessoas, principalmente, a população de alto risco para a ocorrência dos acidentes.

O conhecimento dos fatores que influenciam a QV torna-se fundamental para a elaboração de políticas públicas que atuem exatamente na deficiência encontrada em uma área específica e assim, melhore as condições de vida da população (GORDIA *et al.*, 2011).

As Leis nº11.970/2009 que torna obrigatório o uso de proteção no motor, eixo e partes móveis das embarcações e a Lei nº 12.199/2010 que instituiu a data de 28 de agosto como o Dia Nacional de Combate e Prevenção ao Escalpelamento são as que tem maior funcionalidade (MAGNO *et al.*, 2014).

Com o intuito de amparar as vítimas, foi realizado pelo Governo do Estado do Amapá, em parceria com o Ministério da Saúde, Defensoria Pública da União e a Sociedade Brasileira de Cirurgias Plásticas um mutirão humanitário de setenta cirurgias plásticas reconstrutoras no ano de 2012 (GOVERNO DO AMAPÁ, 2014).

Ressalta-se que embora exista uma legislação referente à segurança da navegação e prevenção de acidentes, assim como para as vítimas de escalpelamento ainda comuns os acidentes e é um grande desafio estabelecer recomendações que possam contribuir quanto à redução dos mesmos. A Capitania dos Portos ainda considera que mais da metade das embarcações fiscalizadas não possuem proteção no eixo do motor (AMRVEA, 2011). Apesar das legislações e políticas criadas para combater o escalpelamento as regiões com maior dificuldade de acesso por serem as mais distantes e único meio de transporte o barco, ainda podem ser desinformadas e instruídas sobre o acidente.

Quadro 1: Projetos de lei, Decretos e Leis ordinárias sobre escalpelamento.

07/12/1993	Lei Ordinária Nº 8.742	Dispõe sobre a organização da Assistência Social, determinado o Benefício prestação continuada (BPC).
11/12/1997	Lei Ordinária Nº 9.537	Compete ao comandante da embarcação cumprir e fazer cumprir a bordo, os procedimentos estabelecidos para a salvaguarda da vida humana, comunicando á autoridade marítima acidentes e fatos da navegação ocorridos com sua embarcação e cabendo á autoridade marítima promover a implementação e execução da lei.
06/07/2007	Projeto de Lei Nº 1.531/2007	Institui o uso obrigatório de proteção no motor e eixo das embarcações em todo território nacional, visando á prevenção de acidentes nas embarcações de populações ribeirinhas e banhistas de praias.
28/08/2007	Projeto de Lei Nº 1.883/2007	Propõe a instituição de dia 28 de agosto como o “Dia Nacional de Combate e Prevenção ao Escalpelamento”.
28/08/2007	Projeto de Lei Nº 1.879/2007	Dispõe sobre a seguridade social, cirurgias reparadoras e direitos trabalhistas ás vitimas de escalpelamento nos acidentes com eixo dos motores de embarcações em todo território nacional.
27/09/2007	Decreto de Lei Nº 6.214/2007	Regulamenta o BPC á pessoa com deficiência e ao idoso, lhes fornecendo o BPC integral a proteção social básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social. (SUAS)
28/02/2008	Projeto de Lei Nº 2.911/2008	Propõe a alteração do artigo 20 da Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993, a fim de adicionar o direito ao benefício de Prestação continuada às vítimas de escalpelamento.
06/07/2009	Lei Ordinária Nº 11.970/2009	Altera a Lei nº 9.537, de 11 de dezembro de 1977, tornando obrigatório o uso de proteção no motor das embarcações que possam promover riscos a integridade física dos passageiros e da tripulação.
14/01/2010	Lei Ordinária Nº 12.119	Aprovação do Projeto de Lei nº 1.883/2007 instituindo anualmente o dia 28 de agosto como o Dia nacional de Combate e prevenção ao Escalpelamento.

Fonte: Guimarães e Bicharra, 2013.

Os casos passaram a trazer alerta para a sociedade quando a incidência aumentou nas últimas décadas. Contudo muitos casos antigos não possuem registro de hospital e unidades básicas de saúde, sem contar com os que não são registrados pelo fato de que a vítima muitas às vezes acaba indo a óbito antes mesmo de conseguir ajuda médica ou ainda por não terem condições financeiras de chegar nas capitais e fazem o próprio tratamento juntamente com seus familiares (GUIMARÃES, 2010).

Diante disso no Estado no Amapá as vítimas de escarpelamento uniram-se e fundaram a associação de Mulheres Vítimas de Escarpelamento no Amapá. (AMRVEA). Devido ao forte crescimento quanto ao número de caso de vítimas, foram criados projetos de leis e as leis que amparam a mulher vítima de escarpelamento. No Estado do para também foi criada uma associação para amparo as vítimas, denominada Associação Sarapó (OSCIP).

Logo ocorreu uma organização de forma preventiva por meio da Comissão Estadual de Erradicação dos Acidentes de Escarpelamento (CEEAE), assim foram inseridos aproximadamente 14 comitês municipais de erradicação no Estado do Pará (BRASIL, 2010).

Dentre as diversas ações governamentais, foram desenvolvidas leis que amparam as vítimas e seus familiares, como a Lei 9.537/1997 e a 11.970/2009 que fala sobre o uso de transportes fluviais. E o Projeto de Lei 1.879/2007, que propõe assistência às vítimas e as leis 8.742/1993, 6.214/2007 e 2.911/2008 que abordam as vítimas de forma assistencial. Mediante as leis foi sancionada a Lei nº 12.199/2010, que define o dia nacional de combate e prevenção do escarpelamento.

3.4 CEFACLEIA

Neste capítulo abordaremos o sintoma da cefaleia bem como seus conceitos, surgimentos e atual prevalência na sociedade. Ressaltamos que este será um dos principais itens avaliados neste estudo.

O Comitê de Taxonomia da Associação Internacional de Estudo da Dor define a dor como uma sensação, sensorial ou emocional, que gere desconforto ou experiência desagradável. Essa experiência é associada ou descrita em termos de lesões teciduais. Deste modo, cefaleia é definida como todo processo doloroso que ocorre no segmento e/ou tecido encefálico. O termo vem do grego κεφαλή (quefalé), que significa cabeça. Portanto, todo indivíduo acometido por cefaleia tende a apresentar uma sintomatologia mais intensa, devido, aos aspectos clínicos serem mais evidentes em pacientes que sofrem de crises agudas de cefaleias (RABELLO, 1997).

Desde a antiguidade, a cefaleia já gerava preocupação ao homem que, de diversas maneiras, tentava investigar formas de tratá-la ou amenizá-la. Relatos por textos assírios e babilônicos trouxeram sua relevância média quando Hipócrates descreveu o primeiro caso de enxaqueca (EVANGELISTA, 2007).

Em cerca de 7000 anos a.C a cefaleia ou dor de cabeça era vista como a manifestação física de espíritos malignos perturbadores, o povo acreditava que os indivíduos acometidos eram amaldiçoados e precisavam serem libertos. A única forma que os antepassados tratavam era através da trepanação, também conhecida como a cirurgia de perfuração do crânio. Para eles, a cirurgia iria libertar os espíritos (PICCOLO, 2005). Já no Egito em 1200 a.C registros em papiros indicavam tratamento da cefaleia através da compressão externa da cabeça por filhotes de crocodilos. Hipócrates, ainda, em 400 anos a.C associou os sintomas visuais antes das crises agudas de cefaleias, aliviados por alguns tipos de alimentos, atividades físicas, intelectuais e vômitos (LIMA, 2013).

A cefaleia é um tipo de dor localizada na superfície da cabeça, proveniente das estruturas encefálicas profundas. A etiologia pode ser desde fatores internos, através de estímulos intracranianos, como estímulos externos ou extracranianos (GUYTON, 1993).

Sendo a cefaleia um sintoma comum na população mundial, Rassmusse et.al., (1995) estima que há prevalência de cefaleia em 93% dos homens e 99% das mulheres ao longo da vida, o que torna raro um indivíduo nunca ter apresentado algum sinal de alerta comprometendo o bem-estar geral. Há também informação na literatura de que o sintoma pode ocorrer em indivíduos de todos os sexos e faixas etárias, porém, é mais incidente no sexo feminino (LIMA, 2013).

Segundo a Classificação Internacional de Cefaleias cada diagnóstico é realizado de acordo com os sintomas e características apresentados no último ano precedente e para cada tipo de cefaleia relatado deve ser separadamente codificado e analisado. Esta classificação subdivide as cefaleias em três grupos, compreendendo: cefaleias primárias, cefaleias secundárias e neuralgias cranianas/dor facial e outras cefaleias (Figura 4).

As cefaleias primárias ocorrem independente de uma etiologia específica, sem que haja uma outra condição médica. A causa da dor é indefinida. São vários os processos que podem afetar os vasos sanguíneos e nervos internamente e externamente que envia os sinais dolorosos ao Sistema Nervoso onde os neurotransmissores são envolvidos na modulação da dor de cabeça como mudanças nas células nervosas (NIH, 2017). As mais conhecidas são a cefaleia tensional, MGN e em salvas (HARVEY, 2012).

PRIMÁRIAS
Migrânea
Cefaleia do tipo tensional
Cefaleia em salvas e outras cefaleias trigemio-autonomicas
Outras cefaleias primárias
SECUNDÁRIAS
Cefaleia atribuída a trauma cefálico e/ou cervical
Cefaleia atribuída a doença vascular craniana ou cervical
Cefaleia atribuída a transtorno intracraniano não-vascular
Cefaleia atribuída a uma substância ou a sua retirada
Cefaleia atribuída a infecção
Cefaleia atribuída a transtorno da homeostase
Cefaleia ou dor facial atribuída a transtorno do crânio, pescoço, olhos, ouvidos, nariz, seios da face, dentes, boca ou outras estruturas faciais ou cranianas
Cefaleia atribuída a transtorno psiquiátrico
NEUROLOGIAS CRANIANAS, DOR FACIAL PRIMÁRIA OU CENTRAL E OUTRAS CEFALIAS
Neuralgias cranianas e causas centrais de dor facial
Outras cefaleias, neuralgias cranianas e dor facial primária ou central

Figura 4: Classificação das cefaleias segundo o Manual Internacional das Cefaleias
Fonte: LIMA, 2013.

Por outro lado, as cefaleias secundárias são causadas por uma condição patológica que leva ao sintoma da dor. Mais de 300 condições podem causar as dores de cabeça. Mudanças na personalidade e alterações mentais, vômitos, convulsões e outros sintomas podem surgir antecipando a cefaleia. As cefaleias tensionais são as mais comuns nessa classificação segundo Harvey, (2012).

O diagnóstico de cefaleia é importante para que todos os profissionais da área da saúde e médicos, atuem de maneira eficaz no atendimento aos pacientes, visto que, são inúmeros subtipos classificados e se faz necessário um conhecimento mais aprofundado para a equipe profissional que irá atuar (GALDINO; ALBUQUERQUE; MEDEIROS, 2007).

3.5 QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida pode ser definida de forma complexa por diversos autores, contudo, os princípios empregados são semelhantes no sentido de avaliar o bem-estar geral do indivíduo, assim, neste tópico exemplificaremos sobre estes conceitos.

Um dos estudos pioneiros acerca da qualidade de vida (QV) foi de Pigou em 1920 que descreveu o impacto na vida das classes menos favorecidas do suporte do governo (WOOD-DAUPHINEEA, 1999). E após a Segunda Guerra Mundial, a utilização do termo tornou-se mais frequente, pois a civilização ocidental associou a noção de sucesso à melhoria do padrão

de vida, principalmente relacionado com a obtenção de bens materiais. Entretanto, o termo qualidade de vida foi utilizado pela primeira vez em 1964 por Johnson (FLECK *et al.*, 2000).

Segundo WHOQOL (1995):

O pensamento de que QV envolve diferentes dimensões configura-se a partir dos anos 80, acompanhada de estudos empíricos para melhor compreensão do fenômeno. A partir do início da década de 90, começou a se concretizar um consenso de dois aspectos relevantes do conceito de qualidade de vida: subjetividade (considerando a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não-médicos do seu contexto de vida) e multidimensionalidade cujo construto é composto por diferentes.

O grupo da OMS que estuda QV, o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL GROUP), sob a coordenação de John Orley, definiu genericamente QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FORTES; VICENTE; LANZETTA, 2010).

A definição sobre a QV se torna complexa ao se considerar a prática, visto que, são muitos os componentes a seres investigados, como a saúde física, emocional e psicológica, além do nível de independência do indivíduo, o ambiente em que se abriga, suas relações familiares e pessoais, entre outras (TEXEIRA, 2015).

Atualmente, os conceitos sobre a qualidade de vida incluem uma perspectiva mais global, trazendo a preocupação com o bem-estar do ser humano que valorize parâmetros em todas as áreas. A definição envolve vários níveis em diferentes dimensões como, por exemplo: estado físico, capacidade funcional, psicológica, bem-estar, convívio social, fatores econômicos e espirituais (FAVACHO, p.21, 2014). Cada item que possa englobar a qualidade de vida tem seus próprios parâmetros e formas de abordar, dependendo do objetivo e interesses de cada termo.

A QV pode ser classificada como ruim, moderada, boa ou excelente caso ofereça um mínimo ou o máximo de condições gerais para que o indivíduo possa desenvolver suas necessidades como: viver, amar, sentir, trabalhar, produzir bens e serviços, fazer ciências ou artes (EVANGELISTA, p.48, 2007).

Os fatores que podem interferir na mensuração da QV têm sido estudados por alguns autores que buscam investigar e identificar os determinantes dos diferentes resultados.

Por outro lado, surge uma nova forma de avaliar e investigar a QV em outros conceitos e pontos de vistas para cada pessoa relacionado à saúde.

3.6 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

A qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS) se difere da QV pelos conceitos e métodos de avaliação. A ampla dimensão conceitual da saúde e a sua relação com vários aspectos na vida do ser humano permitem diversas formas de avaliar a mesma, o que leva os indivíduos com a mesma patologia apresentarem níveis diferentes de saúde ou de bem-estar físico e emocional. Sendo assim diversas discussões surgiram juntamente com o termo Qualidade de Vida Relacionada a Saúde (RIBEIRO, 2011).

O crescimento e avanço da saúde em campos tecnológicos da medicina trouxeram consequências também desfavoráveis ao homem, em particular, a decadência da relação mais humanitária. Visto isso, a preocupação em investigar a qualidade de vida partiu de um referencial dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar os conceitos de expectativa de vida, controlar os sintomas de patologias e diminuir as taxas de mortalidade (FLECK *et al.*, (1999). A partir dos anos 80, o conceito da QV obteve grande relevância em estudos e na prática profissional (SILVA, 2016) e nos últimos anos a QVRS assumiu grande importância em pesquisas populacionais ou levantamentos estatísticos, não somente para a avaliação individual, mas também como forma de auxiliar e mensurar as intervenções públicas na área da saúde (TEXEIRA, 2015).

Segundo Minayo, Hartz e Buss, (2000), a QV e a QVRS se distinguem pela visão que abordam. De um lado, a QV apresenta uma noção mais humana, relacionada ao grau de satisfação do indivíduo nas áreas cotidianas como social, familiar, ambiental e amorosa. Por outro lado, a QVRS está atribuída a vida em seus aspectos funcionais, seja físico, psicológico, emocional, ambiental ou econômico e suas influências por doenças, tratamentos ou outras intervenções que envolvam diretamente a saúde de um cidadão.

A relação entre saúde e qualidade de vida são diretas, pois, a saúde contribui para a melhora da qualidade de vida e essa é fundamental para uma vida saudável do indivíduo. O termo QVRS é usado para referir a qualidade de vida os aspectos que envolvam determinado tratamento e doença (FERREIRA; SANTOS, 2009).

Em 1989, Patrick e Deyo mostravam que a QVRS incluía cinco categorias da vida do indivíduo: duração da vida, nível funcional, percepções, oportunidades sociais e incapacidades, todas relacionadas a algum tipo de doença. Por outro lado, alguns autores defendem enfoques mais específicos que podem centrar em uma dada patologia. Nesses casos, os critérios são ressaltados com uma abordagem específica dos sintomas, disfunções, entre outros (SILVA, 2013).

Os instrumentos de mensuração da QVRS podem ser genéricos ou específicos. Os genéricos podem ser aplicados em qualquer população e captam aspectos específicos das doenças, possibilitando a comparação do nível de saúde em diferentes populações. Enquanto os instrumentos específicos avaliam a QVRS em grupos com uma doença ou condição específica. Os questionários genéricos dividem-se ainda em Perfis de Saúde, que avaliam o estado de saúde, e Medidas de Preferência, que indicam a preferência do paciente por um determinado estado de saúde (RIBEIRO, p.24, 2011).

Há três correntes que orientam a construção dos instrumentos de mensuração da qualidade de vida: o funcionalismo, que define um estado normal para certa idade e função social e seu desvio, ou morbidade, caracterizado por indicadores individuais de capacidade de execução de atividades; a teoria do bem-estar, que explora as reações subjetivas das experiências de vida, buscando a competência do indivíduo para minimizar sofrimentos, aumentar a satisfação pessoal e de seu entorno e a teoria da utilidade, de base econômica, que pressupõe a escolha dos indivíduos ao compararem um determinado estado de saúde a outro (EVANGELISTA, p.49, 2007).

3.6.1 Instrumento para mensurar a qualidade de vida: WHOQOL-bref

Muitos instrumentos foram criados para avaliar a qualidade de vida de forma geral ou específica dependendo dos objetivos e realidades sociais. Os primeiros instrumentos construídos com intuito de medir a QV apareceram na literatura na década de 1970 e, desde então, têm mostrado um desenvolvimento considerável. Os instrumentos, que medem a qualidade de vida relacionada à saúde, requerem do profissional da saúde um bom conhecimento do paciente e a valorização de suas capacidades ou limitações funcionais (COSTA *et al.*, 2010).

Segundo Fleck, (2000) a complexidade e ausência de instrumentos para avaliar a QV dentro de uma perspectiva que envolve diferentes tipos culturais colaborou para que a Organização Mundial da Saúde (OMS) entrasse em consenso no desenvolvimento de um Grupo de Qualidade de Vida, conhecido como Grupo WHOQOL, o qual objetivou a construção dos instrumentos necessários para serem usados de forma transcultural.

O instrumento conhecido como World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) é um questionário que avalia a QV, baseado em três aspectos fundamentais: subjetividade, multidimensionalidade e a presença de dimensões positivas e negativas. Sendo

assim o WHOQOL-100 segundo Farmed (1998), surgiu da necessidade da criação de um instrumento que fosse capaz de avaliar a QV dentro de uma perspectiva genuinamente internacional. Para isto a Organização Mundial de Saúde criou um projeto colaborativo e multicêntrico, que resultou na elaboração de um questionário composto por 100 itens.

Primeiramente, o instrumento era construído com base em conhecimentos metodológicos de vários países, respeitando as diferenças culturais e sendo visto, portanto, como um meio preciso e eficiente de avaliação (FLECK *et al.*, 2000).

O projeto foi desenvolvido com a colaboração de 15 centros que trabalharam, simultaneamente. O WHOQOL-100 é composto por 100 questões que avaliam seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade. Contudo logo houve a necessidade de se terem instrumentos reduzidos nos quais exigissem menos tempo para conclusão do preenchimento. Diante disso foi desenvolvida uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref por meio do grupo de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL).

No que se concerne ao nível conceitual foi estabelecido pelo grupo da OMS que o perfil do instrumento original não fosse modificado. Dessa forma as facetas que compõem o WHOQOL-100 deveriam ser representadas pela versão final estabelecida através de 26 questões no WHOQOL-bref, que englobam o nível psicométrico no qual foi definida a questão que mais se relacionou ao escore total do WHOQOL-100, utilizando o cálculo pela média das facetas. Em seguida foram analisados por peritos para identificar se representavam categoricamente todos os domínios das facetas. Sendo que dos 24 itens analisados, 6 foram modificados por outras questões que melhor se adequassem as facetas (FLECK *et al.*, 1999). Questões que pertencem ao domínio nível independência foram integradas ao domínio físico, dessa forma as facetas de domínios como: espirituais, Religião e Crenças pessoais foram adequadas ao domínio Psicológico. E considerando que este instrumento pode ser utilizado tanto a pessoas saudáveis quanto as que são acometidas por enfermidades (SOUSA; GALANTE; FIGUEIREDO, 2002).

3.7 CEFALEIA E QUALIDADE DE VIDA

As cefaleias passaram a gerar um alerta maior para a população a partir da sua interferência na qualidade de vida diária dos indivíduos, gerando transtornos e até incapacidades segundo diversos estudos realizados, alguns citados neste estudo.

A OMS estima que cerca de 40% dos adultos padeçam de algum tipo de dor que, invariavelmente, acarreta em ausências frequentes ao trabalho, aposentadorias por doença e baixa produtividade. A cefaleia está entre elas, sendo uma das mais comuns (IHS, 2003).

Um estudo realizado por Fortes, Vicente e Lanzetta (2010) caracterizou a interferência da tontura na qualidade de vida de adultos com migrânea qualificando seus efeitos no impacto cotidiano. O estudo relatou que o aspecto funcional foi o mais prejudicado na qualidade de vida dos pacientes, em seguida, o aspecto físico e emocional, respectivamente.

Outra pesquisa realizada por Stefane *et al.*, (2012), objetivou identificar o impacto dos principais tratamentos para a enxaqueca na qualidade de vida de pessoas acometidas através de uma revisão integrativa da literatura. Este afirmou que a qualidade de vida é alterada e podem refletir negativamente, porém, os tratamentos, de maneira geral, podem melhorar a qualidade de vida dos indivíduos.

Galego *et al.*, 2007, descreveu um estudo sobre a cefaleia crônica e o impacto do estresse e sua influência na qualidade de vida. Neste, foram estudados 100 pacientes com idade mínima de 18 anos que apresentassem cefaleias do tipo primária. Foi aplicado um instrumento específico para avaliar os sintomas de estresse e o SF-36 para a qualidade de vida. Observou-se que 90% dos pacientes apresentavam estresse e aproximadamente metade estava na fase de quase exaustão e, por conseguinte, diminuição da qualidade de vida. Consequentemente, o autor conclui que há uma relação tanto no desenvolvimento como na manutenção da cefaleia crônica diária.

Massena, (2013), em sua pesquisa, objetivou avaliar a QV de doentes com cefaleia em salvas e a importância da perturbação da QV o ambiente familiar, profissional e social dos doentes. No presente estudo a amostra constou de 44 indivíduos sendo 22 doentes e 22 em grupo controle. Ao aplicar o questionário SF-36 os resultados foram significativos na diferença da QV nos domínios da saúde geral, saúde mental e emocional. O autor ainda complementa que a QV pode diminuir durante as crises nos domínios físicos, ambientais e geral.

