

QUALIDADE DE VIDA E CONSUMO DE ALIMENTOS DE RISCO E PROTEÇÃO PARA AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA ADQUIRIDA.

QUALITY OF LIFE AND CONSUMPTION OF FOOD RISK AND PROTECTION FOR CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES OF ACQUIRED PHYSICAL DISABILITY.

Cláudia Helena Jasper¹
Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho – Universidade do Vale do Itajaí E-mail: claudiajasper@univali.br

Tatiana Mezadri²
Doutora em Ciência dos Alimentos – Universidade do Vale do Itajaí E-mail: mezadri@univali.br

Isabela Caprara Pamplona³
Nutricionista – Universidade do Vale do Itajaí E-mail: isa.pamplona@hotmail.com

Fabiola Hermes Chesani
Doutora em Educação Científica e Tecnológica – Universidade do Vale do Itajaí E-mail: fabiola.chesani@univali.br

Soraia Dornelles Schoeller
Doutora em Filosofia da Saúde e Enfermagem – Universidade Federal de Santa Catarina E-mail: soraia.dornelles@ufsc.br

Leo Lynce Valle de Lacerda
Doutor em Educação – Universidade do Vale do Itajaí E-mail: leolynce@univali.br

Luciane Peter Grillo
Doutora em Pediatria e Ciências Aplicada à Pediatria (grillo@univali.br)

RESUMO

Este estudo objetivou avaliar a qualidade de vida (QV) e o Consumo de Alimentos de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) de pessoas com deficiência física adquirida residentes no município de Itajaí, SC. A população foi caracterizada por meio de questionário socioeconômico tipo de deficiência e presença de comorbidades. Para avaliar a QV e o consumo alimentar utilizou-se o questionário Whoqol_bref e de frequência alimentar com mensuração convertida em escores, respectivamente. Foram avaliados 164 indivíduos, a deficiência predominante foi hemiplegia (26,1%) seguida por paraplegia (22,2%). Com relação à QV, na avaliação geral o domínio “psicológico” foi o que apresentou maior escore (62,86 pontos) e o domínio com menor escore foi o “físico” (55,41 pontos). Entre os entrevistados, o maior consumo dos alimentos de proteção para as DCNT ($p=0,001$) esteve entre aqueles que recebiam renda de até 2 salários mínimos (SM) e renda de mais de 4 SM. As demais variáveis não apresentaram diferenças estatisticamente significativas em relação ao consumo de alimentos de risco e proteção para as DCNTs.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de vida. Consumo de Alimentos. Pessoas com Deficiência.

ABSTRACT

The aim of the study was to evaluate the quality of life (QoL) and the consumption of risk and protective food for chronic non-communicable diseases (NCDs) of people with physical disabilities acquired living in the city of Itajaí, SC. The population was characterized by a questionnaire containing questions related to education, income, and occupation. To assess QoL used the Whoqol_bref questionnaire, and food intake assessment was using food frequency was questionnaire to measure converted into scores. The data collected were processed using descriptive and statistical analysis. 164 individuals were assessed, being that the predominant deficiency type was hemiplegia (26,1%), followed by paraplegia (22,2%). Regarding QOL, the overall assessment, the "psychological" domain showed the highest score (62.86 points) and the domain with lowest score was the "physical" (55.41 points). Significant results show that among the respondents, the higher the consumption of protective foods for NCD ($p = 0.001$) was among those who received income of up to 2 NMW and those who received income of more than 4 NMW. Other variables showed no statistically significant differences in relation to risk consumption of food and protection for NCDs.

KEYWORDS: Quality of Life, Food Consumption, Disabled Persons.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1946 definiu saúde não apenas como a ausência de doença ou enfermidade, mas também a presença de bem-estar físico, mental e social (WHO, 1946). Este conceito expressa associação entre qualidade de vida (QV) e saúde da população. Para Canha (2010) a qualidade de vida reflete a percepção dos indivíduos de que as suas necessidades estão satisfeitas e que deste modo, não estão sendo negadas oportunidades de alcançar felicidade e satisfação, apesar do estado físico de saúde, ou condições sociais e econômicas.

Com relação à deficiência, a OMS, por meio da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) a conceitua como "problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, como um desvio significativo ou uma perda" e estima que 10% da população de qualquer país em tempo de paz é portadora de algum tipo de deficiência (OMS, 2003). No Brasil, os resultados do Censo Demográfico de 2010 apontaram 45.606,048 milhões de pessoas que declararam ter algum tipo de deficiência, correspondendo a 23,9% da população brasileira, e destas, 13 milhões referiram ter deficiência motora (6,95% da população do país) (IBGE, 2010).

Os diferentes tipos de deficiências físicas podem associar-se com alterações no estado nutricional e complicações metabólicas, gerando uma série de complicações agudas e crônicas no organismo que estão relacionadas com o surgimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como: obesidade, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia, levando a um eventual prejuízo adicional à qualidade de vida (SANTOS et al., 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1946 definiu saúde não apenas como a ausência de doença ou enfermidade, mas também a presença de bem-estar físico, mental e social (WHO, 1946). Este conceito expressa associação entre qualidade de vida (QV) e saúde da população. Para Canha (2010) a qualidade de vida reflete a percepção dos indivíduos de que as suas

necessidades estão satisfeitas e que deste modo, não estão sendo negadas oportunidades de alcançar felicidade e satisfação, apesar do estado físico de saúde, ou condições sociais e econômicas.