A qualidade de vida, incapacidade e morbidade psiquiátrica foram avaliadas em pacientes com migrânea e cefaleia tensional e comparadas com um grupo controle. Para isso, os pesquisadores incluíram 40 pacientes adultos com migrânea e cefaleia tensional que apresentam os sintomas há pelo menos dois anos. Para a mensuração da qualidade de vida o WHOQOL-bref foi utilizado. As habilidades funcionais foram as mais prejudicadas nesses pacientes (BERA *et al.*, 2014).

Pedraza Hueso *et al.*, (2017), realizaram uma pesquisa em que investigaram a cefaleia como um impacto negativo na qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes jovens. O objetivo foi analisar as características clínicas da cefaleia e estimar todos os tipos segundo a Classificação Internacional da Cefaleia. Os indivíduos incluídos foram 651 da faixa etária de 14 a 25 anos. De acordo com o teste de impacto, 449 pacientes foram afetados diretamente na qualidade de vida de forma moderada. Portanto, os autores concluíram que a cefaleia gerou um impacto negativo na qualidade de vida.

Outro estudo realizado por Castro *et al.*, (2013), avaliou a prevalência da cefaleia em 750 estudantes com idade de 7 a 14 anos de idade, em escolas públicas no sul do Brasil. Como resultados, um total de 185 estudantes reportaram crises de dores de cabeça nos últimos 3 meses. Em relação a qualidade de vida, especialmente os aspectos sociais, foram afetados pela presença dos sintomas. Segundo os pesquisadores, assim sendo, a cefaleia se descreveu como um fator impactante negativo na qualidade de vida de estudantes dessa faixa etária.

Com base na literatura, portanto, as cefaleias são condições limitantes que interferem na qualidade de vida e na produtividade, além de comprometer o relacionamento social e afetivo (LOYOLA FILHO *et al.*, 2010). Muitos estudos na literatura têm enfatizado a relação direta da cefaleia e qualidade de vida relacionada a saúde em diversos campos de estudo e populações. Portanto, relacionar ambas é fundamental para se estabelecer parâmetros mais concretos ao se estudar um certo grupo de indivíduos ou analisar de forma geral as novas formas de prevenir e tratar tal relação.

No trauma do escalpelamento a literatura afirma que uma das sequelas é a cefaleia, principalmente, por se tratar de um trauma direto na cabeça, entretanto, não se sabe até que ponto a cefaleia está afetando a QV, suas limitações, em diferentes aspectos e níveis físicos e psicossociais.

3.8 CEFALEIA, QUALIDADE DE VIDA E ESCALPELAMENTO

No presente tópico associaremos os principais objetivos desta pesquisa: cefaleia, qualidade de vida em vítimas de escalpelamento. Enfatizamos a precariedade de estudos que englobem esses três itens, todavia, alguns autores encontrados citaram em seus estudos essa investigação.

Em um estudo realizado por Feio *et al.*, (2016) foi realizada uma avaliação fisioterapêutica em 13 mulheres vítimas de escalpelamento com o objetivo de identificar

possíveis lesões ou limitações físicas. Os resultados mostraram que 84.6% apresentavam cefaleias constantes e que todas as participantes não relatavam o sintoma antes do acidente.

Outra pesquisa realizada por Castro, (2008), estudou a prevalência de sinais e sintomas de distúrbios temporomandibulares nas vítimas de escalpelamento e constatou que: o escalpelamento provoca físicas, funcionais e principalmente psicológicas, destacando também a cefaleia como sendo as principais distúrbios encontradas.

Voltolini (2003) descreveu um estudo sobre os aspectos negativos e sequelas deixadas em vítimas de escalpelamento. O autor afirma que muitas das vítimas, principalmente as mulheres, perdem a vontade de se alimentar, frequentar lugares, namorar e de ter convívio social com outras pessoas. O mesmo considera a dificuldade da reintegração econômica e, ao se considerar estatisticamente, podem se sentir constrangidas de dependerem de órgãos públicos para sobreviverem. Neste ponto pode-se compreender que o escalpelamento atinge diretamente a qualidade de vida em diferentes esferas em vítimas escalpeladas.

Um estudo sobre a qualidade de vida em vítimas de escalpelamento realizado por Silva, (2015), avaliou 31 mulheres dos municípios de Macapá e Santana. Neste, foi utilizado o questionário WHOQOL-Bref e os resultados apontaram os domínios físicos e psicológicos como regulares; o domínio dos aspectos sociais como bom e; o domínio meio ambiente como sendo ruim, necessitando de melhorias. E, no mesmo estudo, 77,4% das vítimas apresentavam cefaleia como problema de saúde.

Observa-se que infelizmente os acidentes de escalpelamento ainda se fazem bem presentes em diversas localidades, vitimando em especial mulheres e crianças.

O escalpelamento é extremamente relevante para a saúde pública, sendo também visto como um drama psicológico, físico e social. Em um estudo realizado por Mota (2000), verificou-se que as vítimas de escalpe parcial ou total, logo após o trauma apresentam em comum algumas particularidades quanto ao quadro clínico, sendo destacados as limitações funcionais da coluna cervical, mialgias, edemas, alterações de mimica facial, cefaleia tensional, etc. Sendo descrito também os músculos escaleno, occipitofrontal, temporal, esternocleidomastóideo e trapézio, como os principais músculos acometidos após o escalpe.

Segundo Brito *et al.*, (2004), grande parte dos acidentes ocorrem quando as vítimas se abaixam para colher objetos ou quando estão retirando água da embarcação e os cabelos entram em contato com o eixo do motor desprotegido em alta rotação, logo retirando o couro cabeludo, pálpebras, orelhas e podendo até levar a cegueira.

Neste ponto pode-se compreender que o escalpelamento atinge diretamente a vida em um todo das vítimas que são acometidas. Outra pesquisa realizada por Britto *et al.*, (2014),

no qual objetivou-se relatar o tipo lesão e revisão da literatura cirúrgica sobre a temática. Este afirmou que a agressividade desses acidentes fisicamente falando é de grande dimensão, provocando assim hemorragia e dores intensas, em muitos casos levando as vítimas até a morte, por conta de choques hipovolêmicos e além de tudo a perde irreparável do couro cabeludo.

MATERIAL E MÉTODOS

4 MATERIAL E MÉTODOS

O coração do homem considera o seu caminho, mas o Senhor lhe dirige os passos.

(Provérbios 16:9)

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Pesquisa descritiva, transversal com abordagem quantitativa. As pesquisas descritivas têm por objetivo determinar, examinar e descrever condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, lugar e/ou características dos indivíduos. Esta pode utilizar de dados primários ou secundários, partindo de pré-existentes ou coletados pelo pesquisador principal para o desenvolvimento da pesquisa (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

Segundo Aragão, (2011), os estudos transversais “visualizam a situação de uma população em um determinado momento, como instantâneos da realidade, permitem o primeiro momento de análise de uma associação”. Jung, (2003), complementa que os estudos transversais são realizados em um recorte momentâneo do fenômeno investigado, não sendo necessário um período de seguimento dos indivíduos.

Este modelo de investigação inclui como sujeitos de uma pesquisa a população ou a amostra representativa independentemente da relação saúde-doença. Estes estudos apresentam vantagens como a simplicidade em analisar, baixo custo relativo, maior acesso e facilidade na coleta dos dados, formulação de hipóteses (ROTHMAN; GREENLAND; LASH, 2011).

Segundo Marconi e Lakatos, (1990), o estudo quantitativo mensura o objeto de estudo, utilizando instrumentos fechados que possam permitir a quantificação do objeto, assim, as informações são colhidas por meio de algum instrumento padronizado como o uso de questionários com uso de amostra representativa. Além disso, busca descrever significados inerentes aos atos e objetos, com uma abordagem mais estruturada. A técnica utilizada é a dedutiva, pois, partem de uma visão geral para o específico e sendo orientadas a partir dos resultados encontrados (SIQUEIRA; TIBÚRCIO, 2011).

4.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo considerou todos os critérios éticos da resolução 466/2012 que envolve a pesquisa com seres humanos e iniciou após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Amapá (CAAE: 52996516.0.0000.0003). As participantes do estudo foram instruídas e devidamente orientadas pelos pesquisadores para a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que assegura toda e qualquer informação que revele suas

identidades para que não sejam reveladas bem como, os riscos e benefícios da realização desta pesquisa (Apêndice A).

Os riscos apresentados envolveram o cansaço das participantes ao se submeterem as etapas da pesquisa ou o desconforto emocional ou psicológico ao relembrares questões que podem remeter ao trauma.

Os benefícios foram a oportunidade de uma avaliação profissional, contribuição para a área científica e social, novas propostas de assistência à população de estudo.

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

As participantes foram selecionadas a partir da relação do cadastro de vítimas de escarpelamento da Defensoria Pública da União do Estado do Amapá (DPU-AP) no período do estudo. Segundo a DPU-AP há um total de 122 vítimas cadastradas no Estado do Amapá. Destas, 13 são do sexo masculino, 7 são menores de idade e 102 do sexo feminino.

Das 102 vítimas do sexo feminino registradas, doze moravam nos interiores duas faleceram restando um total de 88 mulheres residentes nos municípios de Macapá e Santana. Entretanto, ao iniciarmos a abordagem das participantes através dos números telefônicos ou endereço residencial nos deparamos com muitos dados desatualizados.

Vale ressaltar a dificuldade em contatar com as vítimas por meio de telefone ou endereço, visto que, muitos encontravam-se desatualizados. Como a coleta de dados foi em ano eleitoral, algumas vítimas haviam voltado a sua cidade de origem para a votação. Portanto, foram contatadas 42 mulheres, porém, uma não apresentava cefaleia, duas estavam viajando para o interior e duas recusaram a participação, perfazendo uma população para nosso estudo de 37 mulheres vítimas de escarpelamento nos municípios de Macapá e Santana (Figura 5).

Para o cálculo da amostra usamos um intervalo de confiança de 95%, erro amostral de 5% e proporção máxima esperada de 50%. Com estes parâmetros o tamanho da amostra calculado foi de 37 mulheres, as quais foram escolhidas usando amostragem aleatória simples. O uso de amostra nos permitirá usar os testes de inferência estatística com $p=5\%$.

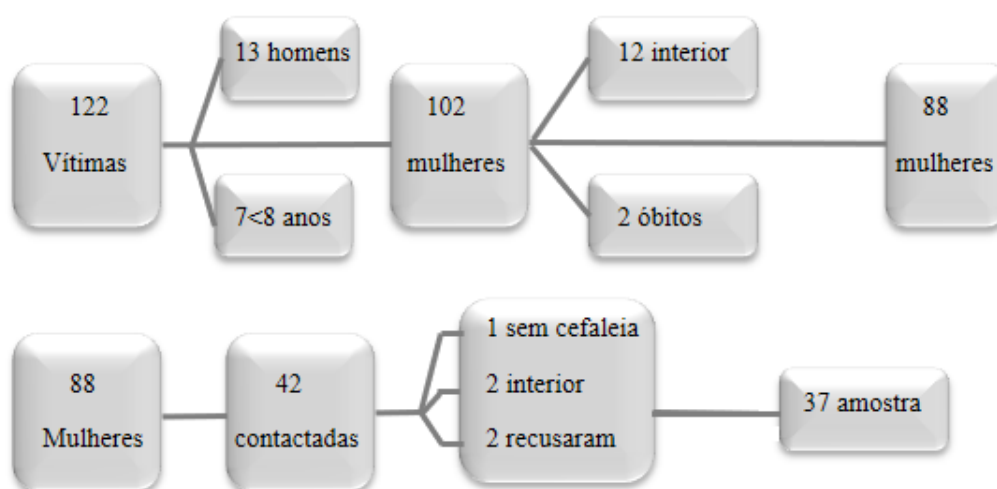


Figura 5: População e amostra
Fonte: Própria

4.3.1 Critérios de Inclusão

Mulheres vítimas de escarpelamento, total ou parcial, cuja causa foi devido à tração do eixo de motores de pequenas embarcações, residentes dos municípios de Macapá ou Santana, com idade igual ou superior a 18 anos, cadastradas na Defensoria Pública da União no Amapá e que tivessem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.3.2 Critérios de Exclusão

Mulheres com idade inferior a 18 anos de idade, sem queixa de cefaleia ou que recusaram a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

4.4 PERÍODO DO ESTUDO

A coleta de dados teve duração de seis meses, realizada no período de março a setembro de 2016 somente após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) (ANEXO A).

4.5 CENÁRIO DO ESTUDO

A presente pesquisa foi realizada nos municípios de Macapá e Santana situadas no estado do Amapá, região Norte do Brasil.

O Estado do Amapá é localizado na região do extremo norte do Brasil, sendo uma das unidades federativas e um dos nove Estados que compõe a região Amazônica (AGUIAR; SILVA, 2003). O Amapá, segundo dados do IBGE (2016), tem uma população estimada de 782.295 divididos em 16 municípios entre eles, Macapá e Santana.

Os municípios de Macapá e Santana são os mais populosos do Estado, sendo, Macapá a capital da região. Ademais, são cidades próximas e com maior acesso ao transporte público. Portanto, a escolha dessas duas localidades partiu das questões populacionais e acessibilidade para as participantes e pesquisadores.

O estudo foi realizado em três momentos. O primeiro contato foi realizado pela pesquisadora responsável via telefônica onde era apresentado o projeto as participantes e oferecida a visita na residência das mesmas.

O segundo momento foi, portanto, a visita na residência das mulheres onde era melhor detalhado o projeto do estudo a cada participante. Nesta etapa, o formulário de avaliação era aplicado após a assinatura do TCLE. É importante ressaltar que no município de Santana foi organizado um mutirão para a entrevista das mulheres, visto que, muitas moram próximo e seria viável para ambos os lados. O mutirão foi realizado pela pesquisadora responsável e outras duas pesquisadoras devidamente treinadas para a avaliação das participantes em uma escola situada no bairro Elesbão em Santana e, no encontro realizado 10 mulheres foram avaliadas em um só dia.

O terceiro encontro foi realizado em uma clínica privada conhecida como o Instituto de Neurologia do Amapá - INNEURO. Este faz parte do Hospital Escola São Camilo e São Luis, situado município de Macapá, onde eram realizados os diagnósticos médicos. Tal escolha se justifica por ser o local onde o médico Neurologista exerce sua função, assim, por questões de parceria e acessibilidade com o Instituto a coleta de dados foi realizada também neste local.

4.6 PROCEDIMENTOS E ETAPAS DA PESQUISA

O presente estudo utilizou dois procedimentos básicos para a coleta de dados, entrevista e questionário, avaliados em 3 etapas da pesquisa (Figura 6).

Na etapa 1 da pesquisa, após obtenção dos dados das vítimas fornecidos pela DPU-AP, as participantes cadastradas foram contatadas através de telefone ou visita residencial para participar voluntariamente do estudo, respeitando todos os critérios éticos estabelecidos.

Nesta etapa foram preenchidas as fichas de identificação sócio demográficas através do Formulário de avaliação criada pelos próprios autores.

A coleta de dados referentes às variáveis sócio demográficas e clínicas colhidas na pesquisa foi realizada por meio de entrevistas. Segundo Brito Júnior e Freire Júnior, (2011), a entrevista é umas das técnicas mais utilizadas para a coleta de dados, se refere ao “ato de perceber realizado entre suas pessoas”. Pesquisadores recorrem a entrevista quando percebem a necessidade de se obter dados que não se pode em registros e fontes documentais.

Por conseguinte, a etapa 2 definiu-se pelo diagnóstico das cefaleias. Este foi realizado pelo médico neurologista o qual aceitou colaborar com o estudo. Após finalizada a etapa 1, as participantes eram encaminhadas à consulta médica, com horas e dias combinados com a pesquisadora principal, para a avaliação e obtenção do diagnóstico através do Manual Internacional de Classificação das Cefaleias estabelecido pela Sociedade Internacional de Cefaleia. Todas as consultas eram acompanhadas pela pesquisadora responsável além do médico responsável.

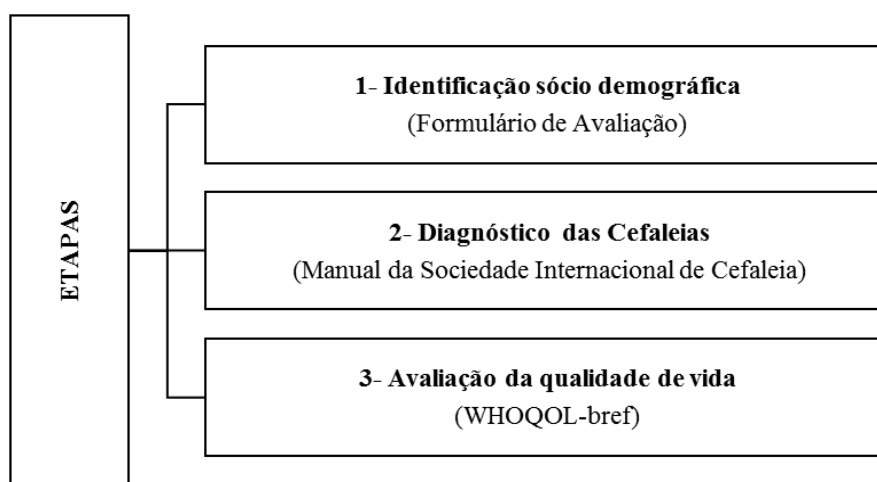


Figura 6: Etapas da pesquisa
Fonte: Própria

A avaliação da qualidade de vida foi mensurada na etapa 3 da pesquisa, através de outro procedimento, o questionário *The World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-bref).

Segundo Canavarro *et al.*, (2011) a escolha dos instrumentos adequados para avaliar a qualidade de vida depende de vários fatores, sobre a população e outras particularidades. Portanto, o instrumento apresentado se tornou muito utilizado na prática clínica e em estudos científicos tendo referências em muitas pesquisas que adotaram o

WHOQOL-bref para mensurar a QV de uma população seja para fins científicos, sociais ou culturais. Além disso, sua dimensão transcultural favorece sua escolha para avaliar um grupo independente e, com a presença ou ausência de enfermidades.

Segundo Marconi e Lakatos, (1999), o questionário é um instrumento composto por um conjunto de perguntas estruturadas de acordo com o objetivo pretendido. É um instrumento desenvolvido cientificamente que deve ser respondido sem a presença do entrevistador. Outros autores complementam que as questões devem ser cuidadosamente elaboradas e com a linguagem adequada contendo todas as informações e opções necessárias para o público alvo onde será aplicado (OLIVEIRA, 1997, p.159).

Ressaltamos que, anteriormente, foi realizado um teste piloto com sete participantes para a aplicação dos instrumentos e que, os pesquisadores se encontravam aptos e treinados para a aplicação dos instrumentos utilizados.

4.7 INSTRUMENTOS DA PESQUISA

4.7.1 Formulário de avaliação sócio demográfica

Instrumento criado pelos pesquisadores para a identificação das características sócio demográficas das participantes do estudo, além da coleta de informações sobre o estilo de vida e pertinentes ao histórico do trauma do escalpelamento (Apêndice B).

4.7.2 Manual de Classificação Internacional das Cefaleias

Apresentado pela Sociedade Internacional de Cefaleia subdivide o distúrbio em três partes principais. A parte 1 classifica como as cefaleias primárias (migrânea, cefaleia do tipo tensional, cefaleia em salvas e outras cefaleias trigêmio-autômicas, entre outras); a parte 2 são as cefaleias secundárias (cefaleia atribuída a trauma cefálico e/ou cervical, a doença vascular craniana ou cervical, ao transtorno intracraniano não-vascular, a uma substância ou a sua retirada, a infecção, ao transtorno da homeostase, ardor facial atribuída a transtorno do crânio, pescoço, olhos, ouvidos, nariz, seios da face, dentes, boca ou outras estruturas faciais ou cranianas e a cefaleia atribuída a transtorno psiquiátrico; e a parte 3 classifica como neuralgias cranianas, dor fácil primária e centras e outras cefaleias (Anexo B).

4.7.3 Questionário WHOQOL-bref

O WHOQOL-BREF se validou com 24 itens que avaliam a qualidade de vida em 4 domínios, melhor representados no Quadro 2 abaixo: “Domínio Físico” (7 itens), “Domínio Psicológico” (6 itens), “Domínio Relações Sociais” (3 itens) e “Domínio Meio Ambiente” (8 itens). Para cada item existem cinco alternativas de resposta apresentadas numa escala de Likert de 1 a 5 pontos. Os escores de cada domínio e da escala global são apresentadas numa escala de 0 a 100 pontos, correspondendo valores elevados na escala a uma melhor qualidade de vida (FLECK *et al.*, 2000).

Os dois itens separados que completam as 26 questões abordadas são descritos para avaliar a percepção generalizada quanto à qualidade de vida. Sendo “Como você avaliaria sua qualidade de vida? ” E a percepção em um todo sobre saúde “Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?”

Quadro 2: Domínios avaliados através do questionário WHOQOL-bref

<p>DOMÍNIO 1 - FÍSICO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dor e desconforto 2. Energia e fadiga 3. Sono e repouso 9. Mobilidade 10. Atividades da vida cotidiana 11. Dependência de medicação ou de tratamentos 12. Capacidade de trabalho Domínio <p>DOMÍNIO 2 - PSICOLÓGICO</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Sentimentos positivos 5. Pensar, aprender, memória e concentração 6. Auto-estima 7. Imagem corporal e aparência 8. Sentimentos negativos 24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais <p>DOMÍNIO 3 - RELAÇÕES SOCIAIS</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Relações pessoais 14. Suporte (Apoio) social 15. Atividade sexual <p>DOMÍNIO 4 - MEIO AMBIENTE</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. Segurança física e proteção 17. Ambiente no lar 18. Recursos financeiros 19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 21. Participação em, e oportunidades de recreação/ lazer 22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) 23. Transporte
--

Fonte: Fleck *et a.*, 2000.

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise estatística dos dados foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22 para Windows. As variáveis qualitativas em estudo foram caracterizadas através de frequências absolutas e relativas (em %). As quantitativas através da média e do desvio-padrão. A confiabilidade ou consistência interna das escalas (domínios da qualidade de vida) foi avaliada com o indicador Alpha de Cronbach.

Foi utilizado o Teste de Shapiro-Wilk para o estudo da normalidade dos dados. Os resultados do teste mostraram que maior parte das variáveis não tinha distribuição normal ($p > 0.05$). Por esse motivo, e devido à pequena dimensão da amostra, foram utilizados testes não paramétricos para a análise da significância das diferenças e correlações estudadas. Assim, foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney para avaliar a significância das diferenças entre dois grupos independentes quanto as variáveis quantitativas, ou seja, os domínios da qualidade de vida.

Para comparar mais do que dois grupos independentes foi utilizado o Teste de Kruskal-Wallis. Para o estudo da correlação entre variáveis pelo menos ordinais (correlações dos domínios da qualidade de vida com outras variáveis pelo menos ordinais) foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman.

Foi considerado um nível de significância de 5% para as conclusões dos resultados dos testes estatísticos, ou seja, as diferenças/correlações são estatisticamente significativas se o valor de significância é inferior a 0,05 ($p < 0,05$). São também destacados os casos em que as diferenças/correlações estão próximas da significância estatística ($p < 0,01$).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pesou sobre aquilo que todo mundo vê.

Arthur Schopenhauer

5.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS

A amostra incluiu 37 mulheres com idade mínima de 18 e máxima de 74 anos, com média = 36,7 e desvio-padrão = 14,6; maioritariamente da faixa etária de 35 aos 44 anos (27,0%), dos 18 aos 24 anos (24,3%) e dos 25 aos 34 anos (21,6%) e minoritariamente de 45 a 54 (16,2%), 55 a 64 (5,4%) e acima de 65 anos (5,4%) (Figura 7).

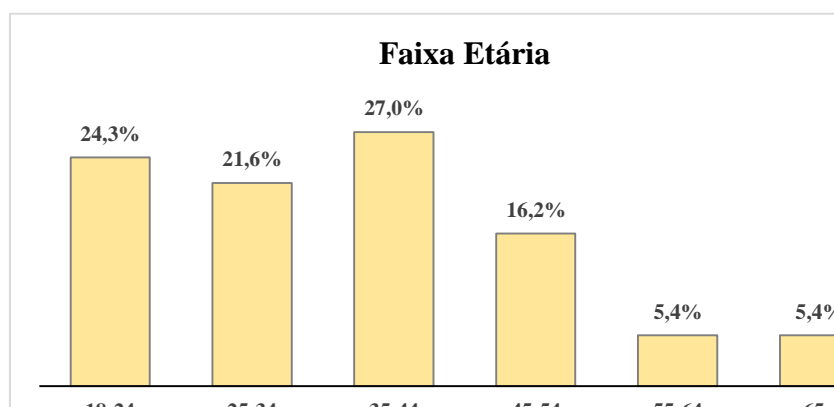


Figura 7: Distribuição quanto a faixa etária (média = 36,7; desvio-padrão = 14,6; n = 37).
Fonte: Própria.

A maioria das participantes do presente estudo é da faixa etária de 35-44 e entre 18-24 anos. Considerando que o critério de inclusão foram mulheres com idade igual ou superior a 18 anos as vítimas encontravam-se, exclusivamente, na fase adulta.

Quanto à naturalidade das vítimas, predominou as localidades do Estado do Pará: Afuá (21,6%) e Breves (18,9%) e, após o município de Santana no Estado do Amapá (10,8%) (Figura 8).

O Pará é considerado o segundo maior estado do Brasil e possui 144 municípios. Destes, muitas localidades são situadas nas áreas ribeirinhas. Os municípios de Afuá e Breve, mais prevalentes neste estudo, possuem população estimada para 37.778 e 99.080 mil habitantes e, geograficamente, estão localizados em meio a rios navegáveis onde uma parte da população dessas comunidades mora (IBGE, 2010). Essa pode ser a razão pela qual o Pará é a

origem de muitas vítimas, pois, abriga inúmeras localidades ribeirinhas com pouca ou nenhum acesso público a saúde.

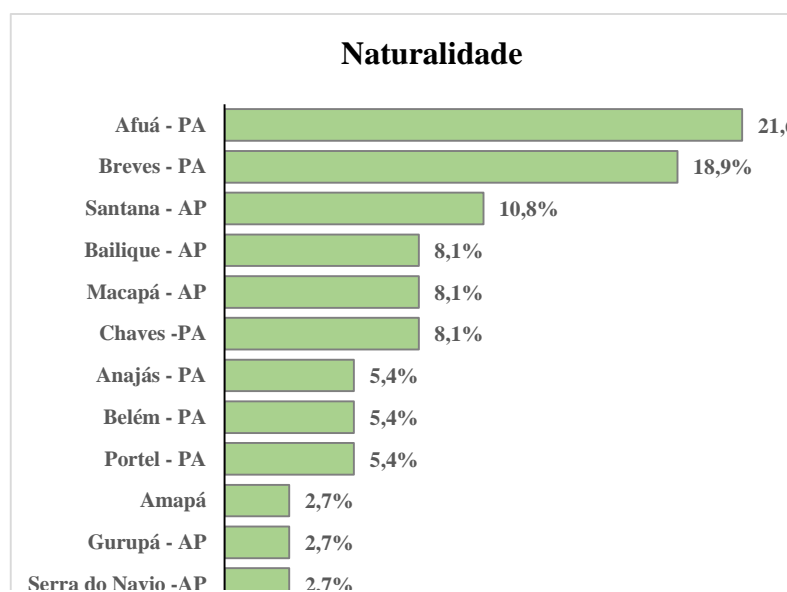


Figura 8: Distribuição quanto à naturalidade das participantes (n = 37).

Fonte: Própria

Para o ribeirinho, os rios se equiparam às ruas das grandes cidades, sendo a principal via de acesso a outras localidades. Assim, eles percorrem curtas e longas distâncias com suas pequenas embarcações se, ao invés do trânsito caótico comum aos centros urbanos, seguem seus caminhos enfrentando as correntezas e as cheias e vazantes das marés (GUIMARÃES; BICHARRA, 2013).

Com relação aos dados correspondentes ao estado civil, profissão, moradia, renda familiar e escolaridade, constatou-se que a maior parte das participantes eram solteiras (45,9%) ou em união estável (37,8%), domésticas (64,9%) e com residência própria (83,8%). Quanto ao rendimento 51,4% recebem um salário mínimo, 21,6% menos de um salário mínimo e 13,5% não tem rendimentos. Relativamente à escolaridade, 13,5% são analfabetas e apenas 10,8% têm o ensino superior completo. Predominam as mulheres com o ensino fundamental incompleto (29,7%), o fundamental completo (16,2%) ou o médio incompleto (18,9%) (Tabela 3).

O escalpelamento, principalmente, no sexo feminino gera transtornos na autoimagem e autoestima podendo trazer como consequência a mudança no desejo de um relacionamento mais afetivo (GUIMARÃES; BICHARRA, 2013). Essa mudança, se ocorrida na adolescência ou juventude pode persistir ao longo da vida, o que explica grande parte das vítimas serem solteiras por medo, vergonha ou receio de se relacionarem. Por outro lado, uma grande

parcela das mulheres também se encontra em união estável. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012) as mulheres da região Norte tendem a uma união estável consensual, cerca de 52% das mulheres encontram-se nesse estado.

Tabela 3: Caracterização da amostra quanto ao estado civil, profissão, moradia, renda familiar e escolaridade (n = 37).

Variáveis	Categorias	N	%
Estado civil	Solteira	17	45,9%
	União estável	14	37,8%
	Casada	3	8,1%
	Viúva	3	8,1%
Profissão	Doméstica	24	64,9%
	Diarista	3	8,1%
	Estudante	3	8,1%
	Pedagoga	3	8,1%
	Aposentada	2	5,4%
	Costureira	1	2,7%
	Moradia	Própria	31
	Alugada	3	8,1%
	Cedida	3	8,1%
Renda familiar	Sem rendimento	5	13,5%
	Menos de 1 salário	8	21,6%
	1 salário	19	51,4%
	2 salários	2	5,4%
	3 salários	2	5,4%
	4 ou mais salários	1	2,7%
Escolaridade	Analfabeta	5	13,5%
	Fundamental incompleto	11	29,7%
	Fundamental completo	6	16,2%
	Médio incompleto	7	18,9%
	Médio completo	2	5,4%
	Superior incompleto	2	5,4%
	Superior completo	4	10,8%

Fonte: Própria

Sobre a profissão e ocupação a grande maioria das mulheres era doméstica (64,9%). Ao se considerar o histórico da inserção da mulher no mercado de trabalho desde os primeiros movimentos para a quebra dessas barreiras percebe-se que a mulher sempre teve dificuldade de assumir empregos igualmente ao homem na sociedade. Destaca-se que as mulheres experimentam a maior taxa de desemprego se relacionadas ao sexo masculino, principalmente, quando há uma forte resistência cultural do papel da mulher no mercado de trabalho (SILVA FILHO; QUEIROZ; CLEMENTINO, 2016) e, notadamente, a região Amazônia possui uma cultura ribeirinha tradicional em que os homens são os provedores do lar e as mulheres cuidam da casa e filhos. Além disso, segundo Marques, (2016), a falta de oportunidades profissionais representa uma grande limitação para que as mulheres consigam

um espaço no mercado de trabalho. As barreiras são maiores pelo fato que a grande maioria das vítimas não tem experiência no mercado e nível baixo de escolaridade.

As mulheres que têm suas vidas transformadas com as sequelas do trauma, especificamente, as físicas, que, podem afetar não somente o escalpo, porém o rosto, enfrentam dificuldades ainda maiores para retornarem ou iniciarem no processo de trabalho. O projeto de Lei nº 1.879 de 28 de agosto de 2007 dispõe de direitos trabalhistas às vítimas de escalpelamento cuja causa foi com eixos dos motores de embarcações em todo o território nacional. No entanto, percebemos que é um ponto que precisa ser analisado cuidadosamente, dado que, são inúmeras as dificuldades encontradas para que as mulheres possam ter seus direitos alcançados sem restrições (GUIMARÃES; BICHARRA, 2013).

Com o calor da região Norte, a exposição do escalpo ao sol causa grandes incômodos ou cefaleias intensas tornando desagradável o uso de utensílios como perucas, diariamente, uma vez que, aumenta a sensação de aquecimento no couro cabeludo. Isso se deve ao fato de que com o escalpelamento há uma maior sensibilidade e fragilidade no crânio (FEIO, 2016).

A discriminação social também se torna um empecilho para esta conquista. Tanto a intolerância contra as mulheres, como o preconceito e discriminação são pontos discutidos ao longo da história (SILVA, 2002). Apesar da proclamação da Declaração Universal dos Direitos do Homem e com a inclusão da mulher em muitas esferas da sociedade ainda se pode encontrar muitos casos de preconceito social. Este acaba excluindo as vítimas do mercado mesmo que tenham condições, não oferecendo qualquer oportunidade.

Silva e Barroso, (2013), estudou o padrão estigmatizante nas mulheres vítimas de escalpelamento e identificou que há um padrão estético existente na sociedade que gera resistência tanto a sociedade quanto as vítimas, apresentando risco a saúde moral e acarretando em sérios transtornos emocionais e sociais.

A maior parte das mulheres têm residência própria. Muitas das vítimas foram indenizadas pelo Poder Público Federal e, pelos valores recebidos muitas conseguiram comprar suas casas, em áreas de ressaca ou regiões ribeirinhas.

Pelos dados coletados no presente estudo, a maioria das vítimas possuem ensino fundamental incompleto ou completo. Essa constatação nos leva ao encontro de alguns estudos, como Cunha *et al.*, (2012) e Silva, (2015), apontam que o grande número dos acidentes ocorre ainda na infância ou na adolescência, o que acarreta a interrupção dos estudos nesse período, explicando os baixos níveis de formação escolar nos ensinos médio e/ou superior completos, o que acarreta, por outro lado, no fato de que grande parte delas acabam tornando-se domésticas.

Das 37 mulheres participantes na pesquisa, 19 (51,4%) têm benefício social e 18 (48,6%) não têm. Apenas 1 (2,7%) tem plano de saúde (Figura 9).

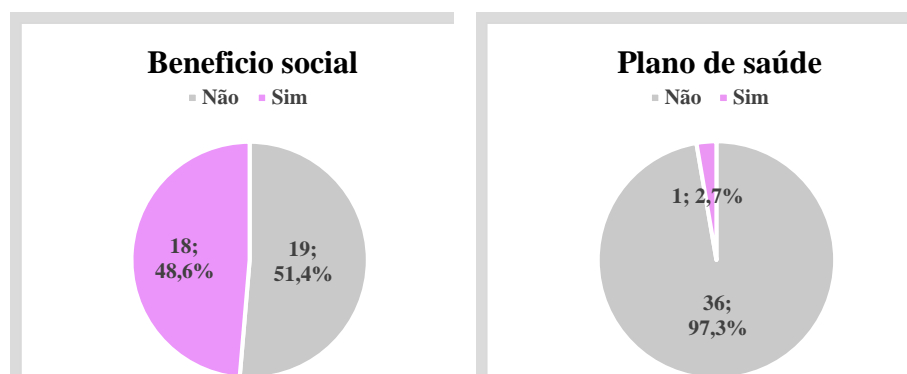


Figura 9: Distribuição quanto ao benefício social e plano de saúde (n = 37).

Fonte: Própria

Com os resultados obtidos não houve diferença significativa entre as vítimas com e sem benefício social. Todavia, muitas faziam parte de programas realizados pelo governo Federal e pelo estado do Amapá como “renda para viver melhor” e “bolsa família”, contudo, no ano de 2016, grande parte das famílias cadastradas perderam seus benefícios pelo fechamentos dos programas por parte dos órgãos responsáveis, fato que justifica não haver diferenças discrepantes entre ambas.

Em relação ao plano de saúde, 97,3% das mulheres não possuem plano de saúde de forma privativa sendo sujeitas, unicamente, ao atendimento público pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O Ministério da Saúde (MS) definiu no ano de 2003 p Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que visa apoiar e incentivar a formação de profissionais de saúde para a implantação e implementação da atenção qualificada à saúde da mulher, além de, criar instrumentos gerenciais para implementar, acompanhar, controlar e avaliar as políticas, ações e serviços de saúde; apoiar as organizações de mulheres para o controle social (BRASIL, 2003).

No ano de 2004 foi criada a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (PNAISM) a qual apresentou como objetivos: promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras mediante a garantia de direitos legalmente constituídos; ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS e contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina sem discriminação de espécie (BRASIL, 2004).

Nada obstante, não foram encontrados na literatura políticas públicas específicas para vítimas de escalpelamento para tratamento ou acompanhamento na saúde, somente projetos e decretos de lei voltados com objetivos sociais, trabalhistas e o que mais se aproxima, as cirurgias reparadoras pelo projeto de Lei nº 1.879/2007 (GUIMARÃES; BICHARRA, 2013). Dessa maneira, no contexto relatado as participantes dessa pesquisa relataram uma insatisfação ao acesso e assistência à saúde, fato que pode ser explicado pela carência de políticas públicas específicas, poucos profissionais especializados e dificuldades de locomoção até os locais de atendimento.

Quanto ao estilo de vida (Figura 10), todas as mulheres fazem parte de algum grupo social, 24,3% praticam exercício físico, 18,9% fazem uso de remédio controlado, 13,5% utilizam bebida alcoólica, 10,8% são fumantes, 10,8% são hipertensas e 2,7% são cardíacas.

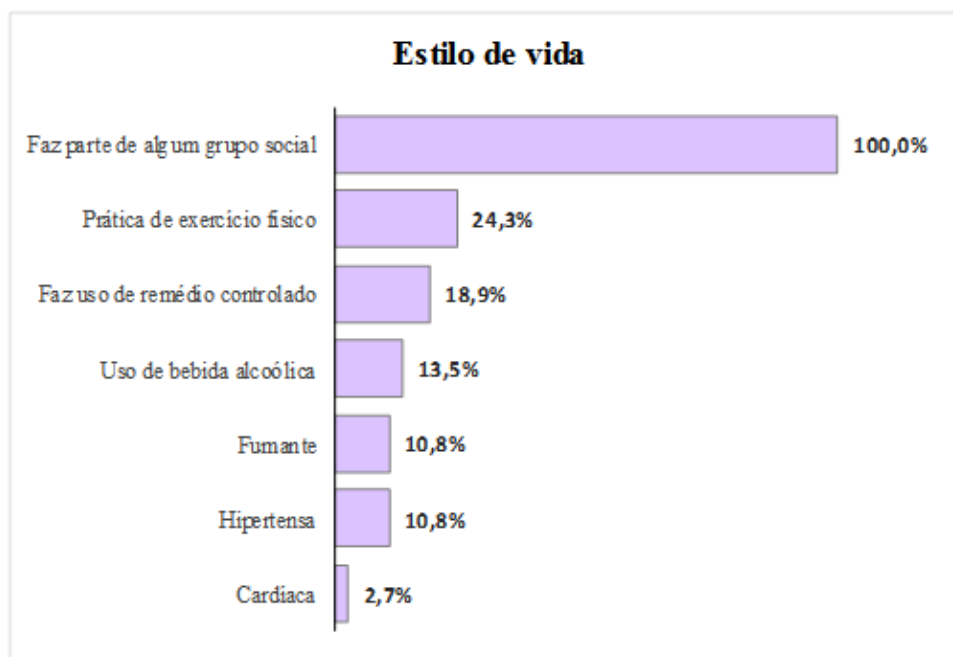


Figura 10: Distribuição quanto às variáveis do estilo de vida (n = 37).
Fonte: Própria.

Todas as participantes fazem parte de algum grupo social e, de forma unânime, ao serem entrevistadas afirmaram ser a Associação de Mulheres Ribeirinhas e Vítimas de Escalpelamento da Amazônia (AMRVEA).

A associação apresenta como objetivos a erradicação do escalpelamento na Região Amazônica, ressaltando a integração entre a escola e comunidade além de fortalecer o papel social diante da realidade encontrada. A AMRVEA realiza um trabalho de apoio a todas as vítimas e ajudando na reintegração social oferecendo cursos profissionalizantes como o de costura, artesanato, corte de cabelos e produção de perucas.

No que se refere à liberação de informações e dados cadastrais sobre as vítimas de escarpelamento no Amapá, não foi possível coletá-los por intermédio da Associação de Mulheres Ribeirinhas e Vítimas de Escarpelamento na Amazônia, pois, segundo a atual presidente, os cadastros estavam desatualizados e muitos tinham sido perdidos; além disso, a associação encontrava-se fechada durante o período do estudo, não exercendo qualquer atividade por falta de recursos humanos e financeiros.

Diante disso, foi utilizada de forma exclusiva a relação fornecida pela Defensoria Pública da União no Estado do Amapá, da qual, no entanto, todas as participantes desta pesquisa, ao serem entrevistadas, confirmaram fazer parte também da AMRVEA, ou seja, o cadastro das vítimas, muitas vezes, é semelhante na DPU-AP e na AMRVEA.

A falta da prática de exercícios físicos foi evidenciada em 75.7% dos casos. É sabido que grande parte da população mundial são tidas como sedentárias. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que cerca 60% da população global é inativa fisicamente ou não atinge o patamar mínimo recomendado (COSTA, *et al.*, 2009), o que oferece grande risco a saúde física, sendo um dos principais fatores de risco de mortes em todo o mundo.

Gordia *et al.*, (2011), acredita que há uma relação direta da QV e a prática da atividade física. Nesses indivíduos, a percepção se torna mais positiva. Outros fatores como o uso excessivo de álcool, condições econômicas precárias, etnia e outras características sócio demográficas tendem a influenciar negativamente na QV.

A prática de exercícios físicos regulares ajuda na prevenção primária de inúmeras doenças crônicas e contribuem na garantia de uma boa QVRS (COSTA *et al.*, 2009). Estudos epidemiológicos sobre a atividade física (AF) mostram que a AF moderada e realizada em períodos regulares traz benefícios consideráveis para a promoção da saúde (LIMA; LEVY; LUIZ, 2014, p. 164) e pode ser descrita no ambiente de trabalho, serviços domésticos e também no lazer (RIBEIRO; BARATA, 2016).

Considerando que muitas mulheres não possuem uma vida ativa de atividades físicas é importante investigar tais causas para melhor contribuir na inserção dessa população aos benefícios dos exercícios.

Alguns autores estudaram a associação da prática da atividade física regular e sua influência inversa com critérios socioeconômicos, ou seja, as populações menos favorecidas e de classes mais baixas são as que tem menor prevalência em esportes, caminhadas, academias ou outros meios de atividades. Esse pode ser o motivo pela qual grande parte das vítimas de escarpelamento não obtém esta prática.

Outra possível relação pode ser respondida por Costa, (2016), que realizou um estudo sobre o sedentarismo em escolares no município de Macapá. O autor relata que a influência ambiental do estado do Amapá ajuda a compreender a adesão ou não a prática de atividade física com o fator climático pela alta sensação térmica advinda do clima tropical, assim, as pessoas podem ser influenciadas negativamente.

Aproximadamente 1 em cada 3 mulheres (32,4%) não referiu qualquer forma de lazer. Das restantes, as formas de lazer mais frequentes foram o passeio, viajar, ir à igreja ou ao shopping conforme a figura 11 abaixo.

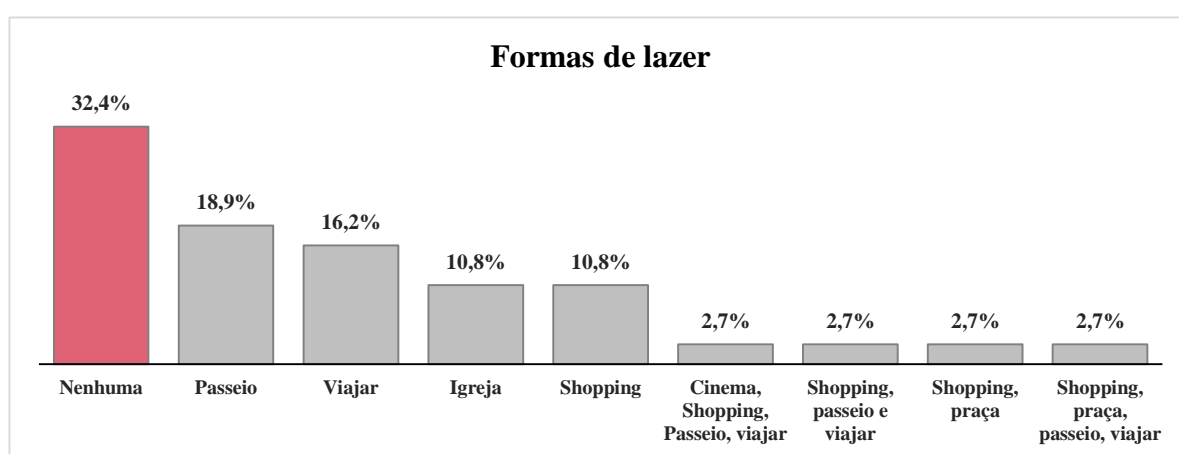


Figura 11: Distribuição quanto às formas de lazer (n = 37).