Com relação à deficiência, a OMS, por meio da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) a conceitua como “problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, como um desvio significativo ou uma perda” e estima que 10% da população de qualquer país em tempo de paz é portadora de algum tipo de deficiência (OMS, 2003). No Brasil, os resultados do Censo Demográfico de 2010 apontaram 45.606,048 milhões de pessoas que declararam ter algum tipo de deficiência, correspondendo a 23,9% da população brasileira, e destas, 13 milhões referiram ter deficiência motora (6,95% da população do país) (IBGE, 2010).

Os diferentes tipos de deficiências físicas podem associar-se com alterações no estado nutricional e complicações metabólicas, gerando uma série de complicações agudas e crônicas no organismo que estão relacionadas com o surgimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como: obesidade, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia, levando a um eventual prejuízo adicional à qualidade de vida (SANTOS et al., 2014).

MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal, do tipo exploratório e descritivo com pessoas com deficiência física adquirida residentes do município de Itajaí (SC). Na definição da população foram observados os seguintes critérios de inclusão: possuir deficiência física adquirida - paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, membros com deformidade adquirida, amputados, esclerose amiotrófica. E como critérios de exclusão: ter deficiência congênita ou nanismo, bem como ostomizados e mastectomizados. Como locais de estudo foram selecionadas cinco Unidades de Saúde do município de Itajaí, por facilidade de acesso dos pesquisadores, duas redes de apoio (Associação dos Deficientes Físicos da Foz de Itajaí (ADEFI) e Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais [APAE]) e dois centros especializados (Clínica de Fisioterapia e Centro Especializado em Reabilitação Física e Intelectual [CER II]). Foram entrevistadas todas as pessoas elegíveis para o estudo encontradas nas referidas instituições no período de julho de 2015 a fevereiro de 2016.

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de questionário estruturado com informações socioeconômicas (idade, sexo, escolaridade, estado civil, ocupação e renda familiar em salário mínimo vigente no período do estudo de R\$ 880,00), tipo de deficiência e presença de comorbidades.

A qualidade de vida foi mensurada utilizando-se o instrumento do World Health Organization Quality of Life Instruments (WHOQOL_bref), elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1995), validado para a população brasileira por Fleck e colaboradores (2000). O Whoqol_bref é composto por 26 questões divididas em quatro domínios: “físico”, “psicológico”, “relações sociais” e “meio ambiente”. O instrumento não possui ponto de corte para a avaliação positiva ou negativa da qualidade de vida, considera-se, no entanto, que, quanto mais próximo de 100 for o score, melhor a qualidade de vida.

Para avaliar o consumo alimentar de risco e proteção para as DCNT foi aplicado um questionário de frequência alimentar (QFA) do tipo qualitativo. A listagem dos 50 alimentos incluídos baseou-se na última Pesquisa de Orçamento Familiar

(POF) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2009), e o consumo alimentar avaliado foi referido pelo consumo de alimentos ou grupos de alimentos, referente aos últimos 30 dias e posteriormente calculou-se a frequência anual.

Os alimentos registrados por meio do QFA foram classificados em uma das sete categorias de frequência de consumo (FC), conforme o método proposto por Fornés et al. (2002): alimentos nunca consumidos (FC1), alimentos consumidos uma ou menos de uma vez por mês (FC2), duas a três vezes por mês (FC3), uma ou duas vezes por semana (FC4), três ou quatro vezes por semana (FC5), cinco ou seis vezes por semana (FC6) e alimentos consumidos diariamente (FC7). Para que a frequência de consumo mensal de cada alimento pudesse ser tratada como variável quantitativa e representar o consumo anual, foi atribuído um peso (S) a cada categoria de frequência de consumo (FC) baseado na frequência de consumo anual.

Com base em metodologia de Furlan-Viebig e Pastor-Valero (2003) foi definido como peso máximo o valor igual a 1 para os alimentos consumidos diariamente (FC7). Os demais pesos foram obtidos de acordo com a seguinte equação: $S_n = (1 / 365) \times [(a + b) / 2]$ sendo que a e b representam o número de dias da frequência. Assim, para cada indivíduo, foi obtido o cálculo do escore de frequência de consumo de alimentos de risco e proteção para as DCNT.

Sendo assim, estruturou-se o grupo dos alimentos de risco por: leite integral e lácteos integrais (iogurte integral); alimentos fritos (ovo frito); carnes com gordura, fritas e /ou com pele (carne bovina, carne suína, frango, peixe); embutidos processados; refrigerantes; bebidas alcoólicas (vinho, cerveja, cachaça) e doces (biscoitos doces, balas, chocolates). E o grupo dos alimentos de proteção por: leite desnatado e produtos lácteos desnatados (iogurte desnatado, lactobacilos); frutas, verduras e legumes, feijão, cereais e derivados (arroz, macarrão, pães, biscoitos salgados, aipim, inhame, batata), alimentos integrais (pão integral, arroz integral), carnes cozidas e /ou sem pele (aves, bovinas e suínas), peixes e ovos (AZEVEDO; DIAS CABRAL, 2014).

As diferenças entre as médias de escore dos domínios de qualidade de vida de acordo com as variáveis socioeconômicas e de saúde foram testadas conforme seu número de níveis: para sexo e escolaridade foi utilizado o teste t Student e para as demais a Análise de Variância (ANOVA) seguida pelo teste de comparação múltipla a posteriori de Tukey, quando necessário. Foram consideradas significativas as diferenças com $p \leq 0,05$. O aplicativo utilizado nas análises foi o Statistica versão 10.0

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí (protocolo n. 694.257).

RESULTADOS

Foram avaliados 164 indivíduos com deficiência física adquirida com média de idade de $52,6 \pm 17,9$ anos. A amostra apresentou paridade entre sexos: 50,6% de homens e 49,4% de mulheres. Da totalidade dos entrevistados, a maioria (54,10%) possuía o ensino fundamental e 61,7% recebiam até dois salários mínimos (SM).

Sobre a ocupação, a maior parte (37%) não exercia cargo remunerado no momento da entrevista, 28,6% eram aposentados e 24,7% recebiam benefício por invalidez, totalizando mais da metade dos respondentes.

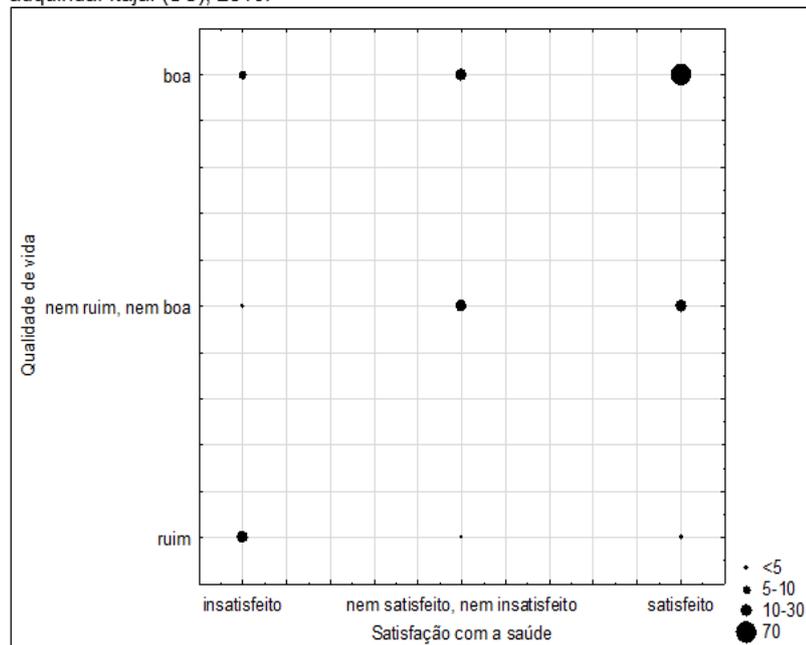
No que se refere à deficiência, o tipo predominante foi hemiplegia (26,1%), seguida por paraplegia (22,2%), ressalta-se que outras deficiências quando agrupadas tiveram percentual total de 24,8%. Em adição, 67,5% referiram não possuir comorbidades associadas à deficiência.

Quando questionados com relação à qualidade de vida global, 58,9% a consideraram boa; 25,7% nem ruim, nem boa; 7,9% ruim; 4,9% muito boa; e 2,4% consideraram muito ruim. Além disso, 50,3% dos entrevistados relataram que estavam satisfeitos com sua saúde; 33,1% não estavam satisfeitos nem insatisfeitos; 11,0% insatisfeitos; 3,0% muito satisfeitos e 2,4% muito insatisfeitos com sua saúde.

A análise da percepção da qualidade de vida com relação à satisfação com a saúde foi realizada agrupando-se as categorias da seguinte maneira: “boa” e “muito boa” foram recategorizadas como “boa”; “ruim” e “muito ruim” como “ruim”; “insatisfeito” e “muito insatisfeito” como “insatisfeito”; “satisfeito” e “muito satisfeito” como “satisfeito”. O resultado mostrou associação significativa ($p < 0,0001$), ou seja, das pessoas com percepção ruim sobre sua qualidade de vida 67,4% indicaram insatisfação com sua saúde; daquelas que referiram boa qualidade de vida somente 5,7% indicaram esta insatisfação.

O Gráfico 1 representa a distribuição da frequência de respostas de acordo com a satisfação com a saúde e avaliação da qualidade de vida global. Observa-se o aumento gradual desta frequência na medida em que a escala de satisfação com a saúde melhora.

Gráfico 1 - Distribuição da frequência de respostas de acordo com a satisfação com a saúde e avaliação da qualidade de vida global das pessoas com deficiência física adquirida. Itajaí (SC), 2016.



Na avaliação geral dos domínios, o “psicológico” foi o que apresentou a maior média de escore (62,86 pontos) e o “físico” a menor (55,41 pontos). O domínio “psicológico” diz respeito à imagem corporal e aparência; sentimentos;

autoestima; espiritualidade, religião e crenças pessoais; pensamento, aprendizado, memória e concentração. Já o domínio “físico” engloba questões referentes à: atividades de vida diária, dependência de medicamentos, energia e fadiga, mobilidade, dor e desconforto, sono e repouso, e capacidade para o trabalho (OMS, 1995).

A Tabela 1 apresenta as diferenças entre os escores médios dos domínios do questionário Woqool_bref de acordo com as variáveis sociodemográficas, tipo de deficiência e presença de comorbidades.

Tabela 1 – Qualidade de vida de acordo com os domínios do *Whoqol-Bref* e com os dados sociodemográficos, tipo de deficiência e presença de comorbidades das pessoas com deficiência física adquirida. Itajaí (SC), 2016.