Fonte: Própria

A constituição de 1988, em seu artigo 6º, considera que o lazer é um dos direitos sociais e que o poder público deve incentivar o lazer de forma a promoção social (BRASIL, 1988).

Compreender o conceito de lazer é levar em consideração algumas esferas como a educação, cultura e trabalho e suas discussões envolvem muitas esferas da vida (WARSCHAUER, 2008). O lazer, então, é um direito social e uma área específica da experiência humana que inclui benefícios próprios para a promoção da cultura, cidadania, e do desenvolvimento social por meio da liberdade, criatividade, satisfação, diversão e aumento de prazer e felicidade. Deve ser colocado no cotidiano visando estimular políticas públicas orientadas para um pensar mais abrangente (GOMES, 2015). Considerando que 32,4% das mulheres entrevistadas afirmam não possuir qualquer forma de lazer é preocupante.

Alguns fatores que podem ser considerados na baixa prevalência de atividades de lazer para as mulheres deste estudo podem ser explicadas levando-se em conta diversos fatores, dentre os quais podemos ressaltar a baixa auto-estima das vítimas entrevistadas, além do local

em que vivem, o qual não oferece infraestrutura de lazer aos habitantes ali residentes, tais como praças, parques, museus, teatros. A situação financeira é outra questão preponderante, pois, a maioria das vítimas possui baixa renda, impossibilitando-a de dispensar recursos em atividades que, embora tidas como de direito fundamental da nossa Constituição Federal, acabam ficando para segundo plano, quando não excluídas da vida de muitos cidadãos.

As idades mais frequentes da ocorrência do trauma foram entre os 6 e os 10 anos (29,7%), dos 11 aos 15 (18,9%) e dos 16 aos 20 (16,2%). A idade média da ocorrência do trauma foi de 14,5 anos (Figura 12).

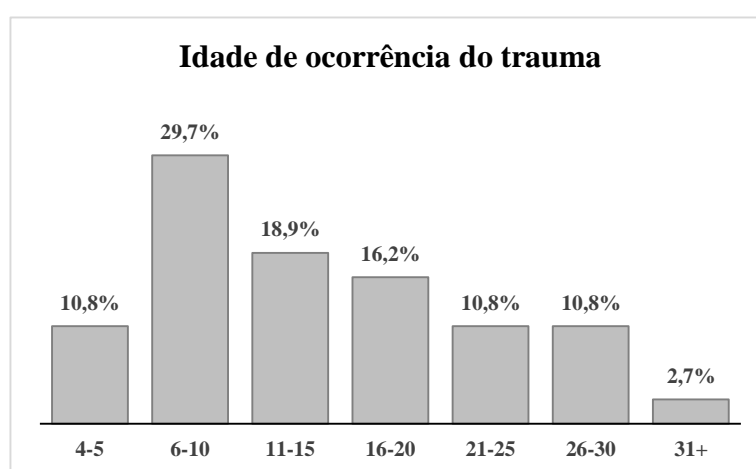


Figura 12: Distribuição quanto à idade de ocorrência do trauma (média = 14,5; desvio-padrão = 9,5; n = 37).
Fonte: Própria

Segundo dados da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP), a faixa etária mais acometida é na infância ou adolescência, de 2 a 17 anos (CASTRO, 2008). A explicação para a ocorrência do acidente ser mais prevalente na infância se deve ao fato de que as crianças são mais desatentas e distraídas aos cuidados a serem tomados, não se preocupam com os perigos, sobretudo quando estão brincando. Guimarães e Bicharra, (2013), explicam que as razões pelas quais os índices são maiores nessa fase baseiam-se na falta de atenção e na sonolência das crianças durante o percurso. Muitas vezes, querem brincar perto do motor ou ajudar a retirar água de dentro da embarcação, o que requer movimentos de abaixar-se, levando a aproximação dos cabelos ao eixo do motor ocasionando o risco ao acidente.

Outro ponto a se considerar são o período que os traumas ocorrem com maior incidência que são nos meses de junho e julho, pois, são meses de férias escolares e há um maior descolamento das pessoas pelos rios. Além disso, na mesma época, ocorrem festas regionais e muitas jovens se deslocam as localidades dos eventos (G1 GLOBO, 2015).

Quanto ao local, são mais frequentes as mulheres cujo trauma ocorreu em Breves (24,3%), Afuá (18,9%) e Santana (10,8%) conforme representação (Figura 13).

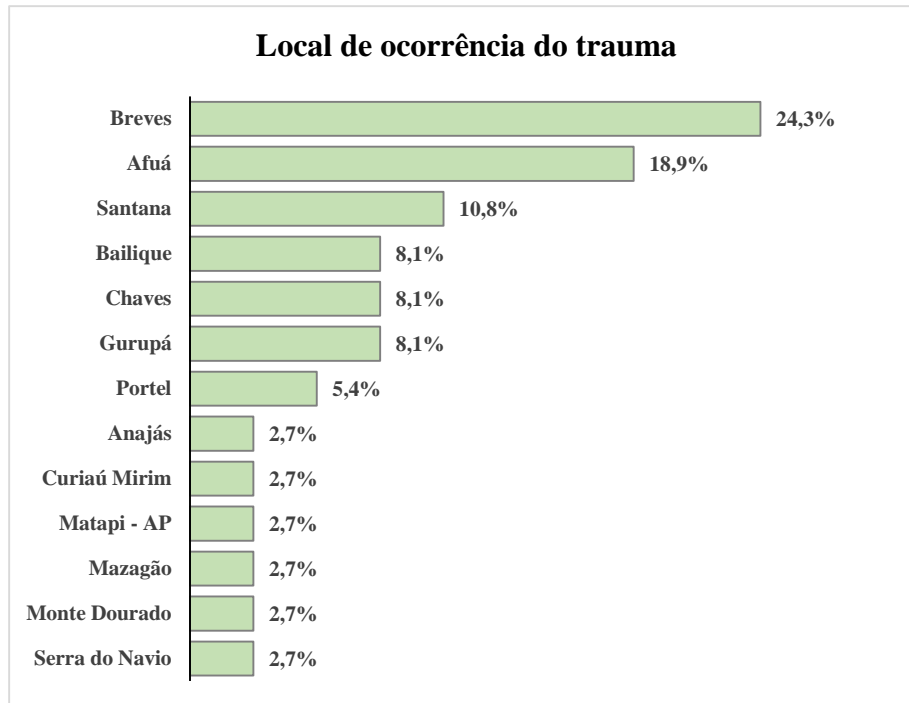


Figura 13: Distribuição quanto ao local de ocorrência do trauma (n = 37).

Fonte: Própria

Semelhantemente à naturalidade, a grande maioria dos acidentes ocorreu no Pará. A Capitania dos Portos da Amazônia Oriental (CPAOR, 2013) considera o Pará como o estado com a incidência maior de vítimas de escalpelamento por eixo de motor de pequenos barcos registrados, dentre todos os Estados da região Norte (LIMA, 2012). Dados recentes da CPAOR (2016) apontam o mapa dos sítios de ocorrência no Estado do Pará e, se destacam: Belém (29 registros), Breves (23 registros) e Portel (16 registros). Outros registros da literatura consideram que ocorrem, em média, 2 registros de casos por mês no Pará enquanto no Amapá é em torno de 1 registro a cada dois meses (LIMA, 2012).

Os elevados registros em comunidades do interior do Estado como Breves e Afuá são decorrentes da extensão fluvial da bacia Amazônica e da carência de rodovias nessas regiões o que torna difícil as fiscalizações das embarcações pela grande distância entre as localidades. Portanto, a alta demanda da vinda das vítimas do interior para as capitais é justificada pelas limitadas estruturas de saúde (CUNHA, 2012, p.6).

Faz-se necessário evidenciar que após o acidente é necessária uma assistência profissional adequada, bem como recursos médicos e hospitalares que são precários ou

inexistentes nessas pequenas regiões. Logo, a vítima tem que ser deslocada até as capitais mais próximas para prosseguir com o primeiro atendimento de emergência (SANTOS; FERREIRA, 2015, p.128). Finda a recuperação e dada a alta hospitalar, os indivíduos se deparam com uma realidade totalmente diferente do estilo de vida que levavam, ocorrendo o choque cultural.

O choque cultural pode ser o motivo pelo qual muitas das vítimas retornam ao interior. Segundo Xia, (2009), o processo de ajuste em uma cultura diferente ocasiona barreiras emocionais, principalmente, pela ausência de familiares, o que torna o processo ainda mais complexo. Essa diversidade cultural encontrada gera dificuldades ao cidadão de se manter em um novo ambiente social, pois, as oportunidades de emprego e de qualidade de vida de forma global são afetadas diretamente, o que torna este processo um grande desafio. Ao depararem-se com essas barreiras sócio psicossociais e culturais, os indivíduos retornam ao interior, onde têm seus próprios meios de sobrevivência e apoio familiar. Este retorno ao seu local de origem leva, muitas vezes, a perda de endereços e/ou contatos para todo e qualquer acompanhamento médico ou de estudos.

Das 37 mulheres participantes na pesquisa, 20 (54,1%) tiveram escarpelamento total e 17 (45,9%) parcial. O número médio de cirurgias foi de 3,8 ($\pm 2,4$), com distribuição apresentada na figura 14.

A classificação do escalpe, total ou parcial, não apresentou grandes diferenças quanto a prevalência. Sabe-se que faz parte da cultura ribeirinha o uso de cabelos compridos e isso contribui para que maior prevalência de acidentes (MOTA, 2000). No entanto, compreendemos que esse aspecto não é determinante em identificar o tipo de trauma, haja vista, se tratar de um acidente inesperado e incalculável.

Quanto as cirurgias realizadas após o trauma somente uma mulher não fez algum procedimento cirúrgico. As cirurgias estão relacionadas ao tratamento realizado nas vítimas. De forma geral, enxertos, retalhos livres e utilização de expansores são os métodos mais comuns realizados. As diferentes técnicas cirúrgicas são base no tratamento seja para recuperação da saúde ou para estética (BECKMAN; SANTOS, 2004), além do mais, há política pública que beneficie às vítimas aos procedimentos de forma gratuita (GUIMARÃES; BICHARRA, 2013). Diante do exposto, todas as mulheres têm o direito de realizarem cirurgias seja para reconstrução, estética ou preservação da saúde o que torna os resultados encontrados correspondentes ao da literatura.

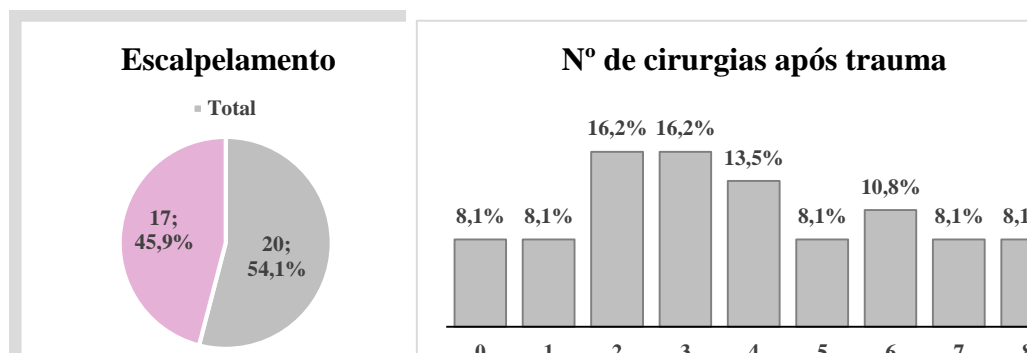


Figura 14: Distribuição quanto ao escalpelamento e número de cirurgias após o acidente (n = 37).
Fonte: Própria

Em relação ao tempo de internação, presença de fraturas, período de internação, regiões afetadas e o uso de algum acessório obteve-se os seguintes resultados: o tempo médio de internação foi de 5,7 meses, variando de 1 mês a 24 meses. Mais de 70% estiveram internadas em menos de 6 meses, sendo: 35,1% de 1 a 3 meses e 37,8% de 4 a 6 meses. Tempo superior a 7 meses ocorreu em apenas 24,3% das mulheres. Ocorreram fraturas cranianas em 21,6% e existiram complicações cirúrgicas em 35,1% dos casos. Em 24,3% das mulheres só foi afetado o couro cabeludo. Porém, 75,7% tiveram outras regiões afetadas, sendo as mais prevalentes o pavilhão auricular (48,6%), os olhos (37,8%) as pálpebras (32,4%) e o pescoço (24,3%). A grande maioria (89,2%) faz uso de algum tipo de acessório como peruca (56,8%), o chapéu (37,8%) e lenços (24,3%) (Tabela 4).

Observa-se que mais da metade das vítimas tiveram um tempo de internação em média de 1 a 3 meses. Compreende-se que nesses casos de escalpelamento a assistência à saúde torna-se um processo lento e doloroso. Segundo Mota, (2000), os períodos de internação dura em torno de 90 dias. Porém sabe-se que o período de internação varia de acordo com o tratamento, contudo depende da gravidade do trauma sofrido, logo em traumas maiores subte-se que o tratamento será em intervalos de tempo mais longos, pois logo necessitam de múltiplos procedimentos e uma reabilitação prolongada.

Outros estudos realizados comprovam que as consequências desses acidentes são muito graves e que normalmente o tratamento costuma ser durante anos, reincidindo assim o número de internações das vítimas, passando a serem rotineiras, gerando um desgaste emocional, psicológico e principalmente social, além do custo financeiro elevado.

A maioria das participantes deste estudo não sofreu fraturas cranianas, sendo que das 37 mulheres a ocorrência foi de apenas 21,6%. Cunha CB *et al.*, (2012), em sua pesquisa objetivou traçar o perfil epidemiológico dos indivíduos vítimas de escalpelamento atendidos na FSCMP, no período de 2001 a 2010. No presente estudo com amostra de 62 pacientes, os

resultados foram que 1 (1,6%) caso ocorreu fratura de crânio. Constatou que dos prontuários que foram analisados, em 35 (56,5%) não havia informações com relação às lesões iniciais na cabeça. As sequelas que normalmente são encontradas em vítimas de escalpelamento são: alopecia parcial, perda do pavilhão auricular e pálpebras, assim como fraturas com afundamento occipital (MOTA, 2000).

Tabela 4: Caracterização do tempo de internação, presença de fraturas, complicações cirúrgicas, região afetada e uso de acessórios (N = 37).

Variáveis	Categorias	N	%	
Tempo internação (meses)	1-3	13	35,1%	
	Mínimo = 1	4-6	14	37,8%
	Máximo = 24	7-9	4	10,8%
	Média = 5.7	10-12	2	5,4%
	Desvio-padrão = 4.8	Mais de 12 meses	3	8,1%
		<i>Sem informação</i>	1	2,7%
Fraturas	Não	29	78,4%	
	Sim	8	21,6%	
Complicações cirúrgicas	Não	24	64,9%	
	Sim	13	35,1%	
Região afetada	Somente o couro cabeludo	9	24,3%	
	Outras regiões:	28	75,7%	
	Olhos	14	37,8%	
	Orelhas	18	48,6%	
	Pálpebras	12	32,4%	
	Pescoço	9	24,3%	
	Sobrancelhas	4	10,8%	
	Ombro	2	5,4%	
	Outra	3	8,1%	
Acessórios	Não usa	4	10,8%	
	Usa:	34	89,2%	
	Chapéu	14	37,8%	
	Peruca	21	56,8%	
	Lenços	9	24,3%	
	Outros	4	10,8%	

Fonte: Própria

Contempla-se também a grande prevalência de outras regiões afetadas, além do couro cabeludo, em que 75,7% tiveram regiões como orelhas, olhos, pálpebra e pescoço afetados. SILVA, (2015), em estudo intitulado qualidade de vida das vítimas de escalpelamento, realizado com 31 mulheres, constatou que das participantes da pesquisa 48,4% relatou ter suas orelhas comprometidas e cerca de 22,6% tiveram seus olhos atingidos. Dessa forma podemos concluir que isso faz evidência quanto ao fato que aspectos físicos importantes para a vida destas mulheres foram comprometidos.

Sabe-se que normalmente o acidente costuma ser tão grave que algumas vítimas não sobrevivem. Porém, como é descrito por Voltolini, (2003), as mulheres que sobrevivem a esse trauma, levam consigo para o resto da vida diversas sequelas, físicas, psicológicas e emocionais. Essas marcas não podem ser esquecidas, por serem traumáticas e um problema de Saúde Pública. Logo ressaltamos que tanto o sofrimento quanto perder seus cabelos e sobrancelhas e terem que utilizar lenços para se esconderem de uma dor que acomete a autoestima, vaidade e vontade de viver.

Levando em consideração que as vítimas possuem a alopecia permanente, o crânio por sua vez fica recoberto apenas por uma camada superficial de pele, sendo bastante sensível ao sol e outras exposições, fator esse decisivo para as vítimas de escalpelamento que contribuem para que as mesmas utilizem perucas, lenços, chapéus etc. Sem contar que diante dos fatos apresentados no presente estudo quanto às marcas deixadas nas vítimas, como a exclusão social e falta de autoestima, faz com que o uso de acessórios seja uma ferramenta para sentirem-se melhores consigo mesmas e femininas (Castro, 2003). Pois segundo DPU-AP, (2016), as vítimas de escalpelamento apresentam históricos de tentativas ao suicídio, assim como em sua maioria depressão, alcoolismo, dificuldade de se relacionar socialmente, se isolam e são vítimas de *bullying*.

Todas essas modificações afetam intempestivamente a autoestima feminina, gerando toda uma mudança comportamental no desenvolvimento afetivo destas mulheres, até que as cirurgias reparadoras cheguem até elas e melhorem a autoimagem e o emocional destas.

A principal queixa de saúde foi a cefaleia que ocorreu em 35 (94,5%) dos casos. Em 24 (64,9%) desses casos a cefaleia é a única queixa, mas existem 11 (29,7%) em que ocorre juntamente com outras queixas. Existiram ainda 3 (8,1%) mulheres que se queixaram de sintomas oftalmológicos (2 somente sintomas oftalmológicos e 1 juntamente com cefaleia). Quanto ao tipo de dor, as mais frequentes foram apenas pulsátil (35,1%), apenas aperto (24,3%), pontada e pulsátil em conjunto (13,5%) e apenas pontada (8,1%). Quanto à região da dor, 29,7% referiram que é por toda a cabeça. Entre as que referiram regiões isoladas, as mais frequentes foram a região frontal e a região occipital (Tabela 5).

Evidentemente, o maior sintoma álgico encontrado nas mulheres deste estudo foi a cefaleia de forma isolada de outros sintomas. Tal fato justifica que é a sequela mais prevalente em vítimas de escalpelamento. São diversos os fatores que podem intensificar e ocasionar as cefaleias. Acredita-se que a exposição ao sol provoca o aquecimento do crânio dando a sensação de calor excessivo e como as mulheres escalpeladas já possuem uma maior fragilidade e hipersensibilidade no couro cabeludo a dor fica mais intensa e frequente, principalmente,

porque o Amapá é considerado um estado quente. Segundo Aguiar e Silva, (2003), o clima é equatorial, quente e úmido sendo que possuem apenas duas estações principais: inverno e verão.

Tabela 5. Caracterização quanto aos sintomas, tipo e região da dor (N = 37).

Variáveis	Categorias	N	%
Principal queixa de saúde	Cefaleia	24	64,9%
	Cefaleia, tontura e problemas na vista	1	2,7%
	Cefaleia e ansiedade	1	2,7%
	Cefaleia e cálculo renal	1	2,7%
	Cefaleia e dor articular	1	2,7%
	Cefaleia e dor cervical	1	2,7%
	Cefaleia e dor nos ouvidos	1	2,7%
	Cefaleia e problema na vista	1	2,7%
	Cefaleia e reumatismos	1	2,7%
	Cefaleia e surdez	1	2,7%
	Cefaleia e tontura	2	5,4%
Tipo de dor	Sintomas oftalmológicos	2	5,4%
	Pulsátil	13	35,1%
	Aperto	9	24,3%
	Pontada e pulsátil	5	13,5%
	Pontada	3	8,1%
	Pontada e aperto	1	2,7%
	Pontada, dormente e pulsátil	1	2,7%
	Pontada, pulsátil e aperto	1	2,7%
	Pulsátil e aperto	1	2,7%
	Pulsátil e dormente	1	2,7%
	Pulsátil e queimação	1	2,7%
Região da dor	<i>Sem informação</i>	1	2,7%
	Toda cabeça	11	29,7%
	Frontal	8	21,6%
	Parietal	7	18,9%
	Frontal e occipital	3	8,1%
	Occipital	3	8,1%
	Frontal e parietal	2	5,4%
	Parietal e occipital	1	2,7%
	Parietal e temporal	1	2,7%
Temporal	1	2,7%	

Fonte: Própria

Outro fator a se considerar é uma alimentação inadequada. A grande maioria das participantes possui renda igual ou inferior a um salário mínimo, o que reafirma que são de uma população mais carente, de classe baixa. Torna-se muito difícil conseguir manter uma boa alimentação diária respeitando as três refeições recomendadas por dia e com os nutrientes necessários para o equilíbrio fisiológico do organismo, portanto, a carência de uma alimentação balanceada pode interferir diretamente no aumento das crises, intensidades e duração da dor. Entretanto, tal relação não foi investigada no presente estudo.

Ademais, uma condição a se investigar é a relação de sintomas emocionais e psicológicos como a ansiedade, estresse e depressão com a prevalência de cefaleias. Um

estudo realizado por Baldacci *et al.*, (2015), em pacientes com MGN mostrou que a presença desses sintomas afeta a manifestação clínica da cefaleia. A alteração na sensação da dor pode ser explicada pelo limiar mais baixo de dor e um aumento da excitabilidade cortical de uma disfunção neuro límbica, portanto, a dor se torna mais recorrentes nas crises mensais.

Ao relacionarmos os sintomas depressivos em vítimas de escalpelamento algumas pesquisas realizadas na literatura observaram quadros depressivos como aspectos consideráveis (CUNHA, 2012, p.7) (FEIO, 2016), uma vez que, os sofrimentos psíquicos e sociais são muitas vezes superiores as sequelas físicas deixadas. O escalpelamento está diretamente relacionado à feminilidade nas mulheres, o que provoca uma modificação profunda na auto-imagem.

A cefaleia apesar de ser o sintoma mais frequente (SILVA, 2015) (FEIO, 2016) deve ser considerada como um sinal de alerta seja consequência grave ou não (SPECIALI, 1997), pois, mesmo que a causa seja por traumas leves o tratamento é complexo (DUBROVSKY; FRIEDMAN; KOCILLOWICZ, 2014) e, muitas vezes, o sintoma se associa a outros quadros patológicos e precisam ser investigados além de, alterarem a QV (ROCHA FILHO, 2006).