Variável	N	D1	IC	p	D2	IC	p	D3	IC	p	D4	IC	p
Sexo*	154			0,830			0,539			0,758			0,943
Masculino	80	55,21	52,78-57,64		62,20	59,06-65,33		60,70	56,36-65,05		59,96	56,72-63,20	
Feminino	74	55,62	52,62-58,62		63,52	60,60-66,44		61,59	57,84-65,34		59,80	56,72-62,88	
Escolaridade**	135			0,069			0,611			0,989			0,738
Analfabeto	12	50,26	43,67-56,85		59,83	55,24-64,41		60,12	50,47-69,78		55,81	45,70-65,91	
Ens. Fundamental	61	53,69	50,87-56,50		61,92	58,64-65,20		60,68	56,13-65,23		60,41	57,12-63,69	
Ens. Médio	45	58,53	54,72-62,35		64,55	60,31-68,79		61,06	55,61-66,51		60,40	56,18-64,62	
Ens. Superior	17	55,26	49,78-60,73		63,24	56,33-70,15		62,26	50,42-74,10		60,48	51,83-69,13	
Estado Civil*	160			0,639			0,066			0,641			0,718
Com companheiro (a)	89	55,86	53,17-58,55		64,66	62,02-67,30		61,71	57,91-65,50		0,21	0,19-0,23	
Sem companheiro (a)	71	54,93	52,09-57,78		60,63	57,08-64,18		60,33	55,81-64,86		0,21	0,19-0,23	
Ocupação**	154			0,017			0,844			0,493			0,475
Com remuneração	15	62,73 ^a	55,02-70,43		66,67	57,22-76,13		66,67	57,22-76,13		63,29	55,05-71,52	
Sem remuneração	57	56,86 ^{ab}	54,28-59,44		59,41	55-63,82		59,41	55-63,82		60,19	57,22-63,16	
Aposentadoria	44	53,58 ^b	50,08-57,07		63,8	59,01-68,6		60,19	54,32-66,06		57,37	52,08-62,65	
Benefício por invalidez	38	52,33 ^b	47,78-56,88		62,71	56,71-68,72		62,71	56,71-68,72		60,86	56,58-65,15	
Renda**	154			0,260			0,0005			0,096			0,421
Até 2 SM	95	54,2	51,72-56,67		59,57 ^a	57,01-62,13		58,85	55,02-62,68		58,71	55,79-61,63	
Mais de 2 a 4 SM	44	56,79	53,01-60,57		67,17 ^b	63,19-71,16		63,51	58,51-68,50		61,94	57,79-66,09	
Mais de 4 SM	15	58,81	54,28-63,35		70 ^c	62,86-77,15		68,34	61,10-75,57		60,63	54,43-66,83	
Tipo de deficiência**	153			0,453			0,127			0,047			0,129
Amputações	22	56,43	50,57-62,30		63,84	58,64-69,04		68,01 ^a	61,91-74,10		65,38	59,72-71,04	
Paraplegia	34	57,76	54,06-61,46		63,22	58,66-67,78		64,05 ^{ab}	58,91-69,19		61,43	57,89-64,97	
Hemiplegia	40	53,67	50,22-57,11		60,53	56,78-64,27		61,05 ^{ab}	56,24-65,85		58,21	53,24-63,18	
Hemiparesia	19	52,22	46,53-57,91		57,94	52,10-63,78		60,32 ^{ab}	52,02-68,62		55,06	47,74-62,39	
Outros tipos de deficiência	38	55,93	51,55-60,31		66,67	61,51-71,83		54,68 ^b	47,15-62,21		59,23	54,52-63,93	
Comorbidades**	154			0,046			0,329			0,781			0,855
Apenas diabetes	13	58,93 ^a	52,79-65,08		63,99	59,13-68,86		57,74	44,74-70,75		60,05	51,94-68,16	
Sem comorbidade	104	56,59 ^a	54,28-58,91		64,07	61,38-66,77		62,31	58,89-65,74		60,44	57,74-63,14	
Apenas hipertensão	18	53,58 ^{ab}	47,61-59,54		60,09	52,63-67,56		60,97	54,14-67,8		60,2	54,14-66,27	
Associadas (DM + HAS)	9	51,08 ^{ab}	44,15-58,00		55,84	48,38-63,30		58,34	43,74-72,94		55,94	43,41-68,48	
Outras	10	46,43 ^b	36,48-56,38		60,61	52,00-69,23		56,82	42,05-71,60		57,11	45,84-68,38	

Nota: D1 - Domínio Físico; D2 - Domínio Psicológico; D3 - Domínio Relações Sociais; D4 - Domínio Meio Ambiente

*teste *t* de Student para variáveis independentes ao nível de 5%.

** análise de variância ao nível de 5%. As letras iguais sobrescritas nas médias correspondem a médias iguais no teste *a posteriori* de Tukey.

Com relação ao domínio “físico” observou-se diferenças significativas nos escores de qualidade de vida com a ocupação e as comorbidades; indivíduos que possuíam ocupação remunerada apresentaram média de escores maior do que aqueles aposentados ou que recebiam benefício por invalidez. Quanto à presença de comorbidades, notou-se que as pessoas que não possuíam comorbidade ou citavam apenas a diabetes tiveram melhor percepção da qualidade de vida que aqueles com outras comorbidades associadas. O domínio “psicológico” apresentou diferença significativa para a renda, ou seja, aqueles que recebiam até dois salários mínimos (SM) mostraram menor média de escore. No domínio “relações sociais”, houve diferença significativa conforme o tipo de deficiência: amputados apresentaram maior escore quando comparados aos outros tipos de deficiências. O domínio “meio ambiente” não apresentou diferença significativa para as variáveis investigadas.

Na Tabela 2 estão expressos os valores médios dos escores de consumo alimentar e os intervalos de confiança segundo as variáveis estudadas.

Tabela 2 – Média e intervalo de confiança de 95% (IC) dos escores de consumo alimentar de risco e proteção para as DCNT de acordo com os dados sociodemográficos e de saúde das pessoas com deficiência física adquirida. Itajaí (SC), 2016.

Variável	Proteção Média	IC	p	Risco Média	IC	p
Sexo*			0,936			0,155
Feminino	0,460	0,416-0,505		0,197	0,178-0,217	
Masculino	0,463	0,417-0,509		0,217	0,197-0,238	
Escolaridade**			0,903			0,580
Analfabeto	0,506	0,336-0,676		0,228	0,162-0,294	
Ens. Fundamental	0,460	0,409-0,511		0,203	0,183-0,224	
Ens. Médio	0,463	0,409-0,518		0,193	0,167-0,219	
Ens. Superior	0,474	0,377-0,571		0,216	0,165-0,267	
Estado civil*			0,147			0,771
Com companheiro (a)	0,440	0,398-0,81		0,208	0,188-0,229	
Sem companheiro (a)	0,486	0,437-0,535		0,204	0,183-0,225	
Ocupação**			0,798			0,693
Com remuneração	0,476	0,369-0,583		0,232	0,181-0,283	
Sem remuneração	0,477	0,421-0,533		0,202	0,177-0,227	
Benefício por invalidez	0,437	0,372-0,502		0,209	0,184-0,234	
Aposentadoria	0,458	0,401-0,514		0,203	0,174-0,231	
Renda**			0,010			0,271
Até 2 SM	0,483 ^a	0,439-0,527		0,202	0,185-0,220	
Mais de 2 a 4 SM	0,390 ^b	0,345-0,435		0,205	0,180-0,230	
Mais de 4 SM	0,536 ^a	0,450-0,623		0,242	0,179-0,304	
Tipo de deficiência**			0,951			0,469
Paraplegia	0,457	0,381-0,532		0,216	0,184-0,249	
Hemiplegia	0,443	0,377-0,509		0,217	0,195-0,238	
Hemiparesia	0,488	0,387-0,588		0,197	0,154-0,241	
Amputações	0,467	0,384-0,551		0,221	0,177-0,264	
Outros tipos def.	0,461	0,404-0,518		0,187	0,155-0,219	
Comorbidade**			0,156			0,468
Sem comorbidade	0,469	0,431-0,507		0,206	0,187-0,224	
Apenas hipertensão	0,533	0,395-0,671		0,236	0,198-0,275	

Encontrou-se diferença significativa nos escores com relação à renda, o maior consumo dos alimentos de proteção para as DCNT ($p=0,001$) estava entre os que recebiam renda de até 2 SM (R\$1760,00) e os que recebiam renda de mais de 4 SM (R\$3520,00); com escores de 0,485 e 0,536 respectivamente. As demais variáveis não apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

DISCUSSÃO

Com relação ao sexo, a população apresentou valores semelhantes para homens e mulheres, diferente de outros estudos que apontam o sexo masculino como predominante (CASTRO et al., 2008).

A baixa escolaridade das pessoas com deficiência física encontrada nesta pesquisa (39,02%) assemelha-se a resultados de outras pesquisas realizados com pessoas nas mesmas condições em diferentes municípios (NOGUEIRA, 2016; HOLANDA et al., 2015). Para Resende e Neri (2005) este indicador social associado à deficiência pode resultar em um conhecimento deficitário sobre a importância e o cuidado com a alimentação, além de dificultar o processo de inclusão social e a inserção no mercado de trabalho.

Para variável renda, evidenciou-se que mais da metade das pessoas investigadas recebiam até dois salários mínimos no momento da entrevista (61,7%) e apenas 9,7% exerciam ocupação remunerada. Nogueira et al. (2016) avaliando o perfil das pessoas com deficiência física no município de Florianópolis encontraram dados semelhantes, sendo 64% de aposentados e 22,4% que recebiam benefício por invalidez. Santos et al. (2014) analisaram deficientes físicos residentes em municípios do nordeste brasileiro e 83,5% recebiam benefício por invalidez ou aposentadoria.

Dados encontrados por Rodrigues, Aoki e Oliver (2015) demonstraram que, aparentemente, a baixa escolaridade refletiu na ocupação dos avaliados, em que 13,6% das pessoas com deficiência estavam desempregados, 8,6% realizavam trabalhos que exigiam baixa qualificação e 14,3% eram aposentados ou recebiam benefícios previdenciários.

No Brasil, o Decreto nº. 914/93, o qual instituiu a Política Nacional para a Integração Social da Pessoa com Deficiência, possui como uma de suas diretrizes (art. 5º): “criar medidas que tendam a criar vagas de emprego, que privilegiem as atividades econômicas para a melhor a aceitação de mão de obra de pessoas com deficiência, ainda tendo que proporcionar a sua qualificação para a função e a incorporação no mercado de trabalho” (BRASIL, 1993).

Além disso, o país conta com a Lei de Cotas, a qual obriga as empresas com 100 ou mais funcionários a destinar de 2% a 5% (dependendo do total de empregados) dos postos de trabalho a pessoas com alguma deficiência. Caso não ocorram às contratações necessárias, a empresa pode ser multada pelo Ministério do Trabalho – MT (BRASIL, 1991). Para Carvalho (2012) a referida Lei é “o principal mecanismo de inclusão social da pessoa com deficiência no mercado de trabalho”.