É importante que se desvende outras características associadas aos sintomas nas vítimas de escalpelamento para que se possa ter uma visão global das causas primárias e secundárias e estabelecer novas variáveis para investigar a QV para aprimorar as informações e assistência às mulheres.

Apenas 10,8% referiram que raramente têm dor, 45,9% têm dor às vezes e 43,2% têm dor diariamente. Quanto à duração da dor, predominam as que referem dor por menos de 30 minutos (35,1%) e por um período superior a 7 horas (29,7%) (Figura 15).

Com base nas características da dor encontradas neste estudo a maior parte das mulheres relatam o tipo púlsatil, em toda a cabeça, com frequência diária ou ocasional e com duração rápida (<30 min) ou longa (>7 horas). A diferenciação de cada característica pode ser explicada pelos diagnósticos mais prevalentes encontrados.

De acordo com o Manual Internacional de Classificação das Cefaleias (ICHD, 2006) as cefaleias podem apresentar características específicas dependendo do diagnóstico estabelecido. As cefaleias mais prevalentes manifestam-se com crises que podem durar de 4 a 72 horas, geralmente, de caráter pulsátil, intensidade moderada ou forte e localização unilateral.

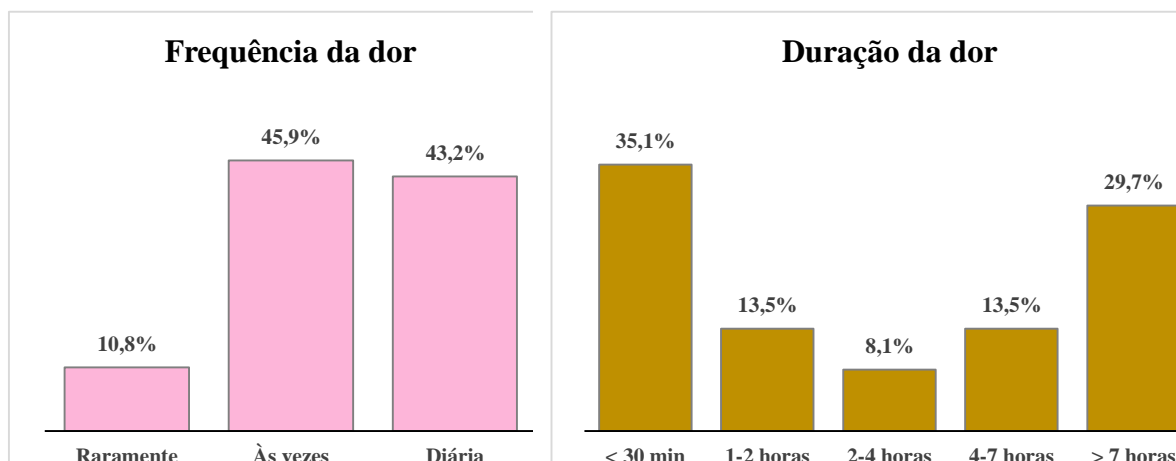


Figura 15: Distribuição quanto à frequência e duração da dor (n = 37).

Fonte: Própria

A classificação mais comum encontrada de cefaleia que é a migrânea ajuda a descrever as características encontradas. Segundo ICHD, (2006), os sintomas dependem se há ou não o aparecimento das “auras”. A cefaleia sem aura possui caráter pulsátil e localização unilateral e durante a crise pode aparecer náuseas e/ou vômitos, fotofobia e/ou fonofobia e são as com duração mais prolongada podendo chegar até 72 horas. A cefaleia com aura se manifesta na forma de crises de sintomas neurológicos focais reversíveis que tem duração menos de 5 a 20 minutos, geralmente, não ultrapassando 60 minutos. Essas considerações podem responder aos resultados encontrados em que a migrânea foi a mais prevalente.

As questões sobre a intensidade da dor (Figura 16) revelam que a maioria tem dores fortes e incapacitantes. De fato, apenas 2,7% referiu ter uma dor leve. Mais de metade das mulheres referiu ter dor forte (32,4%) ou muito forte (27,0%). Quando questionadas para classificar a dor nos últimos 6 meses numa escala de 1 a 10, aproximadamente 60% responderam 8, 9 ou 10. A média das respostas foi igual a 7,3. Este valor, bem acima do ponto médio da escala, indica a existência de dores fortes na maioria das mulheres (Figura 16).

Tal ocorrência nos direciona para a cronicidade dos sintomas. A dor aguda, em tese, está direcionada a uma lesão no organismo e é de curta duração podendo desaparecer com a cicatrização das lesões teciduais. A dor crônica, no entanto, persiste em formas contínuas ou recorrentes, sua prevalência varia pelos critérios utilizados para classificar a dor crônica nas que surgiram < 3 meses e > 6 meses de aparecimento (SOUZA, 2017). As participantes responderam sobre as características e intensidades da dor nos últimos seis meses.

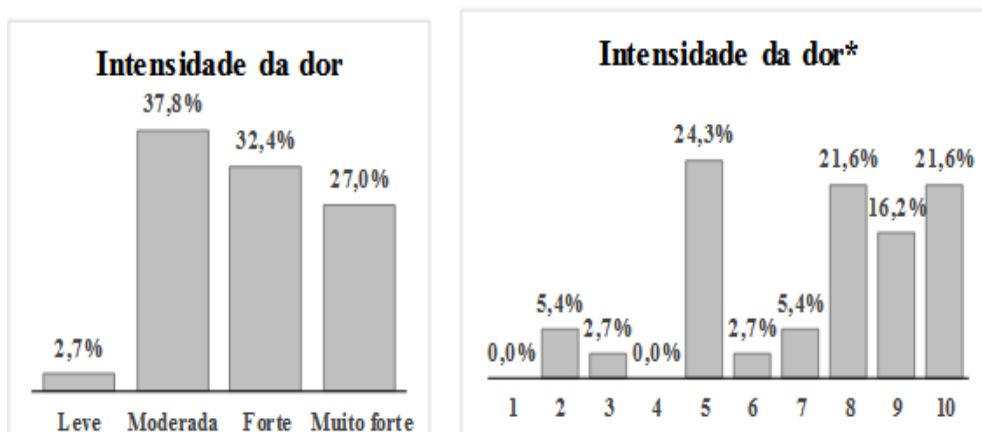


Figura 16: Distribuição quanto à intensidade da dor (n = 37).

Fonte: Própria

* Avaliação para o quanto a dor de cabeça interferiu nas atividades diárias, numa escala de 1 a 10 onde 0 seria nenhuma interferência e 10 seria a incapacidade de realizar tarefas (média = 7.3; desvio-padrão = 2.3)

Alguns estudos transversais sugerem que a dor crônica se associa com o sexo feminino, idade avançada, baixo nível sócioeconômico, baixo nível de escolaridade e falta da prática de atividade física (SANTOS, 2015). A relação descrita por este autor corresponde o perfil encontrado nas mulheres deste estudo. Apesar do impacto que a dor crônica traz ao indivíduo e sociedade são poucos os estudos epidemiológicos de base populacional sobre o assunto.

Mais de metade das mulheres (56,8%) referiram que a dor surgiu após o acidente. Os sintomas mais referidos foram a fotofobia (45,9%), a fonofobia (45,9%) e as náuseas (48,6%). O calor (59,5%), o barulho (45,9%) e a ansiedade (43,2%) foram os fatores de piora da dor mais referidos. Quanto aos fatores de melhora, o mais referido foi o analgésico isolado (43,2%) ou juntamente com outros fatores: com repouso (18,9%), com água fria (10,8%), com banho (10,8%) (Tabela 6).

Em relação a associação direta do surgimento da cefaleia após o acidente não encontramos na literatura estudos específicos com o escalpelamento causado por eixo de motor dos pequenos barcos. Porém, há evidências científicas que analisam o aparecimento deste sintoma após traumas cranianos. Wessely e Holzner, (1987), realizaram um dos primeiros estudos sobre os problemas das cefaleias pós trauma. Os autores afirmaram que a CPT é geralmente um termo utilizado para localizar a dor na cabeça ou pescoço que ocorre após um trauma craniano de diversas etiologias ou patologias. As cefaleias são comumente causadas por lesões cerebrais, coluna cervical ou estruturas intracranianas.

Dubrovsky, Friedman e Kocillowicz, (2014), realizaram um estudo com o objetivo de caracterizar o efeito terapêutico dos bloqueios nervosos periféricos no escalpo em crianças e adolescentes com cefaleia pós-traumática. Neste, os autores afirmam que as lesões cerebrais traumáticas ocasionam cefaleias como sintomas persistentes mesmo em traumas leves e pode

ser um desafio para tratá-la. Os autores consideram que os bloqueios nervosos podem ser utilizados para alívio imediato das cefaleias causadas após traumas.

Tabela 6: Caracterização quanto aos sintomas e tipo de dor (n = 37).

Variáveis	Categorias	N	%
Surgiu após	Acidente	21	56,8%
	Recente	5	13,5%
	Antes do acidente	3	8,1%
	Cirurgia	3	8,1%
	Acidente e cirurgia	2	5,4%
	Não lembra	3	8,1%
Sintomas associados	Fotofobia	17	45,9%
	Fonofobia	17	45,9%
	Náuseas	18	48,6%
	Vômito	5	13,5%
	Tontura	1	2,7%
	Outros	1	2,7%
	Nenhum	5	13,5%
Fator de piora	Calor	22	59,5%
	Barulho	17	45,9%
	Ansiedade	16	43,2%
	Cheiro	3	8,1%
	Outro	1	2,7%
	Não sabe	2	5,4%
Fator de melhora	Analgésico	16	43,2
	Analgésico e repouso	7	18,9
	Analgésico e água fria	4	10,8
	Analgésico e banho	4	10,8
	Água fria	2	5,4
	Analgésico, repouso e banho	2	5,4
	Repouso	1	2,7
	Outro	1	2,7

Fonte: Própria.

Dubrovsky, Friedman e Kocillovicz, (2014), realizaram um estudo com o objetivo de caracterizar o efeito terapêutico dos bloqueios nervosos periféricos no escalpo em crianças e adolescentes com cefaleia pós-traumática. Neste, os autores afirmam que as lesões cerebrais traumáticas ocasionam cefaleias como sintomas persistentes mesmo em traumas leves e pode ser um desafio para tratá-la. Os autores consideram que os bloqueios nervosos podem ser utilizados para alívio imediato das cefaleias causadas após traumas.

Rocha Filho, (2006), em sua tese estudou a cefaleia pós-craniotomia nos primeiros seis meses. Foram utilizados questionários semiestruturados, diários de cefaleia, escalas para ansiedade, depressão, sonolência diurna e qualidade de vida. O autor incluiu 79 pacientes da grande maioria do sexo feminino. Seus resultados mostraram que a cefaleia após a craniotomia teve alta incidência e em um início precoce, características diferentes e maior frequência que a cefaleia prévia e que, estava associada a outras disfunções como a temporomandibular, sintomas depressivos e ansiosos além da repercussão sobre QV.

Algumas classificações das cefaleias como a migrânea (MGN) pode ser dividida em dois grupos: com aura e sem aura. A MGN sem aura é uma síndrome clínica caracterizada por características específicas e outros sintomas associados. A com aura é primariamente caracteriza por sintomas neurológicos que podem preceder ou acompanhar a cefaleia (ICHD, 2006).

Os sintomas associados encontrados podem ser explicados pelos mecanismos fisiopatológicos em que o tronco encefálico e os sistemas diencefálicos que modulam sinais aferentes ou sensitivos, na fase que antecede a cefaleia (pré-premonitória), iniciam com a fotofobia ou fonofobia e começam a evoluir para fase posterior que é o aparecimento da dor e após um tempo, a fase pós-dromal (GOADSBY *et al.*, 2017).

A migrânea também conhecida como enxaqueca é uma classificação das cefaleias que pode ser acompanhada de outros sintomas como náuseas e vômitos. Geralmente, ocorre em um período de 4-72 horas e tem caráter incapacitante. Pode ser com aura, unilateral, pulsátil além da fotofobia e fonofobia. Entre 6-9% dos homens e cerca de 17-18% das mulheres apresentam quadros de migrânea. Estima-se que a população global sofre do tipo crônico (YOUNG, 2011). A fotofobia, fonofobia e náuseas foram os principais sintomas encontrados. Desse modo, a literatura nos explica o surgimento desses antes da dor.

Mais da metade das vítimas afirmaram que o calor é o principal fator de piora das crises álgicas. Como já relatado, as mulheres escalpeladas têm uma maior fragilidade na região de avulsão do escalpo o que acarreta em estruturas mais sensíveis à exposição ao sol ou calor por longos períodos (DPU, 2016).

É nítida a utilização dos próprios recursos para tentar amenizar as crises de dor. O uso de medicamentos é a principal forma de tratamento das mulheres desta pesquisa. As crises frequentes da cefaleia em mulheres podem ser distinguidas pelo uso abusivo de medicamentos o que pode cronificar a dor e resultar em um novo tipo de cefaleia que é codificada como Cefaleia por uso excessivo de medicamentos (ICHD, 2006). As consequências negativas da dor excedem preocupações para a utilização de analgésicos. O estresse causado pela situação deve ser evitado para não chegar a proporções catastróficas ao indivíduo (KLAUMANN; WOUK; SILLAS, 2008, p.10).

Esta afirmação nos alerta pelo fato que a automedicação pode oferecer, muitas vezes, danos ao invés de benefícios à saúde. Ressaltamos que o tratamento das cefaleias é complexo e exige um elevado custo financeiro, dessa forma, é mais viável para as vítimas realizarem seus próprios meios de tratamento de acordo com a realidade de cada uma.

Todas as 37 mulheres referiram que tiveram assistência profissional de médico, enfermeiro e assistente social, entretanto, esse acompanhamento persistiu somente no atendimento intra hospitalar. As vítimas relatam que no período que estavam internadas para a realização das cirurgias ou no pós operatório a equipe de tratamento estava presente. Todas as mulheres afirmam que somente esses três profissionais participaram do processo de recuperação. Ao considerarmos a magnitude do trauma e os inúmeros transtornos gerados torna-se fundamental a presença de uma equipe multidisciplinar completa, incluindo, principalmente, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais e psicólogos.

Martins e Silva, (2013), expõem que essa temática ainda é pouco conhecida em muitos meios como em livros os meios de comunicação, tornando algo desconhecido por uma parte da população brasileira e também por profissionais da saúde, por ser um assunto ausente nos conteúdos de alguns cursos de graduação na área da saúde.

A literatura traz estudos realizados por autores que mostram a importância da atuação multidisciplinar na assistência a essas vítimas como citado por Castro, (2008) o qual realizou um estudo sobre a prevalência de desordens temporomandibulares nas vítimas e enfatizou na importância da multidisciplinaridade na prevenção e tratamento além da intervenção fisioterapêutica nos distúrbios encontrados.

Lopes e Corrêa, (2013), compreenderam o processo de perda, luto nas situações de escalpelamento através da assistência da terapia ocupacional. A pesquisa mostrou a relevância do terapeuta ocupacional para o retorno das crianças em suas atividades significativas. Beckman e Santos, (2004), também realizaram um estudo sobre a terapia ocupacional no escalpelamento e, os autores consideram que a inclusão de uma equipe completa e especializada é fundamental. Outros estudos que englobam a temática enfatizam que se trata de um acidente complexo e que atinge aspectos globais nas vítimas sendo necessário profissionais especializados e multidisciplinares para melhor tratar, assistir e acompanhar as vítimas.

5.2 CLASSIFICAÇÃO DAS CEFALÉIAS

Em relação ao diagnóstico das cefaleias a forma mais prevalente foi a Migrânea: 14 (37,8%) mulheres referiram apenas Migrânea e 5 (13,5%) referiram Migrânea associada a outras classificações ou juntamente com outras condições (Migrânea e cefaleia tensional,

Migrânea e tensional, Migrânea esporádica, Migrânea esporádica sem aura e Tensional leve e migrânea).

Quanto à causa da cefaleia, foi associada apenas ao trauma em 11 (29,7%) dos casos, ao trauma e à cirurgia em 3 (8,1%) dos casos e à apenas à cirurgia em 2 (5,4%) dos casos (Tabela 7).

Tabela 7: Caracterização quanto ao diagnóstico de cefaleias (n = 37).

Variáveis	Categorias	N	%
Tipo de cefaleia	Migrânea	14	37,8%
	Cefaleia tensional	7	18,9%
	Cefaleia pós-trauma	6	16,2%
	Cefaleia crônica diária	2	5,4%
	Cefaleia tensional crônica	2	5,4%
	Cefaleia secundária pós-traumática	1	2,7%
	Migrânea e cefaleia tensional	1	2,7%
	Migrânea e tensional	1	2,7%
	Migrânea esporádica	1	2,7%
	Migrânea esporádica sem aura	1	2,7%
	Tensional leve e migrânea	1	2,7%
	Associada a:	Trauma	11
Trauma e cirurgia		3	8,1%
Cirurgia		2	5,4%
Dúvida		1	2,7%
Sem relação direta		6	16,2%
Não há como identificar		14	37,8%

Fonte: Própria

Alguns autores como Castro, (2008), Beckman e Santos, (2004) e Martins e Silva, (2013), relatam em seus estudos que uma das principais sequelas do escalpelamento é a cefaleia tensional, afirmação não encontrada no presente estudo em que a MGN foi a classificação mais prevalente. Entretanto, não foram utilizados métodos diagnósticos da classificação das cefaleias em nenhum estudo encontrado segundo os critérios da ICHD.

A MGN ameaça os seres humanos por mais de dois milênios e é manifesta em todos os continentes estudados bem como mais de um bilhão de pacientes que já sofreram crises em qualquer época do ano, a enxaqueca é a sexta causa mais comum de deficiência no planeta (GOADSBY *et al.*, 2017) e apresentada como a classificação mais comum da cefaleia.

Segundo Young, (2017), a migrânea é até três vezes mais prevalente nas mulheres que nos homens, e as mulheres relatam crises com duração mais prolongada, aumentando a recorrência e incapacidades com um período maior para recuperação e seu nível de impacto é avaliado a partir da duração da dor, intensidade, frequência e a interferência nas atividades diárias e qualidade de vida nos períodos de crises. A enxaqueca, especificamente com aura, foi identificada como um fator de risco para distúrbios vasculares, particularmente em

mulheres. Há outras evidências que implicam no papel de hormônios sexuais femininos como um fator importante na determinação do risco e características da enxaqueca ainda, a variância genética subjacente.

A literatura traz muitas hipóteses para explicar a etiologia da MGN como alimentação, distúrbios plaquetários, origem psicogênica e neurogênica, crises alérgicas, alterações serotoninérgicas, genética, entre outras (VINCENT, 1997). Porém, cada indivíduo deve ser avaliado respeitando suas próprias particularidades.

A MGN não é dor, mas é um estado de susceptibilidade e crises que se caracterizam por um conjunto de sintomas que incluem a cefaleia. Ela depende, na verdade, da predisposição individual dos fatores desencadeantes como chocolate, estresse, ansiedade, alimentos com tiramina e alterações mandibulares, entre outras (GOADSBY *et al.*, 2017). É uma condição caracterizada por crises recorrentes. Esta é considerada a sétima causa de anos de vida perdidos por incapacidades no mundo. A MGN deve ser considerada como um problema clínico, mas também como um problema de saúde pública. Seu impacto é relevante para os indivíduos, em termos de sofrimento pessoal e redução na qualidade de vida, e na sociedade, em termos de produtividade reduzida e aumento dos custos para o sistema de saúde (D'ALMICO *et al.*, 2015).

Dependendo da sua causa subjacente a cefaleia pode ser definida como distúrbio primário ou secundário. A Classificação Internacional das Cefaleias identifica a dor de cabeça como enxaqueca, tensionais, em salvas entre outras. As primárias compreendem as causas sem etiologia definida e mais comuns e as secundárias partem de distúrbios subjacentes devido traumas, infecções, cirurgias ou malignidades (TABATABAI; SWADRON, 2016).

Encontramos neste estudo a associação considerável de 29,7% das mulheres com cefaleias associadas ao trauma. Quando a cefaleia com características de migrânea ocorre pela primeira vez em estreita relação temporal com um outro transtorno é reconhecida como cefaleia secundária. Quando a MGN já é preexistente e não há uma causa reconhecida é classificada como primária (ICHD, 2006).

Em contrapartida, uma porcentagem significativa de 37,8% não foi possível identificar por faltas de informações específicas para se estabelecer o diagnóstico exato. Algumas participantes por terem sofrido o trauma ainda na infância não recordam o tempo que levaram para o surgimento dos sintomas de forma exata. Além do mais, Cunha *et al.*, (2012) atribui que há uma escassa falta de informações registradas sobre os acidentes, fazendo com que dados importantes da época do trauma sejam perdidos.

A cefaleia pós-traumática (CPT) torna-se um dos sintomas mais debilitantes e difíceis de tratar após uma lesão cerebral traumática ou uma concussão. Apesar de sua complexidade, a CPT é comum em pacientes com este histórico (BREE; LEVY, 2016). Segundo um estudo realizado por Minen *et al.*, (2016), a CPT é a mais comum das classificações secundárias da cefaleia e pode ser o sintoma mais comum de concussão.

5.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Os resultados do questionário WHOQOL-bref mostraram quanto aos domínios que todos apresentam valores de Alpha de Cronbach indicadores de uma boa consistência interna: “Domínio Físico” (Alfa = 0,702), “Domínio Psicológico” (Alpha de Cronbach = 0,715), “Domínio Relações Sociais” (Alpha de Cronbach = 0,685) e “Domínio Meio Ambiente” (Alpha de Cronbach = 0,688) (Tabela 8). A escala da Qualidade de Vida Global apresenta um valor de Alpha de Cronbach (0,860) indicador de confiabilidade (ou consistência interna) muito boa.

Tabela 8: Confiabilidade (Alpha de Cronbach) das dimensões Escala da Qualidade de Vida – WHOQOL-BREF (N = 37).