Entretanto, pesquisas que analisam as dificuldades das pessoas com deficiência para se inserirem no mercado de trabalho, tem concluído que este problema acontece devido à falta acentuada de conhecimento com relação à capacidade de trabalho dessas pessoas e desconhecimento do que seja de fato a deficiência (SANTOS et al., 2014), além da preocupação do empregador quanto à necessidade de adaptação física do ambiente de trabalho o que pode ocasionar algum tipo de gasto financeiro (ZOŁNIERCZYK-ZREDA; MAJEWSKI, 2012).

Em estudo realizado em um município do Sul do Brasil, verificou-se ainda a resistência familiar à inserção de deficientes no mercado de trabalho como outro fator limitante, seja pelo excesso de zelo que desenvolveram em relação a pessoa com deficiência; por não acreditarem na capacidade do familiar com deficiência ou por não estarem engajados no processo de inserção do deficiente no mercado de trabalho (PHILENERO et al., 2015).

Comorbidades associadas à deficiência física adquirida foram relatadas por 32,5% da amostra estudada na presente pesquisa, sendo a hipertensão, a mais prevalente (11,7%). Almeida (2008) estabeleceu uma possível relação entre amputações de membros inferiores e doença arterial periférica causada por doenças de base. Além disso, a deficiência física pode estar associada com alterações no estado nutricional e complicações metabólicas, levando ao surgimento de DCNT (SANTOS et al., 2014).

Em adição, indivíduos com deficiência estão mais expostos a comorbidades associadas à sua condição, resultando em maior necessidade de uso de serviços de saúde e acompanhamento especializado ao longo de toda a sua vida (CASTRO, 2011).

Com relação à qualidade de vida (QV), neste estudo, os domínios com menores médias de escores de QV foram o “físico” (55,41 pontos) e o “meio ambiente” (59,87 pontos). Pela condição de deficiência física da população avaliada, era esperado que o domínio “físico” apresentasse menores médias de escores. No domínio “meio ambiente”, embora haja legislação para garantir a acessibilidade das pessoas com deficiência, na prática, ainda existe uma grande dificuldade em questões de circulação, transporte, trabalho, renda, lazer, condições de moradia, entre outras, que limitam a inclusão social destas pessoas.

Corroborando os achados do presente estudo, pesquisas realizadas para avaliar a qualidade de vida de indivíduos com lesão medular também encontraram os domínios “físico” e “meio ambiente” com os menores escores (FRANÇA et al., 2013; BAMPI; GUILHEM; LIMA, 2008). Já em estudo realizado na Índia, constatou-se que os domínios com as piores médias de escores foram o “psicológico” (48,57) e o “físico” (49,76) (GANESH; MISHRA, 2016).

Pangalila et al. (2015) utilizaram o questionário Whoqol_bref para avaliar a qualidade de vida de 79 adultos holandeses com distrofia muscular de Duchenne (DMD) e encontraram o domínio “relações sociais” com o menor escore; além disso 73% dos indivíduos estudados avaliaram sua qualidade de vida global como muito boa. Ressalta-se que no presente estudo apenas 4,90% dos indivíduos estudados referiram sua qualidade de vida global como “muito boa”, a maioria (58,9%) referiu como “boa”. Martins et al (2014), em estudo realizado com adolescentes com osteogênese imperfeita, observaram que de maneira geral os adolescentes estão satisfeitos com sua QV (média 69,3 pontos). Em pesquisa realizada com indivíduos amputados do Rio Grande do Sul (RS), constatou-se baixo percentual dos que consideravam sua qualidade de vida muito boa (9,1%); a maioria dos avaliados a considerou nem boa nem ruim (36,4%) (MILIOLI et al., 2012).

Recente pesquisa sugere que a percepção de diminuição da qualidade de vida entre as pessoas com deficiência física pode ser uma consequência das barreiras ambientais e das desigualdades de oportunidades enfrentadas por elas e não somente pelo próprio comprometimento físico (HAMMELL, 2015).

Em contrapartida, os domínios que apresentaram maiores médias de escore foram o domínio “psicológico” e o domínio “relações sociais” com 62,8 e 61,1 pontos, respectivamente. Ainda que os domínios físico e meio ambiente possam influenciar negativamente na percepção de QV das pessoas com deficiência física, provavelmente o que influencia na percepção positiva do domínio “psicológico” seja o domínio “relações sociais”, o que demonstra a importância da rede de apoio informal para essas pessoas.

Holanda e colaboradores (2015) em estudo realizado para identificar as redes de apoio social das pessoas com deficiência física constaram que as redes de apoio dessas pessoas estão constituídas principalmente de membros familiares

(pais, irmãos, filhos, cônjuges) e extrafamiliares (amigos e vizinhos). Neste mesmo estudo, verificaram ainda que a principal barreira para interação social era a dificuldade de locomoção destas pessoas. Semelhante aos achados do presente estudo, em que os domínios com maiores escores foram o “psicológico” e “relações sociais”.

Fazendo-se uma relação entre os resultados das médias de escores dos domínios e os serviços de saúde é possível inferir, quanto ao domínio “físico”, que a melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência física é limitada pelo tipo de problema. Ainda que os serviços de saúde tenham papel importante na reabilitação, nem sempre os ganhos irão corresponder às expectativas das pessoas.

Quanto ao domínio “meio ambiente”, por meio das políticas públicas e do seu cumprimento, pode-se favorecer a inclusão social das pessoas com deficiência física, especialmente nos espaços coletivos, tanto de caráter público quanto privado. Além disso, a organização do ambiente familiar pode garantir aumento da autonomia destas pessoas e conseqüente melhoria da qualidade de vida, especialmente se apoiadas por profissionais da área da saúde.

Outro papel importante dos profissionais e serviços de saúde na melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência física tem relação com os domínios: “psicológico” e “relações sociais”. O papel atribuído anteriormente aos serviços de saúde se restringia às ações de reabilitação, porém, o eixo de organização a partir da integralidade da atenção, exige uma postura mais cuidadora e neste sentido, ativar, auxiliar e apoiar a construção da rede de apoio informal das pessoas com deficiência física passa a ser tão importante quanto às ações de reabilitação.

Além disso, o cuidado pressupõe a preocupação e a atuação para o bem-estar emocional da pessoa, seja por meio do acolhimento de todos os profissionais envolvidos na atenção, ou mesmo o trabalho de profissional especializado, quando necessário.

Quanto à alimentação, encontrou-se diferença significativa ($p=0,001$) nos escores com relação à renda, em que o maior consumo dos alimentos de proteção para as DCNT estava entre os que recebiam renda de até dois salários mínimos e os que recebiam renda de mais de quatro; com escores de 0,485 e 0,536 respectivamente. As demais variáveis não apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

Os questionários alimentares foram avaliados quantitativamente por meio de escores para alimentos de risco e proteção para as DCNT. No entanto, durante as entrevistas observou-se que as pessoas com menor renda relatavam frequentemente o consumo de alimentos básicos e mais baratos como: arroz, feijão e ovo (considerados também de proteção para as DCNT). Tal fato deve estar relacionado ao baixo poder aquisitivo deste grupo, a informação quanto à qualidade do alimento, aqui, pouco interfere no consumo, que é determinado exclusivamente pela renda familiar, uma vez que os ganhos financeiros não se destinam apenas à alimentação.

Constatou-se o mesmo consumo de alimentos protetores para as pessoas com maior renda. Neste caso, produtos integrais, grãos e diferentes leguminosas e lácteos magros faziam parte da descrição do consumo. Sugere-se ainda que neste grupo haja melhor acesso às informações sobre alimentação saudável o que pode ampliar a possibilidade de escolhas alimentares.

Para as pessoas com renda intermediária, ou seja, que ganhavam entre dois e quatro salários mínimos, o elevado consumo de alimentos do grupo risco para as DCNT pode se dar por uma combinação de relativo poder aquisitivo com a

falta de informação quanto à qualidade dos alimentos, o que eleva o consumo de produtos industrializados, embutidos e carboidratos refinados.

A associação entre renda com o consumo de alimentos fontes de carboidratos simples e gorduras saturadas, considerados alimentos de risco para DCNT, foi estudada nas pesquisas de Pinho et al. (2012) e Lenz et al. (2009), os quais discutem que o nível econômico influencia o consumo, mas não determina a qualidade da dieta. No estudo de Groah et al. (2009) para todos os participantes paraplégicos a ingestão de gorduras saturadas (alimento pertencente ao grupo de risco) estava acima do ideal.

A nutrição do indivíduo desempenha papel fundamental em sua saúde. O baixo consumo de frutas, legumes e verduras, por exemplo, encontra-se entre os cinco principais fatores de risco associados à ocorrência de DCNT (WHO, 2002). No Brasil, é possível observar aumento de doenças como diabetes, hipertensão, doenças do coração, obesidade que estão relacionadas ao consumo excessivo de calorias e à oferta desequilibrada de nutrientes na alimentação (BRASIL, 2014).

Em pessoas paraplégicas, ocorrem alterações da composição corporal e redução na atividade do sistema imune, além de tendência no agravamento do quadro clínico quando a dieta está inadequada, esta associação de fatores contribui com o aparecimento de DCNT (OMS, 1995). Por conta disso, a alimentação saudável deve ser orientada e estimulada em pessoas com deficiência física, para assim se evitar complicações decorrentes da má alimentação.

CONCLUSÃO

Conforme análise dos resultados encontrados foi possível concluir que, de modo geral, as pessoas com deficiência física adquirida percebem sua qualidade de vida como “boa”. Quando avaliados os resultados por domínios, observou-se que o domínio “físico” foi o que apresentou menor média de escore e o domínio “psicológico” maior média de escore. Com relação à alimentação, o consumo de alimentos protetores para as DCNT foi maior nas que apresentavam baixa e alta renda. Aqueles que apontaram renda intermediária tiveram maior consumo dos alimentos de risco para as DCNT.

Conhecer a percepção da qualidade de vida das pessoas com deficiência física e seus domínios, bem como seu hábito alimentar é fundamental para que os serviços de saúde locais possam planejar e realizar ações de assistência, cuidado e atenção à saúde mais efetivas que atendam as verdadeiras demandas desta população, contribuindo assim para melhorar a qualidade de vida destes indivíduos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. E. C. G. de. **Diabetes mellitus como causa de amputação não traumática no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia** [Dissertação]: Universidade Federal de Uberlândia; Uberlândia, 2008.

AZEVEDO, E. C. C.; DIAS, F. M. R. S. da; CABRAL, P. C. **Consumo alimentar de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis e sua associação com a gordura corporal:** um estudo com funcionários da área de saúde de uma universidade pública de Recife (PE), Brasil. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1613-1621, 2014.

BAMPI, L. N. S.; GUILHEM, D.; LIMA, D. D. **Qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática:** um estudo com o WHOQOL-bref. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-77, 2008.

BRASIL. **Decreto nº 914, de 6 de setembro de 1993.** Institui a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, e dá outras providências. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d0914.htm. Acesso em: abril 2016.