Domínios da QV	Número de itens	Alpha de Cronbach
Percepção geral sobre a qualidade de vida	1	-
Percepção geral sobre a saúde	1	-
Domínio Físico	7	0,702
Domínio Psicológico	6	0,715
Domínio Relações Sociais	3	0,685
Domínio Meio Ambiente	8	0,688
Qualidade de Vida Global	24	0,860

Fonte: Própria

Os resultados da caracterização da qualidade de vida são apresentados na figura 17. A média da Qualidade de Vida global foi de 58,5 (numa escala de 0 a 100), acima do ponto médio da escala (50), indicando níveis razoáveis de qualidade de vida geral. Analisando os 4 domínios da qualidade de vida, observam-se valores médios mais elevados no domínio Relações Sociais (Média = 76,4) e mais baixos no domínio Meio Ambiente (Média = 44,6). A média do domínio Físico (Média = 53,6) encontra-se ligeiramente acima do ponto médio da escala. A média do domínio Psicológico (Média = 59,6) é mais elevada do que a do domínio físico, indicando melhor qualidade de vida psicológica do que física.

A média do item individual da percepção geral sobre a qualidade de vida (Média = 52,7) foi próximo do ponto médio. A média da percepção geral sobre a saúde (Média = 45,3)

encontra-se abaixo do ponto médio da escala, indicando que, de uma forma geral as mulheres participantes têm uma percepção negativa sobre o seu estado de saúde.

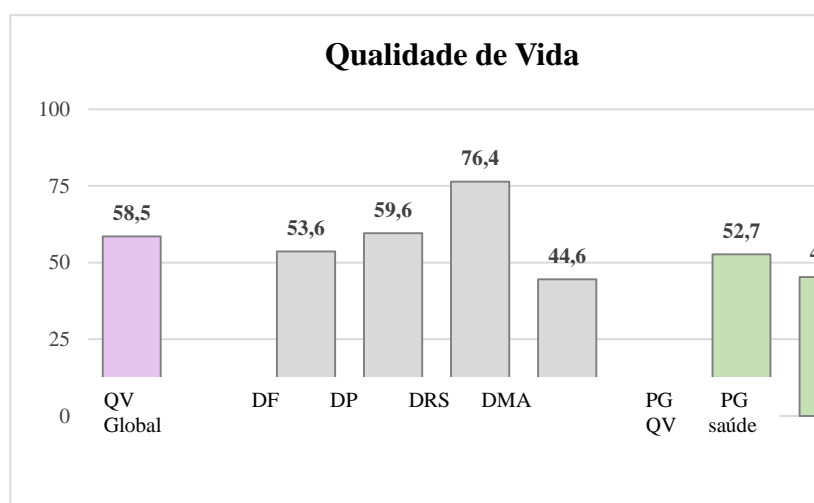


Figura 17: Caracterização da Qualidade de Vida (médias) (n = 37).

Fonte: Própria

A maior parte das variáveis em estudo relacionadas com a qualidade de vida não têm distribuição normal ($p < 0,05$). Por esse motivo na secção seguinte serão utilizados testes não paramétricos para o estudo das correlações com as diferentes dimensões da qualidade de vida (Tabela 9).

A análise sobre a percepção geral da saúde ressaltou a importância que é para as mulheres do estudo uma boa visão sobre a qualidade de vida nesse aspecto. Almeida, Gutierrez e Marques (2012, p. 40) consideram que a associação entre a QV e a saúde depende do fator cultural o qual está inserido o indivíduo, além dos aspectos subjetivos da própria pessoa e objetivos, voltados aos programas públicos que visam a melhoria das condições de saúde da população.

Tabela 9: Medidas descritivas e normalidade das dimensões da qualidade de vida (n = 37).

Domínios da QV	Teste de Shapiro-Wilk ⁽¹⁾	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Percepção geral sobre a qualidade de vida	0.001	0,0	75,0	52,7	24,1
Percepção geral sobre a saúde	0.005	0,0	100,0	45,3	28,8
Domínio Físico	0.050	17,9	78,6	53,6	16,1
Domínio Psicológico	0.008	12,5	87,5	59,6	17,5
Domínio Relações Sociais	0.008	41,7	100,0	76,4	17,1
Domínio Meio Ambiente	0.305	18,8	84,4	44,6	14,7
Qualidade de Vida Global	0.465	24,8	83,7	58,5	12,1

Fonte: Própria

⁽¹⁾ Teste de Shapiro-Wilk para o estudo da normalidade dos dados: se $p > 0.05$ a variável tem distribuição normal; se $p < 0.05$ a variável não tem distribuição normal.

Os resultados deste estudo mostraram que o sistema público de saúde é o único acesso da grande maioria das mulheres. Por outro lado, já apontados anteriormente, existem programas, ONGS e políticas públicas que beneficiam a assistência à mulher na sociedade como o PAISM, AMRVEA. O projeto de Lei nº3.397 de 2012 garante a realização de cirurgias reparadoras e reconstrutivas e assistência social e psicológica, gratuitamente, às vítimas de escarpelamento. A Lei ainda assegura que os hospitais e os centros de saúde pública, ao recebem as vítimas, deverão informá-las da possibilidade cirúrgica para a reparação ou reconstrução das lesões ou sequelas decorrentes do acidente, bem como o acompanhamento social e psicológico.

Acreditamos que a insatisfação das vítimas, apesar dos projetos governamentais e não governamentais encontrados, está na falta de assistência prática. Algumas mulheres não são informadas ou não são atendidas pela equipe de forma satisfatória já que a maioria dos casos ocorre nas regiões ribeirinhas com famílias de baixa renda que não tem condições para pagar pelos tratamentos, logo, é necessário que o SUS cumpra sua vocação de atendimento na íntegra para a assistência diferenciada das vítimas.

Percebe-se que o domínio Meio Ambiente apresentou menor escore, o que significa dizer que este está desfavorável as mulheres, necessitando de melhorias. Esse domínio engloba facetas que avaliam o ambiente físico, meio ambiente, ambiente no lar, recursos financeiros, segurança física e proteção, cuidados de saúde e sociais, recreação e lazer, transporte e novas informações e habilidades, ou sejam, são todos os aspectos que influenciam na qualidade de vida externamente.

O domínio, portanto, envolve as percepções relatadas pela maioria das mulheres referentes a baixa renda financeira, dificuldades no acesso e cuidados com a saúde e na participação social, a falta de lazer, a precariedade das condições físicas no ambiente onde moram, dificuldade nos meios de locomoção pela distância dos transportes públicos e as poucas oportunidades em adquirir novas informações e habilidades, visto que, muitas são vítimas da exclusão social. Tais afirmações podem ser justificadas pela informações sócio-demográficas das mulheres do estudo as quais se encontram dentro destas percepções.

Para que se possa obter melhorias significativas sobre a qualidade de vida nesse domínio, os pontos avaliados são complexos e envolvem todo um Governo e uma sociedade em sua elaboração. Sabe-se que a realidade do Brasil é marcada pela desigualdade social desde tempos históricos onde os mais pobres são os que habitam nos locais mais periféricos, distantes e poluídos. O Brasil não é considerado um país pobre, mas um país desigual e

injusto, com uma grande parte da população pobre. Combater a desigualdade social é enfrentar um grande desafio de combinar a democracia juntamente com economia e a justiça social em consonância com a política e instituições responsáveis (BARROS; HENRIQUES; MENDONÇA, 2000, p. 124-129).

5.4 COMPARAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA COM AS VARIÁVEIS ESTILO DE VIDA, TRAUMA E CLASSIFICAÇÃO DAS CEFALÉIAS

Os resultados estabelecidos na tabela 10 apresentam a associação entre o estilo de vida e os domínios da QV das participantes do presente estudo.

Não existem diferenças estatisticamente significativas quanto à QV entre as hipertensas e não hipertensas ($p > 0,05$), entre as que usam bebidas alcoólicas e as que não usam ($p > 0,05$), entre as que fazem uso de remédio controlado e as que não fazem ($p > 0,05$), nem entre as que fazem exercício físico e as que não fazem ($p > 0,05$).

Em geral, as mulheres não fumantes têm melhor resultado sobre a QV do que as fumantes. As diferenças são significativas, principalmente, na QV global ($p = 0,016$), no domínio psicológico ($p = 0,016$) e no domínio meio ambiente ($p = 0,002$).

As mulheres que têm atividades de lazer têm QV global ($p = 0,083$) e o domínio psicológico ($p = 0,013$) significativamente melhor do que as que não têm atividades de lazer.

Entre as análises comparadas sobre a variável estilo de vida, destacam-se de forma estatisticamente significativa as participantes fumantes e não-fumantes e as que têm atividade de lazer das que não possuem.

O tabagismo apresenta sempre grandes repercussões quando referente a saúde. Segundo dados da OMS as principais causas de doenças crônicas não transmissíveis estão relacionadas ao uso contínuo do tabaco. Segundo Corrêa *et al.*, (2016), os países com baixo poder econômico e nas populações mais pobres e com menor escolaridade o índice do tabagismo tende a aumentar. A compreensão psicológica exige uma ampla abordagem ao considerar que o consumo de cigarros envolve motivações emocionais, culturais, sociais e culturais (DIAS; TURATO, 2006). Levando em consideração as dificuldades enfrentadas por estas mulheres o tabagismo parece ser um refúgio. Esta condição leva a maior adesão, porém, afeta a qualidade de vida global.

Estudos podem comprovar que a qualidade de vida entre fumantes é inferior se comparada aos não fumantes. Mulheres com uma história materna e familiar de abuso de

substâncias psicoativas podem ter uma influência de fatores genéticos e ambientais para a dependência dessas drogas, sendo necessária a identificação clara e consistente dos padrões familiares de abuso de substâncias e de doenças mentais entre elas (CASTRO; MATSUO; NUNES, 2010). A partir daí, seria interessante relacionar, em estudos posteriores, a existência de transtornos de humor (como ansiedade e depressão) que podem piorar a qualidade de vida do tabagista (MOREIRA, *et al.*, 2011).

Tabela 10: Comparação entre o estilo de vida e a Qualidade de Vida (n = 37).

	QUALIDADE DE VIDA				
	GLOBAL	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente
Hipertensa					
Não	58.7 (11.7)	53.2 (16.2)	60.9 (17.5)	76.8 (16.8)	43.8 (14.7)
Sim	57.4 (17.2)	56.3 (18.3)	49.0 (15.0)	72.9 (21.9)	51.6 (14.8)
<i>Teste de Mann-Whitney</i>	$p = 0.795$	$p = 0.688$	$p = 0.140$	$p = 0.795$	$p = 0.306$
Fumante					
Não	60.0 (11.7)	54.7 (16.4)	61.7 (16.8)	77.0 (16.9)	46.7 (14.1)
Sim	46.1 (8.5)	44.6 (12.2)	41.7 (12.3)	70.8 (19.8)	27.3 (4.7)
<i>Teste de Mann-Whitney</i>	$p = 0.016^*$	$p = 0.170$	$p = 0.016^*$	$p = 0.587$	$p = 0.002^*$
Uso de bebida alcoólica					
Não	57.6 (12.3)	53.0 (15.7)	58.2 (17.8)	75.3 (17.3)	43.8 (14.9)
Sim	64.7 (9.6)	57.1 (20.4)	68.3 (13.4)	83.3 (15.6)	50.0 (13.4)
<i>Teste de Mann-Whitney</i>	$p = 0.153$	$p = 0.374$	$p = 0.213$	$p = 0.266$	$p = 0.307$
Faz uso de remédio controlado					
Não	58.1 (11.2)	52.6 (16.5)	60.1 (17.9)	76.7 (16.3)	43.1 (13.2)
Sim	60.2 (16.3)	57.7 (14.9)	57.1 (16.4)	75.0 (21.5)	50.9 (20.1)
<i>Teste de Mann-Whitney</i>	$p = 0.662$	$p = 0.482$	$p = 0.608$	$p = 0.985$	$p = 0.458$
Prática exercício físico					
Não	57.6 (12.5)	51.5 (17.1)	57.1 (19.1)	77.7 (16.8)	44.1 (14.7)
Sim	61.4 (10.8)	59.9 (11.1)	67.1 (7.3)	72.2 (18.2)	46.2 (15.6)
<i>Teste de Mann-Whitney</i>	$p = 0.542$	$p = 0.302$	$p = 0.100$	$p = 0.453$	$p = 0.794$
Tem atividades de lazer					
Não	53.5 (16.1)	46.4 (19.3)	50.0 (17.9)	77.1 (19.8)	40.4 (18.9)
Sim	60.9 (9.1)	57.0 (13.5)	64.2 (15.6)	76.0 (16.0)	46.6 (12.2)
<i>Teste de Mann-Whitney</i>	$p = 0.083^*$	$p = 0.133$	$p = 0.013^*$	$p = 0.666$	$p = 0.109$

Fonte: Própria

Um dos fatores que fazer a pessoa se tornar fumante é relacionado a aceitação social e o medo de não saber lidar com os problemas da vida. No caso das vítimas de escarpelamento o processo de aceitação social é muito citado por muitos autores na literatura em que identificam a necessidade de acolhimento das mulheres e reintegração social. A barreira encontrada nessa área pode ser a razão pela qual surge o medo, insegurança de enfrentar o desafio, assim, o vício ao cigarro, bebida ou outra substância se tornam uma saída para esquecer as dificuldades e buscar aceitação.

A falta de atividades de lazer afeta a saúde global e psicológica. Minayo, Hartz e Buss, (2000), considera o lazer como satisfação das necessidades mais elementares da vida humana e são de extrema importância para a obtenção de uma satisfatória QV.

Não foi encontrada associação da qualidade de vida nem com o escalpelamento ($p > 0,05$) nem com a existência de fraturas ($p > 0,05$) (Tabela 11).

Tabela 11: Tipo de escalpelamento e fraturas com a qualidade de vida (n = 37).

	QUALIDADE DE VIDA				
	GLOBAL	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente
Escalpelamento					
Total	57.6 (14.2)	50.4 (18.8)	57.1 (19.9)	79.2 (18.0)	43.6 (17.2)
Parcial	59.7 (9.4)	57.4 (11.9)	62.5 (14.1)	73.0 (15.7)	45.8 (11.6)
<i>Teste de Mann-Whitney</i>	$p = 0,821$	$p = 0,407$	$p = 0,662$	$p = 0,220$	$p = 0,497$
Fraturas					
Não	57.8 (12.7)	52.0 (17.0)	59.1 (16.6)	75.9 (18.1)	44.4 (15.5)
Sim	61.1 (9.6)	59.4 (11.9)	61.5 (21.4)	78.1 (13.3)	45.3 (12.6)
<i>Teste de Mann-Whitney</i>	$p = 0,393$	$p = 0,251$	$p = 0,550$	$p = 0,986$	$p = 0,758$

Fonte: Própria

Valores apresentados na forma: média (desvio-padrão).

Os resultados que correlacionam a idade do trauma, número de cirurgias, internações, frequência, duração e intensidade da dor com a QV são representados na tabela 12.

Foram identificadas correlações negativas entre a QV e a idade de ocorrência do trauma, indicando que quanto maior a idade de ocorrência do trauma, pior é a QV. A correlação é significativa para o domínio psicológico ($R = -0,360$; $p = 0,028$).

O número de cirurgias realizadas e quanto ao tempo de internação após o acidente não mostraram resultados significantes para os domínios avaliados para melhora ou piora na QV. A duração da dor também não mostrou correlação significativa nos itens avaliados.

De outro modo, tanto a frequência da dor como a intensidade estão negativamente correlacionadas (grau fraco) com o aspecto físico (frequência: $r = -0.430$, $p = 0.008$; intensidade: $r = -0.369$, $p = 0.025$) indicando que quanto mais frequente e intensa é a dor, pior é a QV o domínio físico.

Estudos epidemiológicos realizados na infância e adolescência revelam que a prevalência da cefaleia aumenta diretamente proporcional à idade das crianças (GHERPELLI, 2002, p. 3). Um estudo retrospectivo realizado por Rothner et al., (2000) considerou uma amostra de 2.921 crianças com cefaleia e verificou que a prevalência aos 7 anos de idade era de 39% e, aos 14 anos aumentou para 69%.

Sendo assim, a idade (tempo de ocorrência do acidente) se associa com maior dificuldade de aceitação do trauma. Acreditamos que quando o acidente ocorre com mulheres

já maduras e que tiveram suas vidas transformadas de forma repentina o processo de auto aceitação, culpa e sofrimento são ainda maiores, levando em consideração que estas tiveram muitos anos de suas vidas vividos normalmente e sem restrições e, ao se depararem com a magnitude do acidente, lamentam pelas sequelas oriundas.

Tabela 12: Correlações da idade do trauma, número de cirurgias, internações, frequência da dor, duração da dor e intensidade da dor com a Qualidade de Vida – Coeficiente de Correlação de Spearman (N = 37).

	QUALIDADE DE VIDA				
	GLOBAL	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente
Idade de ocorrência do trauma					
Coeficiente de Correlação (r)	-0.247	-0.091	-0.360	-0.244	-0.125
Significância	<i>p</i> = 0.140	<i>p</i> = 0.593	<i>p</i> = 0.028*	<i>p</i> = 0.146	<i>p</i> = 0.461
Número de cirurgias					
Coeficiente de Correlação (r)	0.115	0.205	0.317	-0.118	0.010
Significância	<i>p</i> = 0.505	<i>p</i> = 0.229	<i>p</i> = 0.060	<i>p</i> = 0.494	<i>p</i> = 0.952
Tempo de internação					
Coeficiente de Correlação (r)	-0.177	-0.036	0.051	-0.264	-0.298
Significância	<i>p</i> = 0.300	<i>p</i> = 0.834	<i>p</i> = 0.768	<i>p</i> = 0.120	<i>p</i> = 0.077
Frequência da dor					
Coeficiente de Correlação (r)	-0.299	-0.430	-0.070	-0.120	-0.298
Significância	<i>p</i> = 0.072	<i>p</i> = 0.008*	<i>p</i> = 0.682	<i>p</i> = 0.481	<i>p</i> = 0.073
Duração da dor					
Coeficiente de Correlação (r)	-0.258	-0.140	-0.219	-0.079	-0.208
Significância	<i>p</i> = 0.123	<i>p</i> = 0.409	<i>p</i> = 0.192	<i>p</i> = 0.642	<i>p</i> = 0.217
Intensidade da dor					
Coeficiente de Correlação (r)	-0.308	-0.369	-0.127	0.063	-0.300
Significância	<i>p</i> = 0.064	<i>p</i> = 0.025*	<i>p</i> = 0.453	<i>p</i> = 0.712	<i>p</i> = 0.071

Fonte: Própria

r – Coeficiente de Correlação de Spearman.

A correlação da frequência da dor e a intensidade da dor com a QV resultaram em prejuízo considerável ao domínio físico. A dor foi conceituada pela primeira vez em 1986, pela Associação Internacional para o Estudo da Dor, como uma experiência sensorial e emocional desagradável que está associada a lesões reais ou potenciais (KLAUMANN; WOUK; SILLAS, 2008, p.1).

Palacios-Ceña et al., (2017) realizou um estudo em que verificou a associação da frequência da cefaleia com sua interferência em doenças mediadas pela depressão e qualidade do sono mas não pela ansiedade em indivíduos com cefaleia tensional. O autor identificou que ambas, depressão e qualidade do sono, sem a presença da ansiedade, podem mediar a relação entre a frequência da cefaleia e os aspectos emocionais em pessoas com cefaleias tensionais crônicas. Entretanto, as variáveis avaliadas pelo autor não foram investigadas neste.

A intensidade algica pode ser investigada de forma numérica subjetiva que têm se mostrado mais sensível do que escalas verbais com menos de quatro categorias (STORCHI et

al., 2016) justificando assim a escolha do item avaliado em que as participantes mensuravam sua dor de forma subjetiva.

É notório que o escalpelamento constitui sequelas físicas irreparáveis e sintomas associados a dor que contribuem negativamente para QV (SILVA, 2015). Castro (2008, p.6) complementa que além de sequelas físicas estruturais, tem as funcionais e sintomáticas.

O conhecimento da patofisiologia da dor ou nocicepção é uma importante ferramenta para o entendimento dos mecanismos desencadeantes dos processos dolorosos, sejam fisiológicos ou principalmente patológicos. Tais informações são essenciais para a instituição de uma terapia analgésica eficiente, preemptiva e multimodal, pois a síndrome dolorosa pode ser considerada uma doença, gerando alterações na homeostasia orgânica que implicam em perda da qualidade de vida do paciente (KLAUMANN; WOUK; SILLAS, 2008, p.10).

Dessa maneira, a dor se torna um fator limitante ou incapacitante para as mulheres escalpeladas quando ocorre de forma frequente e intensa, afetando, principalmente, o domínio físico, sendo uma tarefa árdua realizar as tarefas do cotidiano com sintomas que agredem a capacidade funcional e o bem-estar físico.

De uma forma geral, as mulheres diagnosticadas com migrânea e cefaleia em simultâneo têm pior qualidade de vida do que as restantes. As que foram diagnosticadas apenas com cefaleia são as que têm melhor qualidade de vida (exceção no domínio físico). As diferenças são estatisticamente significativas no domínio relações sociais ($p = 0.040$).

Tabela 13: Comparação entre o tipo de cefaleia e sua associação com a Qualidade de Vida ($n = 37$).

	QUALIDADE DE VIDA				
	GLOBAL	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente
Diagnóstico					
Apenas Migrânea	57.0 (12.9)	54.7 (14.7)	58.3 (19.1)	70.3 (16.7)	44.7 (13.8)
Apenas Cefaleia	61.3 (11.7)	53.6 (18.4)	61.6 (17.3)	83.3 (15.4)	46.5 (15.5)
Migrânea e Cefaleia	50.2 (4.6)	47.6 (11.5)	54.2 (11.0)	66.7 (16.7)	32.3 (13.0)
<i>Teste de Kruskal-Wallis</i>	$p = 0.248$	$p = 0.634$	$p = 0.644$	$p = 0.040^*$	$p = 0.268$
Associado a:					
Trauma e/ou cirurgia	59.0 (13.1)	55.6 (15.4)	64.8 (18.6)	72.9 (16.5)	42.6 (13.7)
Sem relação direta	60.5 (9.3)	50.6 (18.3)	54.9 (20.5)	87.5 (13.7)	49.0 (13.9)
<i>Teste de Mann-Whitney</i>	$p = 0.914$	$p = 0.802$	$p = 0.329$	$p = 0.098$	$p = 0.329$

Fonte: Própria

No caso das causas associadas à dor, foram comparadas as mulheres cuja dor foi associada à cirurgia e/ou ao trauma com aquelas em que se mostrou que não existe relação. Os resultados mostram a existência de diferenças próximas da significância estatística no domínio de relações sociais ($p = 0.098$). Neste caso as mulheres em que a dor não foi associada ao trauma ou à cirurgia tem melhor qualidade de vida (Tabela 13).

Um estudo realizado por Autret *et al.*, (2010), comparou a fisiopatologia e a qualidade de vida em pacientes com cefaleia crônica entre migrânea e cefaleia tensional e considerou que o fator da dor como intensidade não teve grande significância, mas os dados sugeriram uma vulnerabilidade particular para os sintomas somáticos e, especialmente, a predisposição de desenvolver afecções negativas de dor na migrânea quando comparada a cefaleia tensional.