BRASIL. **Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991.** Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm. Acesso em: abril 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico, Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência, 2010.** Disponível em:
www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/caracteristicas_religiaoodeficiencia_tab_pdf.shtm.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para a população brasileira.** Brasília/ DF 2014. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf Acesso em: abril 2016.

CANHA, L. M. N. **Comportamentos e saúde nas crianças e adolescentes com deficiência motora.** *Journal of child and adolescent Psychology*, Lisboa, n. 1, p. 135-155, 2010.

CARVALHO, M. L. **A empresa contemporânea:** sua função social em face das pessoas com deficiência. Belo Horizonte: Del Rey, 2012 (p.102).

CASTRO, S. S. et al. **Deficiência visual, auditiva e física:** prevalência e fatores associados em estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 24, p. 1773-1782, 2008.

Castro SS, Lefevre F, Lefevre AMC, Cesar CLG. **Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência** *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 99-105, 2011

FLECK, M. P. A. et al. **Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida "WHOQOL_bref".** *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

FORNÉS, N. S. de et al. **Escores de consumo alimentar e níveis lipêmicos em população de São Paulo**, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 12-18, 2002.

FRANÇA, I. S. X. et al. **Qualidade de vida em pacientes com lesão medular.** Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 155-163, 2013.

FURLAN-VIEBIG, R.; PASTOR-VALERO, M. **Desenvolvimento de um questionário de frequência alimentar para o estudo de dieta e doenças não transmissíveis.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 581-584, 2003.

GANESH, S.; MISHRA, C. **Physical Activity and Quality of Life among Adults with Paraplegia in Odisha, India.** Sultan Qaboos University Medical Journal, Oman, v. 16, n. 1, p. 54-61, 2016.

GROAH, S. et al. **Nutrient intake and body habitus after spinal cord injury: an analysis by sex and level of injury.** The Journal of Spinal Cord Medicine, New York, v. 32, n. 1, p. 25-33, 2009.

HAMMELL, K. W. **Quality of life, participation and occupational rights: A capabilities perspective.** Australian Occupational Therapy Journal, v.62, p.78-85, 2015.

HOLANDA, C. M. A. D. E. et al. **Redes de apoio e pessoas com deficiência física: inserção social e acesso aos serviços de saúde.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 175-184, 2015.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa de Orçamento Familiar. 2009.** Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009/default.shtml Acesso em: abril de 2016.

LENZ, A. et al. **Socioeconomic, demographic and lifestyle factors associated with dietary patterns of women living in Southern Brazil.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1297-1306, 2009.

MARTINS, A. J. et al. **Adolescentes com osteogênese imperfeita - qualidade de vida.** Revista Adolescência e Saúde, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 7-17, 2014.

MILIOLI, R. et al. **Qualidade de vida em pacientes submetidos à amputação.** Revista de Enfermagem da UFSM, Santa Maria, v.2, n.2, p.311-319, 2012.

NOGUEIRA, G.C. et al. **Perfil das pessoas com deficiência física e Políticas Públicas: a distância entre intenções e gestos.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 21, n.10, p.3131-3142, 2016.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.** Trad. do Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: EDUSP, 2003.

PANGALILA, R. F. et al. **Quality of life of adult men with Duchenne muscular dystrophy in the Netherlands: Implications for care.** Journal of Rehabilitation Medicine, Uppsala, v.47, n. 2, p.161-166, 2015.

PHILERENO, D.C.; SARTOR, N.; ROTTA, C.; KREWER, E. J.; OLIVEIRA, S. M. **Qualificação das pessoas com deficiência para o mercado de trabalho: um estudo de caso em Caxias do Sul – RS.** Estudo & Debate, v. 22, n. 1, p. 160-179, 2015.

PINHO, C. P. S. et al. **Consumo de alimentos protetores e preditores do risco cardiovascular em adultos do estado de Pernambuco.** Revista de Nutrição, Campinas, v.25, n.3, p.341-51, 2012.

RESENDE, M. C; NERI, A. L. **Ajustamento psicológico e perspectiva de velhice pessoal em adultos com deficiência física.** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 14, n. 4, p. 767-776, out./dez. 2009.

RODRIGUES, S. M. de; AOKI, M.; OLIVER, F. C. **Diagnóstico situacional de pessoas com deficiência acompanhadas em terapia ocupacional em uma unidade básica de saúde.** Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, São Carlos, v.23, n.4, p.781-794, 2015.

SANTOS, E. A. et al. **Analysis of the dietary habits and nutritional status of patients with spinal cord injury after nutritional intervention.** Acta Fisiátrica, São Paulo, v.21, n.3, p.121-131, 2014.

SANTOS, G. C. dos et al. **A inserção das pessoas com deficiência no mercado de trabalho.** Revista da Universidade Vale do Rio Verde, v.12, n.2, p.196-205, 2014.

World Health Organization (WHO). **Constitution of the World Health Organization.** Basic Documents. Genebra, 1946. Disponível em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf Acesso em: abril 2016.

World Health Organization (WHO). **The World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life.** Geneva: WHO, 2002.

ZOŁNIERCZYK-ZREDA D, MAJEWSKI T. **Adaptation of the working environment to the capacities of workers with physical, intellectual and mental disabilities.** Med Pr; v. 63, n. 4, p. 493-504, 2012.

Fontes financiadoras: Programa Universal – Fapesc e Programa de Apoio a Núcleos de Excelência – Pronex/Fapesc/Cnpq.

Recebido em: 09-05-2018

Aceito em: 03-10-2019