Após o trauma algumas vítimas são tratadas com discriminações e preconceitos, o que torna ainda mais doloroso o retorno as atividades cotidianas normais, gerando um grande sofrimento emocional e psíquico. Por este motivo, algumas vítimas não conseguem finalizar seus estudos e o abandonam, afastam-se da localidade onde moravam e vão em busca de uma vida digna em outro lugar para recomeçar, isolada, muitas vezes, de amigos e familiares (CUNHA *et al.*, 2012, p.6), realidade que prejudica as relações sociais.

De forma geral, a qualidade de vida é uma construção complexa de conceitos e avaliações e requer uma análise global e multidisciplinar para que se tenha uma maior compreensão e entendimento de como devemos avançar em melhorias sobre a temática.

A análise da satisfação da cefaleia com a QV ratificou que a saúde apresenta grande relevância as mulheres escarpeladas trazendo grande impacto sobre a QVRS, tendo em vista as dificuldades de assistências e políticas públicas que estejam funcionando e atendendo as necessidades de cada vítima.

Guimarães e Bicharra, (2013), relatam que medidas são fundamentais para a atenção integrada de proteção às vítimas de escarpelamento, sendo estas: os Projetos de Lei, Leis Ordinárias e Decretos de Lei criados que estabelecem mudanças na segurança do tráfego aquaviário, critérios para concessão e manutenção de uma assistência social diferenciada no que se refere a benefícios previdenciários e fornecimento de assistência integral às vítimas de escarpelamento, visando uma sobrevivência com qualidade de vida.

Nas últimas décadas a incorporação de opinião dos pacientes na tomada de decisão tem sido um dos pontos centrais para a melhoria da qualidade dos modelos de atenção à saúde. A dificuldade dos parâmetros clínicos tradicionais em expressar o que as pessoas sentem e/ou pensam levou a um interesse crescente da comunidade científica pelo campo da QVRS (CASTANHARO, 2011).

Diante da caracterização do material, vale reforçar que o escarpelamento é um problema de saúde pública, que tem modificado a vida de muitas pessoas, principalmente na região norte do país. Daí a importância da atenção e de investimentos em estudos para que os profissionais da saúde tomem conhecimento sobre o assunto, facilitando as formas de atuação,

assim como os meios de prevenção e a diminuição dos casos de escarpelamento (MARTINS; SILVA, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ser feliz é encontrar força no perdão, esperança nas batalhas, segurança no palco do medo, amor nos desencontros. É agradecer a Deus a cada minuto pelo milagre da vida (Augusto Cury).

O escalpelamento é uma temática extremamente relevante para a região Norte e, poder acrescentar conhecimentos e fornecer novos direcionamentos tanto para os profissionais da área da saúde, para a sociedade envolvida, quanto para as vítimas desse trauma, para a realização desse estudo, foi extremamente prazeroso e enriquecedor.

A identificação das participantes foi fundamental para se estabelecer as informações necessárias do perfil das mulheres. A maioria é doméstica, possui baixa escolaridade, baixa renda financeira, falta de lazer e atividades físicas. Acredita-se que este perfil possa subsidiar os órgãos públicos para a realização de programas sociais ou políticas públicas focadas na população em que, a grande maioria, se encontra em situações precárias.

A cefaleia foi o sintoma mais prevalente e a migrânea foi a classificação mais comum encontrada. A maior parte das mulheres afirmam que os sintomas surgiram após o acidente do escalpelamento. A prática clínica e os estudos científicos precisam incluir perspectivas para avaliar as severidades dos indivíduos acometidos pelas cefaleias para melhor tratar e eventualmente, avaliar de forma global.

A qualidade de vida foi de fato afetada em algumas áreas e significativamente no domínio Meio Ambiente e na percepção geral da saúde. Considerando que as necessidades podem estar relacionadas ao acesso à saúde das vítimas de escalpelamento evidenciadas neste estudo, se faz necessária políticas públicas de assistência profissional específica no Estado bem como políticas ambientais que possam atender as realidades dessas mulheres.

Percebeu-se também outros aspectos envolvidos na QV, principalmente, as dificuldades de acesso à saúde das vítimas, baixa atividade física e lazer e uso de tabagismo. Tais aspectos derivam em parte da falta de políticas públicas específicas, visto que, há necessidade de um acompanhamento profissional a longo prazo, principalmente devido as sequelas crônicas e permanentes que as vítimas apresentam. Enquanto a pouca adesão as atividades físicas e lazer nos indica fatores que precisam ser melhor investigados e melhorados nessa população, bem como o alerta sobre o uso de tabagismo.

Ir ao encontro das mulheres, avaliar a QV e identificar suas principais queixas propiciou uma maior proximidade com o objeto de estudo e com pessoas que convivem com as

mulheres. Este estudo foi um dos primeiros estudos realizados que se propôs em analisar fatores sócio demográficos, cefaleia e qualidade de vida em mulheres vítimas de escarpelamento na cidade de Macapá, estado do Amapá. Fato que torna este um auxílio para novas investigações sobre a temática no local e nas demais regiões da Amazônia na perspectiva de encontrar possíveis desfechos semelhantes ou não aos aqui apresentados.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ACHAUER, BM. **Burn Surgery: Reconstruction and Rehabilitation**. St. Louis: Mosby. Ed 1, 2001.

AGUIAR, J. S. E.; SILVA, L. M. S. Caracterização e Avaliação das Condições de Vida das Populações Residentes nas Ressacas Urbanas dos Municípios de Macapá e Santana. pp. 165-236. **In: TAKIYAMA, L.R.; SILVA, A.Q. da (orgs.). Diagnóstico das Ressacas do Estado do Amapá: Bacias do Igarapé da Fortaleza e Rio Curiaú**. Macapá-AP, CPAQ/IEPA e DGEO/SEMA, p.165-230, 2003.

ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista Práxis**. V.3, n.6, p.59-62. 2011.

ASSOCIAÇÃO DE MULHERES RIBEIRINHAS E VÍTIMAS DE ESCALPELAMENTO NA AMAZÔNIA - AMRVEA. **Estatísticas do Escalpelamento**. 2011. Disponível em: <<http://amrveap.webnode.com.br/news/estaticas-do-escalpelamento/>>. Acesso em: 08 Mai de 2014.

AUTRET, A et al. Psychopathology and quality of life burden in chronic daily headache: influence of migraine symptoms. **J Headache Pain**. V.11, n.3, p.247-53, 2010.

BALDACCI, F. et al. Migraine features in migraineurs with and without anxiety-depression symptoms: a hospital-bases study. **Clin Neurol Neurosurg**. V.132, p.74-78, mai, 2015.

BARROS, R.P; HENRIQUES, R; MENDONÇA, R. Desigualdade e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável. **Rev. Bras. Ci. Soc**. V.15, n.42, 2000.

BAZZI, K. et al. Reconstruções complexas do couro cabeludo: um desafio ao cirurgião plástico. **Rev. Bras. Cir. Plást**. V.25, supl. 1, 2010.

BECKMAN, KAF; SANTOS, NCM. Terapia Ocupacional: relato de caso com vítima de escalpelamento por eixo de motor de barco. **Cad de Ter Ocup da UFSCar**. V.12, n.1, p.21-25, 2004.

BERA, SC; KHANDELWAL, SK; SOOD, M; GOYAL, V. A comparative study of psychiatric comorbidity, quality of life and disability inpatients with migraine and tension type headache. **Neurol India**. V.62, n.5, p516-20. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Área técnica de saúde da mulher. Síntese das diretrizes para a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher – 2004 a 2007: resumo das atividades realizadas em 2003. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Área técnica de saúde da mulher. Síntese das diretrizes para a

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – 2004 a 2007: resumo das atividades realizadas em 2004. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Divisão regional a partir da Constituição de 1988. Brasília, 1988.

BREE D; LEVY D. Development of CGRP-dependent pain and headache related behaviours in a rat modelo f concussion: implications for mechanisms of pos-traumatic headache. **Cephalagia**. 2016

BRITTO, C.B.L. et al. Escalpelamento na população Amazônica. **Rev. Par. Med.** V. 18, n. 1, p. 30-35, jan/mar 2004.

BRITO JÚNIOR, AF; FERES JÚNIOR, N. A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos. **Evidência**. V.7, N.7, p.237-250, 2011.

CANAVARRO, M.C.; et al. **Qualidade de vida e saúde:** aplicações do Whoqol. 2011. Disponível em<<https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/20696>>. Acesso em: 23/01/2017

CAPITANIA DOS PORTOS DA AMAZÔNIA ORIENTAL - CPAOR. Marinha do Brasil. **Palestra de prevenção ao escalpelamento**. Belém-PA, 2013. Disponível em: <<https://www.mar.mil.br/cpaor/arquivos/escalpelamento.pdf>>. Acesso em: 25 jan 2016.

_____. Marinha do Brasil. **Palestra de Prevenção ao Escalpelamento**. Belém – PA. 2011. Disponível em: <<https://www.mar.mil.br/cpaor/arquivos/escalpelamento.pdf>>. Acesso em: 20 jan 2015.

_____. Marinha do Brasil. **Palestra de prevenção ao escalpelamento**. Belém-PA, 2016. Disponível em: <<https://www.mar.mil.br/cpaor/arquivos/escalpelamento.pdf>>. Acesso em: 20 jan 2016.

CARBONARIO, F. Efeitos de um programa fisioterapêutico na melhora da sintomatologia e qualidade de vida de pacientes com fibromialgia. **Dissertação**. Universidade de São Paulo. 2006.

CARVALHO, A.F.R. Enxertos cutâneos: aplicações em cirurgia dermatológica. **Dissertação**. Universidade de Coimbra. Faculdade de Medicina. Portugal, 2015.

CASTANARO, S.M. Estudo da qualidade de vida em pacientes com disfunção temporomandibular e cefaleias primárias. **Dissertação**. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de odontologia. 2011.

CASTRO, M.R.P; MATSUO, T; NUNES, S.O.V. Clinical characteristics and quality of life of smokers at a referral center for smoking cessation. **J Bras Pneumol**. V.36, n.1, p. 67-74, 2010.

CASTRO, R.O. Prevalência de sinais e sintomas de desordens temporomandibulares nas vítimas de escalpelamento. **Trabalho de Conclusão de Curso**. Universidade Federal de Juiz de Fora (MG). Juiz de Fora, Minas Gerais. 2008.

CHIARATTI, M. Scalps ahoy: shoddy amazon boats Will pull your face off. **Vice**. V. 19, n8, p 42-44, 2012.

CORRÊA DA SILVA, L.C et al. Smoking control: challenges and achievement. **J Bras Pneumol**. V.42, n.4, p.290-298, 2016.

COSTA, D.J.S. Prevalência de sedentarismo e fatores associados em escolares de Macapá-AP. **Dissertação**. Macapá: Universidade Federal do Amapá. 2016.

COSTA, I.K.F et al. Utilization the SF-36 in the assessment of quality of life related to chronic diseases: literature review. **Rev enferm UFPE**. V.4, p.1930, 2010.

COSTA, P.R.F. Mudança nos parâmetros antropométricos: a influência de um programa de intervenção nutricional e exercício físico em mulheres adultas. **Cad. Saúde Pública**. V.25, n.8, 2009.

COUTINHO, B.B.A. et al. Uso de retalhos microcirúrgicos em pacientes queimados: revisão da literatura. **Rev. Bras. Cir. Plást**. v.27, n.2, p.316-20, 2012.

CUNHA, B.C et al. Perfil epidemiológico de pacientes vítimas de escalpelamento tratados na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. **Rev Bras Cir Plást**. V. 27, n1, p 3-8, 2012.

D'ALMICO, D. et al. Disability and quality of life in patients with diferente forms of migraine. **J Headache Pain**. V.16, n.1 (A4), set, 2015.

DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO O AMAPÁ – DPU-AP. Dossiê: Projeto de Erradicação do Escalpelamento. Abril, 2016.

DIAS, O.M; TURATO, E.R. Cigarette smokers views on their habit and the causes of their illness following lung câncer diagnosis: a clinical-qualitative study. **Sao Paulo Medical Journal**. V.124, n.3, 2006.

DUBROVSKY, A.S; FRIEDMAN, D; KOCILOWIXCZ, H. Pediatric post-traumatic headache and peripheral nerve blocks of the scalp: a case series and patient satisfaction survey. **Headache**. V.54, n.5, p.878-87, 2014.

EVANGELISTA, R.A. Avaliação da qualidade de vida das mulheres que apresentam cefaleia. **Tese de Doutorado** (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo. 2007.

FAVACHO, V.B. Qualidade de vida e consumo de álcool entre os moradores da comunidade lagoa dos índios-AP. **Dissertação de Mestrado** (Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde). Macapá: Universidade Federal do Amapá, 2014.

FEIO, S.C.S. et al. Avaliação fisioterapêutica em mulheres vítimas de escalpelamento. **Anais**. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano. 8º Congresso Internacional de Fisioterapia. Salvador, 2016.

FEIO, S.C.S et al. Avaliação da qualidade de vida no pós-operatório em vítimas de escalpelamento na Amazônia. **Anais. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. 8º Congresso Internacional de Fisioterapia. Salvador, 2016.

FERREIRA, M.C. **Lesões do couro cabeludo e fronte**. In: ALMEIDA, Gilberto; CRUZ, Oswaldo. Urgências em neurocirurgia: traumatismos crânioencefálicos. São Paulo: Sarvier, 1980. P. 59-73.

FERREIRA, F.S; SANTOS, C. B. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes diabéticos atendidos pela equipe Saúde da Família. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 17(3): 406-1, 2009. Disponível em:<<http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a19.pdf>> Acesso em: 12/06/2015.

FLECK, M.P.A et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-bref). **Revista de Saúde Pública**. V.34, n.2, p.178-183, abril, 2000.

_____. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**. V.21, n.1, 1999^a.

FLECK, M.P.A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1): 33-38, 2000.

FRANCIOSI, et al. Reparação do escalpo por retalhos livres microcirúrgicos. **Rev Bras Cir Plást**. V. 25, n4, p 624-9, 2010.

FORTES, R.C.S; VICENTE, J.S; LANZETTA, B.P. O impacto da tontura na qualidade de vida de indivíduos com migrânea. **Rev Soc Bras Fonoaudiol**. V.15, n.4, p. 520-5, 2010.

G1 GLOBO. **Santa Casa alerta para período de maior incidência de escalpelamento**. 2015. Disponível em: <<http://g1.globo.com/pa/para/noticia/2015/06/santa-casa-alerta-para-periodo-de-maior-incidencia-de-escalpelamento.html>>. Acesso em: 09 fev 2017.

GALEGO, J.C.B et al. Chronic daily headache: stress and impacto n the quality of life. **Arq Neuropsiquiatr**. V.65, n.4-B, p.1126-1129, 2007.

GALDINO, G.S; ALBUQUERQUE, T.I.P; MEDEIROS, J.L.A. Cefaléias primárias: abordagem diagnóstica por médicos não-neurologistas. **Arq neuropsiquiatr**. V65, n.3-A, p.581-684, 2007.

GHERPELLI, J.L.D. Tratamento das cefaleias. **Jornal de Pediatria**. V.18, n.1, p. 3-8, 2002.

GOADSBY, P.J et al. Pathophysiology of migraine: a disorder of sensory processing. **Physiol Rev**. V. 97, n.2, p.553-622, 2017.

GOMES, C.S. Determinantes ambientais da prática de atividade física no lazer: uma análise multinível. **Dissertação**. Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2015.

GORDIA, A.P at al. Qualidade de vida: contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**. Universidade Tecnológica Federal do Paraná. V.3, n.1, p.40-52, jan, 2011.

GOVERNO DO AMAPÁ. Agência Amapá. Escalpelamento na Amazônia. Disponível em: URL:<http://www.agenciaamapa.com.br/noticia/35304>. Acesso em: 15 set, 2014.

GUIMARÃES, A.G.M; BICHARRA, C.N.C. O processo de construção de políticas públicas em prol do ribeirão vítima de escalpelamento na amazônia. **Revista do estado profissional em planejamento em políticas públicas**. 2013.

GUITIERREZ; MARQUES

GUYTON, C. **Neurociência básica**: anatomia e fisiologia. 2ªEd. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 1993, p.115-124.

INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF HEADACHE DISORDER – ICHD. **Primary headache**. 2006. Disponível em: <<https://www.ichd-3.org/1-migraine/>>. Acesso em: 18 fev 2017.

INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY - IHS. **Classificação Internacional das Cefaléias**. 2. ed. 2003. Disponível em: <<http://www.sbce.med.br>>. Acesso em: 26 outubro 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo demográfico**. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pa>>. Acesso em: 21 jan 2017.

_____. Censo demográfico. 2010. **Características gerais da população, religião e pessoas com deficiências**. 2010. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf>. Acesso em: 4 jan 2017.

JUNG, C. F. **Metodologia Científica**: ênfase em pesquisa tecnológica. 3ª ed. 2003

KLAUMANN, P.R; WOUK, A.F.P.F; SILLAS, T. Patofisiologia da dor. **Archives of Veterinary Science**. V.13, n.1, p.1-12, 2008.

LIMA, D.F; LEVY, R.B; LUIZ, O.C. Recomendações para atividade física e saúde: consensos, controvérsias e ambiguidades. **Rev Panam Salud Pública**. V.36, n.3, 2014.

LIMA, S.M.S.F. **Trauma e dor nos caminhos dos risos: mulheres ribeirinhas e a realidade do escalpelamento**. 2012. Disponível em: <<http://www.recantodasletras.com.br/artigos/3305103>>. Acesso em: 11 jan 2017.

LIMA-COSTA, MF; BARRETO, SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. V.12, n.4, p189-201, 2003.

LIMA, JRF. Acupuntura no tratamento da cefaleia causada pelo estresse ocupacional. **Monografia**. São Paulo: Universidade de Mogi das Cruzes. 2013.

LOBO, A. Escalpelamento: o drama das populações ribeirinhas. **Foco Cidadão**. 02/10/2013. Disponível em: < <http://fococidadao.wordpress.com/2013/10/02escalpelamento-o-drama-das-populacoes-ribeirinha/>>. Acesso em: 20 jun 2015.

LOPES, AM; CORRÊA, VAC. Processos de perda, luto e a assistência da Terapia Ocupacional nas situações de escalpelamento. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**. V.21, n.2, p. 313-324, 2013.

LOYOLA FILHO, A. I.; UCHOA, E.; GUERRA, H. L.; et al. Prevalence and management of headache in a selected area of Southern Santa Catarina. **Arq Neuropsiquiatr**, v.68, n.2, p.216-23, 2010.

MACEDO, et al. Achados tomográficos tardios nas alterações da calota craniana em pacientes vítimas de escalpelamento. **Biblioteca Virtual da Saúde** 2011. Disponível em: <<http://www.files.bvs.br/...load/S/0101-5907/2011/v25n4/a3058.pdf>>. Acesso em: 26 Out 2014.

MAGNO, LDP et al. **Escalpelamento nos rios da Amazônia**: um problema de saúde pública. Disponível em: <http://www.files.bvs.br/upload/S/0101.../a3083.pdf>. Acesso em: 10 Abr 2014.

MARCONDES, C.A; PESSOA, S.G.P; PESSOA, B.B.G.P. Strategies in complex reconstructions of the scalp and forehead: a series of 22 cases. **Rev Bras Cir Plást**. V.21, n.2, p.229-34, 2016.

MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa**. Rev e Ampliada. 2ª.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MARQUES, T.C.N. A regulação do trabalho feminino em um sistema político masculino, Brasil: 1932-1943. **Estudos Históricos**. Rio de Janeiro. V.29, n.59, set-dez, 2016.

MARTINS, M.M; DA SILVA, M.A. Possibilidades de atuação da enfermagem em situações de escalpelamento. **Estudos**. V.40, n.4, p.341-65, 2013.

MASSENA, LF. Avaliação da qualidade de vida de doentes com cefaléias em salvas. **Trabalho Acadêmico de Investigação**. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (Mestrado Integrado em Medicina). 2013.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc & Saúde Colet**, v.5,n.1, p.7-18, 2000. Disponível em : < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf> >. Acesso em: 23/01/2017

MINEN M; SHOME A; FEMIA R; BALCER L; GRUDZEN C; GAVIN N. Emergency department concussion revisits: chart review of the evaluation and discharge plans of post-traumatic headache patients. *The American Journal of Emergency Medicine*. 2016.

MORAES, L.C. et al. **Meninas escalpeladas nos rios da Amazônia Paraense: o papel da mídia na prevenção de acidentes**. In. IV Colóquio Semiótica das Mídias (Centro Internacional de Semiótica e Comunicação – CISECO). Alagoas, Brasil. 4 de nov, 2015.

MOREIRA, T.C et al. Qualidade de vida em tabagistas que buscaram auxílio para parar de fumar por meio de aconselhamento telefônico. **Revista Brasileira de Cancerologia**. V.57, n.3, p.329-335, 2011.

MOTA, MA. A contribuição da fisioterapia no tratamento de vítimas de escalpelamento. **Trabalho de Conclusão de Curso**. Belém: Universidade Estadual do Pará. 2000.

MINEN, M. et al. Emergency department concussion revisits: chart review of the evaluation and discharge plans of post-traumatic headache patients. **The American Journal of Emergency Medicine**. 2016.

NATIONAL INSTITUTE OF NEUROLOGICAL DISORDERS AND STROKE. **Primary headaches**. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMHT0024772/>>. Acesso em: 07 fev 2017.

NETEMO, D.B; NUNES, PHF; AYN, PH. Lesão de couro cabeludo de espessura total de origem infecciosa. **Rev Bras Cir Plást**. V.28, n.2, p307-9, 2013.

OLIVEIRA, S.L. **Tratado de metodologia científica**. São Paulo, Pioneira, 1997.

PALACIOS

PEDRAZA HUESO, MI; RUÍZ PIÑERO, M; MARTÍNEZ VELASCO, E; JUANATEY GARCÍA, A; GUERRERO PERAL, AL. Headache in young patients: clinical characteristics of a series of 651 cases. **Neurologia**. V.10. 2017).

PICCOLO, A.C. **O Impacto da Enxaqueca Sobre o Trabalho e a Vida Diária**, 2005. Disponível em: <www.enxaquecabrasil.com.br>, Acesso em 02 set. 2013.

PROJETO DE LEI 3.397/2012. Deputada Federal do Amapá. Janete Capiberibe. Disponível em:<<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/968823.pdf>>. Acesso em: 20 out 2014.

RABELLO, G.D. Aspectos clínicos e terapêuticos das cefaleias agudas. **Cefaleia**. V.30, out/dez, 1997.

RASMUSSEN, B.K. Epidemiology of headache. **Cephalalgia**. V.21, p.45-68, 2001.

REVISTA PROTEÇÃO. Tarde do dia 24 teve palestras sobre teatro de rua e escalpelamento. Data: 25/03/2011. Novo Hamburgo, RS, Brasil, 2011. Disponível em: <<http://WWW.protecao.com.br/noticiasdetalhe/JajaJyyJ/pagina=135>>. Acesso em: 15 jun 2015.

RIBEIRO, N.S. Necessidades e dilemas das famílias de vítimas de escalpelamento atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Graduação em Serviço Social). Belém: Universidade Federal do Pará. 2009.

RIBEIRO, K.T. Fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde de idosos residentes no município de São Paulo – estudo SABE: saúde, bem-estar e envelhecimento. **Tese de Doutorado**. São Paulo: Universidade de São Paulo. 2011.

RIBEIRO, K.T; BARATA, R.B. Saúde: vulnerabilidade social, vizinhança e atividade física. **Cad. Metrop.** V.18, n.36, 2016.

ROCHA FILHO, P.A.S. Cefaleia pós-craniotomia em pacientes submetidos à cirurgia para clipagem de aneurismas cerebrais. **Tese de Doutorado**. São Paulo: Universidade de São Paulo. 2006

ROTHMAN, K.J.; GREENLAND, S.; LASH, T.L. **Epidemiologia Moderna**. Ed. 3. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ROTHNER, A.D. et al. One-year tolerability and efficacy of sumatriptan nasal spray in adolescents with migraine: results of a multicenter, open-label study. **Clin Ther.** V.22, p.1533-46, 2000.

SANTOS, F.A.A. et al. Prevalência de dor crônica e sua associação com a situação sociodemográfica e atividade física no lazer em idosos de Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional. **Rev. Bras. Epidemiol.** V.18, n.1, p.234-47, 2015.

SANTOS, P.D.B; FERREIRA, L.S. Terapia ocupacional e a criança ribeirinha amazônica vítima de escalpelamento por eixo de motor de barco. **Cad Ter Ocup UFSCAR.** V.23, n.1, p.117-130, 2015.

SILVA, K.S. Qualidade de vida das vítimas de escalpelamento. **Trabalho de Conclusão (Residência em Enfermagem)**. Macapá: Universidade Federal do Amapá. 2015.

SILVA FILHO, L.A; QUEIROZ, S.N; CLEMENTINO, M.L.M. Mercado de trabalho nas regiões metropolitanas brasileiras. **Mercator.** Fortaleza. V.15, n.2, p.37-54, 2016.

SILVA, S.G. Preconceito, discriminação e intolerância: um estudo sobre a violência e os direitos da mulher. **Monografia (Especialização em Direitos Humanos)**. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba. 2002.

SILVA, S.P; BARROSO, I.C. O padrão estético como fator estigmatizante de mulheres vítimas de escalpelamento em áreas ribeirinhas de Macapá e Santana. **Revista Eletrônica de Humanidade do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP.** V.6, p.89-101, 2013.

SIQUEIRA, A.L.; TIBÚRCIO, J.D. **Estatística na área da saúde: conceitos, metodologia, aplicações e prática computacional**. Belo Horizonte: Coopmed, 2011

SOUSA, L.; GALANTE, H.; FIGUEIREDO, D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo. V. 37, n. 3, p. 364-71, 2003.

SOUZA, C.D. Reconstrução de grandes defeitos de couro cabeludo e fronte em oncologia: tática pessoal e experiências: análise de 25 casos. **Rev. Bras. Cir. Plást.** v.27, n.2, p.227-37, 2012.

- SOUZA, I et al. Resilience profile of patients with chronic pain. **Cad. Saúde Pública**. V.33, n.1, 2017.
- SPECIALI, J.G. Classificação das cefaleias. **Medicina**. Ribeirão Preto. V.30, p.421-427, 1997.
- STEFANE, T et al. Tratamentos para enxaqueca na qualidade de vida: revisão integrativa de literatura. **Rev Bras de Enferm**. V.65, n.2, p.353-60, 2012.
- STORCHI, S et al. Quality of life and anxiety and depression symptoms in elderly females with and without chronic musculoskeletal pain. **Rev Dor**. V.17, n.4, p.283-8, 2016.
- TABATABAI RR; SWADRON SP. Headache in the emergency department: avoiding misdiagnosis of dangerous secondary causes. **Emerg Med Clin N Am**. V.34, p. 695-716, 2016.
- VALE, JCC. A compreensão do sofrimento no escalpamento: um estudo utilizando o grafismo e o teste das fábulas. **Dissertação de Mestrado**. Belém: Universidade Federal do Pará. 2007.
- VETVIK, K.G; MACGREGOR, E.A. Sex differences in the epidemiology, clinical features, and pathophysiology of migraine. **The Lancet Neurology**. V.16, n.1, p.76-87, 2017.
- VINCENT, M. Fisiopatologia da enxaqueca (ou migrânea). **Medicina**. Ribeirão Preto. V.30, p. 428-36, 1997.
- VOLTOLINI, R. **O que temos a ver com as meninas de turbante da Amazônia?** 2003. Disponível em: <<http://200.242.252.70/oliberal/social/default7.asp>>. Acesso em: 17 /01/2017.
- WARSCHAUER, M. Lazer e saúde: as práticas no sistema público de Santo André. **Dissertação**. Escola de educação física e esporte. Universidade de São Paulo. 2008.
- WESSELY, P; HOLZNER, F. On the problem of post-traumatic headache. **Wien Klin Wochensh**. V.99, n.16, p.549-54, 1987.
- WHOQOL Group. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. **Soc Sci Med**. v. 4, n.10, p. 1403-09, 1995.
- WOOD-DAUPHINEE, S. Assessing quality of life in clinical research: from where have come and where are we going? **Journal Clinical Epidemiology**. V.52, n.4, p.355-363, 1999.
- Xia, J. Analysis of impacto of culture shock on individual psychology. **International Journal of Psychological Studies**. V.1, n.2, dez, 2009.
- YOUNG, W.B. Migraine. **Encyclopedia Britannica**. 2011. Disponível em: <<https://global.britannica.com/science/migraine-pathology>>. Acesso em: 28 jan de 2017.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde referente a Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, solicitamos o seu consentimento, através da assinatura deste termo, para entrevista-la, bem como utilizar dados obtidos do seu depoimento em publicações e eventos científicos destinados a divulgar os resultados desta pesquisa. A mesma é de responsabilidade da pesquisadora Sacid Caderard Sá Feio e orientada pela Prof.^a. Dra. Anneli Mercedes Celis Cárdenas e, tem como título: VALIAÇÃO DA CEFALÉIA E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES VÍTIMAS DE ESCALPELAMENTO. Este estudo faz parte do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá, no município de Macapá, a ser realizada no período de março a junho de 2016.

A justificativa do presente tema relata a importância de um acompanhamento profissional às mulheres vítimas de escalpelamento, tendo em vista que as sequelas geradas após o trauma são permanentes e geram transtornos ao longo da vida.

Nosso objetivo é identificar suas dores de cabeça e relacionar com a sua qualidade de vida através da utilização de questionários e de uma avaliação médica realizada por um neurologista para classificar melhor seu tipo de dor.

Para a coleta dos dados será realizado o questionário WHOQOL-bre que consta de 26 perguntas relacionando a sua qualidade de vida incluindo perguntas sobre aspectos físicos, psicológicos, emocionais e o ambiente onde você mora. Além disso, você terá uma consulta médica realizada na clínica Instituto de Neurologia do Amapá - Inneuro para melhor avaliar sua dor de cabeça. A consulta será no Instituto de Neurologia do Amapá no dia e horário marcado em conjunto com a pesquisadora responsável e a ficha de avaliação e questionário podem ser feitos no mesmo local ou na sua residência confirme sua permissão e disponibilidade.

Como toda pesquisa informamos os benefícios e riscos de sua participação. Como benefícios você terá um acompanhamento de profissionais da saúde para ajudá-la a investigar sua dor de cabeça, além disso, contribuirá para pesquisas científicas que poderá servir como base para novos estudos.

Como risco, informamos que você pode se sentir cansada de responder as perguntas bem como o desconforto de se deslocar de sua residência nos dias combinados. Caso você se sinta penalizada por algum dano decorrente da pesquisa, garantimos uma indenização para asseguar a sua participação.

Consideramos que caso aceite participar do presente estudo você terá todo o acompanhamento necessário das pesquisadoras e caso, em algum momento, pense em desistir, não será penalizada de qualquer forma. Sua participação será voluntária e você tem a liberdade de aceitar ou recusar participar e, caso não aceite, não sofrerá prejuízos.

Ressaltamos que todas as informações coletadas nos questionários e qualquer outro instrumento não serão divulgadas de forma que revele sua identidade pessoal. Ao assinar esse termo você terá a garantia de sigilo e de privacidade de suas informações pessoais em todas as etapas que forem realizadas até o fim do estudo e posterior publicação.

Garantimos que você receberá uma via deste termo e que todo gasto necessário para a realização serão de responsabilidade das pesquisadoras.

Sua assinatura abaixo confirmará sua aceitação como participante.

Eu _____ li, e entendi todas as informações sobre este estudo e todas as minhas perguntas e/ou dúvidas foram respondidas pela pesquisadora. Portanto, consinto voluntariamente a participar desta pesquisa.

Assinatura ou impressão datiloscópia da participante

Sacid Caderard Sá Feio
Pesquisadora responsável
Tel.: (96) 999669983
Email: sacid_92@hotmail.com

Anneli Mercedes Celis Cárdenas
Orientadora
Tel.: (96) 981121834
Email: celismontoya@gmail.com

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Amapá. Endereço: Rod. Jucelino Kubitschek, km. 02. Jardim Marco Zero, Macapá-AP. CEP: 40092804

APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO

1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Idade: _____ Naturalidade: _____

Estado civil: () Solteira () Casada () Divorciada () Viúva () União estável

Escolaridade: () Analfabeto () Fundamental incompleto () Fundamental completo
() Médio completo () Médio incompleto () Superior incompleto () Superior completo () Técnico

Renda Familiar Mensal: () Sem rendimentos () Menos de 1 salário mínimo () 1 salário mínimo () 2 salários mínimos – 1.448 () 3 salários mínimos -2.172 () 4 ou mais salários mínimos – 2.896

Benefício social: () Sim () Não Qual? _____

Moradia: () Própria () Alugada () Cedida

Plano de saúde privado: () Sim () Não

2. ESTILO DE VIDA

Hipertensa: () Sim () Não

Cardíaca: () Sim () Não

Fumante? () Sim () Não Há quanto tempo? _____

Faz uso de bebida alcoólica? () Sim () Não Quantas vezes? _____

Toma algum remédio controlado? () Sim () Não Qual? _____

Pratica exercícios físicos? () Sim () Não Quantas vezes? _____

Faz parte de algum grupo social? () Sim () Não Qual? _____

Formas de lazer: () Cinema () Teatro () Balneário () Shopping () Praça ()

Casa de amigos () Viajar () Não tem () Outros: _____

3. CARACTERÍSTICAS PERTINENTES À TEMÁTICA

Quantos anos você tinha quando ocorreu o acidente por escarpelamento? _____

Em qual município ocorreu o acidente? _____

Qual seu tipo de escarpelamento? () Total () Parcial

Houve fratura? () sim () não

Quanto tempo você ficou internada após o trauma? _____

Quais as regiões que foram afetadas? () Olhos () Orelhas () Pálpebras ()

Pescoço () Ombro () Somente o couro cabeludo () Outra: _____

Utiliza algum acessório após o trauma? () Peruca () Lenços () Chapéu () Não

() Outro: _____

Quantas cirurgias você já realizou após o acidente? _____

Teve complicações devido as cirurgias?

Principais sintomas e/ou problemas de saúde: _____

Já apresentava esses sintomas antes do acidente?

Você teve assistência de uma algum profissional da saúde após a recuperação do trauma?

() Sim () Não Qual? _____

Você apresenta dores de cabeça? () Sim () Não

Como você classificaria sua dor? () Pontada () Dormência () Latejante

() Aperto

Apresentou dores de cabeça nos últimos seis meses? () Sim () Não

Com que frequência? () Todos os dias () As vezes () Raramente () Nunca

Qual a intensidade? () Muito forte () Forte () Moderada () Leve () Muito

Leve

A partir de quando iniciaram os sintomas da dor? () Não lembra () Após o acidente

() Antes do acidente () Após a cirurgia () Recente

Nos últimos seis meses, se você pudesse dar uma nota para o quanto a sua dor de cabeça interferiu nas suas atividades diárias, onde 0 seria nenhuma interferência e 10 seria a incapacidade de realizar. Qual seria?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Você apresenta algum sintoma associado com a dor de cabeça? () Sim () Não

() Enjoo () Vômitos () Fotofobia () Fonofobia () Outro: _____

Em média, quanto tempo dura a sua dor de cabeça? () Segundo a poucos minutos ()

Menos de 30 minutos () 1-2 horas () 2-4 horas () 4-7 horas () Mais de 7 horas

O que você faz para melhorar a dor? () Uso de medicamentos () Dorme () Toma

banho () Água fria () Outro: _____

O que piora sua dor? () Ansiedade () Calor () Barulho () Algum cheiro

() Não sabe

Local da dor: _____

APÊNDICE C – TERMOS DE ANUÊNCIAS

SOLICITAÇÃO DE CARTA DE ANUÊNCIA

Prezado (a) Décio Silveira Junior

Responsável pelo Instituto de Neurologia do Amapá,

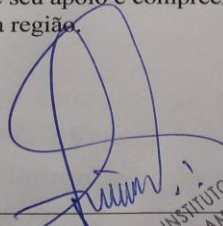
Nós, SacidCaderard Sá Feio e AnneliCelis Mercedes de Cárdenas, pesquisadora e orientadora, respectivamente, do projeto intitulado IMPACTO DA CEFALÉIA E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES VÍTIMAS DE ESCALPELAMENTO fazendo parte do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá viemos por meio desta solicitar a sua anuência sobre este.

Em anexo, o projeto se encontra detalhado e nos disponibilizamos para qualquer informação adicional. Viemos através desta solicitar sua autorização para a coleta de dados em sua Instituição.

Informamos que não haverá custos para a mesma e, na medida do possível, não iremos interferir na operacionalização e/ou nas atividades cotidianas.

Esclarecemos que tal autorização é uma pré-condição bioética para a execução de qualquer estudo que envolva seres humanos, sob qualquer dimensão, em consonância com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

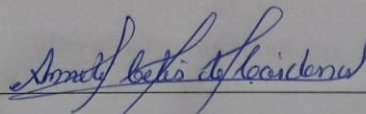
Agradecemos antecipadamente seu apoio e compreensão para a elaboração e desenvolvimento da pesquisa científica em nossa região.


 Macapá, 20 de abril de 2016
 INSTITUTO DE NEUROLOGIA DO AMAPÁ LTDA.
 CNPJ: 06.697.339/0001-99

Responsável pelo Instituto de Neurologia do Amapá

SacidCaderard Sá Feio

SacidCaderard Sá Feio – Pesquisadora responsável



AnneliCelis Mercedes de Cárdenas – Orientadora

SOLICITAÇÃO DE CARTA DE ANUÊNCIA

Excelentíssima Senhora Camila Cirne Torres,
Responsável pela Defensoria Pública da União no Amapá.

Nós, SacidCaderard Sá Feio e AnneliCelis Mercedes de Cárdenas, pesquisadora e orientadora, respectivamente, do projeto intitulado IMPACTO DA CEFALÉIA E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES VÍTIMAS DE ESCALPELAMENTO fazendo parte do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá viemos por meio desta solicitar a sua anuência sobre este.

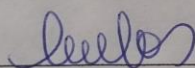
Em anexo, o projeto se encontra detalhado e nos disponibilizamos para qualquer informação adicional. Viemos através desta solicitar sua autorização para a coleta de dados em sua Instituição.

Informamos que não haverá custos para a mesma e, na medida do possível, não iremos interferir na operacionalização e/ou nas atividades cotidianas.

Esclarecemos que tal autorização é uma pré-condição bioética para a execução de qualquer estudo que envolva seres humanos, sob qualquer dimensão, em consonância com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

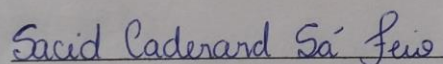
Agradecemos antecipadamente seu apoio e compreensão para a elaboração e desenvolvimento da pesquisa científica em nossa região.

Macapá, 13 de abril de 2016

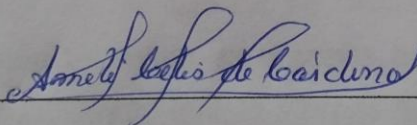


Camila Cirne Torres
Defensora Pública Federal

Camila Cirne Torres – Defensora Pública Chefe



SacidCaderard Sá Feio – Pesquisadora responsável



AnneliCelis Mercedes de Cárdenas - Orientadora

APÊNDICE D – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO MÉDICO

DECLARAÇÃO

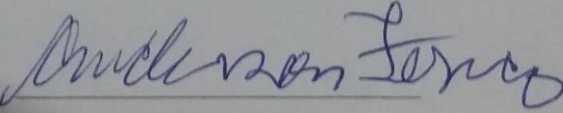
Venho por meio desta declarar que eu, Anderson Adriano Pinto Ferraz, médico, neurologista, com carteira 759, profissional do Instituto de Neurologia do Amapá, concordo em participar do projeto intitulado *Impacto da Cefaleia e Qualidade de Vida em Mulheres Vítimas de Escalpelamento* apresentado pela pesquisadora responsável *Sacid Caderard Sá Feio*.

Minha participação consistirá em receber as participantes do estudo em dias agendados juntamente com a pesquisadora no Instituto e fazer uma avaliação médica para diagnosticar o tipo de cefaleia de cada indivíduo.

Asseguro que as informações prestadas sobre meu currículo pessoal, em anexo, são verdadeiras e me responsabilizo pela parte médica do presente estudo.

Macapá, 29 de abril de 2016

Atenciosamente,



Anderson Adriano Pinto Ferraz
Médico Neurologista

APÊNDICE E – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO

Novo artigo (CSP_0165/17)



Cadernos de Saude Publica <cadernos@fiocruz.br>

Today, 4:37 PM

You



Reply |

Prezado(a) Dr(a). SACID CADERARD SÁ FEIO:

Confirmamos a submissão do seu artigo "IMPACTO DA CEFALEIA E QUALIDADE DE VIDA EM VÍTIMAS DE ESCALPELAMENTO NA AMAZÔNIA" (CSP_0165/17) para Cadernos de Saúde Pública. Agora será possível acompanhar o progresso de seu manuscrito dentro do processo editorial, bastando clicar no *link* "Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos", localizado em nossa página <http://www.ensp.fiocruz.br/csp>.

Em caso de dúvidas, envie suas questões através do nosso sistema, utilizando sempre o ID do manuscrito informado acima. Agradecemos por considerar nossa revista para a submissão de seu trabalho.

Atenciosamente,

Profª. Marília Sá Carvalho
Profª. Claudia Medina Coeli
Profª. Luciana Dias de Lima
Editoras



Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Fundação Oswaldo Cruz
Rua Leopoldo Bulhões 1480
Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil
Tel.: +55 (21) 2598-2511, 2508 / Fax: +55 (21) 2598-2737
cadernos@ensp.fiocruz.br
<http://www.ensp.fiocruz.br/csp>

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA (CEP)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - UNIFAP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPACTO DA CEFALÉIA E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES VÍTIMAS DE ESCALPELAMENTO NA AMAZÔNIA

Pesquisador: Sacid Caderard

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 52996516.0.0000.0003

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.532.027

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Relevante e exequível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de acordo com a resolução 466/2012

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Relevante e exequível.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_650194.pdf	01/05/2016 15:04:35		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	cep2.doc	01/05/2016 14:58:39	Sacid Caderard	Aceito
Outros	20160501_141752.jpg	01/05/2016 14:41:30	Sacid Caderard	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Socorro.jpg	29/04/2016 15:33:13	Sacid Caderard	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	decio.jpg	29/04/2016 15:32:34	Sacid Caderard	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Defensora.jpg	29/04/2016 15:31:12	Sacid Caderard	Aceito

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	29/04/2016 14:37:18	Sacid Caderard	Aceito
Folha de Rosto	Doc1.docx	12/01/2016	Sacid Caderard	Aceito

Endereço: Rodovia Juscelino Kubistcheck de Oliveira - Km.02
 Bairro: Bairro Universidade CEP: 68.902-280
 UF: AP Município: MACAPA
 Telefone: (96)4009-2805 Fax: (96)4009-2804 E-mail: cep@unifap.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - UNIFAP



Continuação do Parecer: 1.532.027

Folha de Rosto	Doc1.docx	13:54:16	Sacid Caderard	Aceito
----------------	-----------	----------	----------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACAPA, 05 de Maio de 2016

Assinado por:
RAPHAELLE SOUSA BORGES
 (Coordenador)

ANEXO B - MANUAL DE CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DAS CEFALÉIAS

PARTE 1. CEFALÉIAS PRIMÁRIAS

1. Migrânea
2. Cefaleia do tipo tensional
3. Cefaleia em salvas e outras cefaleias trigêmeino-autonômicas
4. Outras cefaleias primárias

PARTE 2. CEFALÉIAS SECUNDÁRIAS

5. Cefaleia atribuída a trauma cefálico e/ou cervical
6. Cefaleia atribuída a doença vascular craniana ou cervical
7. Cefaleia atribuída a transtorno intracraniano não-vascular
8. Cefaleia atribuída a uma substância ou a sua retirada
9. Cefaleia atribuída a infecção
10. Cefaleia atribuída a transtorno da homeostase
11. Cefaleia ou dor facial atribuída a transtorno do crânio, pescoço, olhos, ouvidos, nariz, seios da face, dentes, boca ou outras estruturas faciais ou cranianas.
- 1 2. Cefaleia atribuída a transtorno psiquiátrico

PARTE 3. NEURALGIAS CRANIANAS, DOR FACIAL PRIMÁRIA E CENTRAL E OUTRAS CEFALÉIAS

13. Neuralgias cranianas e causas centrais de dor facial
14. Outras cefaleias, neuralgias cranianas e dor facial primária ou central.

ANEXO C – QUESTIONÁRIO “THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE” (WHOQOL-BREF)

Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.

Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	④	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de	1	2	3	4	5

	fazer o que você precisa?					
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as	1	2	3	4	5

	atividades do seu dia-a-dia?					
18	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?