O IMPACTO DA FISIOTERAPIA NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA NA PARAÍBA

NOME DO ALUNO: MARIANA OLIVEIRA LUCIO RODRIGUES

ORIENTADOR: PROF. ME. CÉLIO DINIZ MACHADO NETO

PATOS – PB

2026.1

MARIANA OLIVEIRA LUCIO RODRIGUES

O IMPACTO DA FISIOTERAPIA NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA NA PARAÍBA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação de Trabalho de Conclusão de Curso do Centro Universitário de Patos - UNIFIP, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em fisioterapia pela referida instituição.

Orientador:

Prof. Me. Célio Diniz Machado Neto

PATOS – PB
2026

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados de Acordo com AACR2, CDU e CUTTER

Rodrigues, Mariana Oliveira Lucio.
R696i O impacto da Fisioterapia na Qualidade de Vida de Mulheres com Esclerose Múltipla na Paraíba. / Mariana Oliveira Lucio Rodrigues. – Patos – PB UNIFIP, 2026.
54 fls.

Orientador (a): Prof. Me. Célio Diniz Machado Neto.
Artigo, Graduação Bacharelado em Fisioterapia.

1. Esclerose Múltipla. 2. Fisioterapia. 3. Qualidade de Vida.
4. Mulheres. 5. Reabilitação.
I. Título. II. Centro Universitário - UNIFIP

UNIFIP/BC CDU: 615.8

Biblioteca Central - UNIFIP **Yasmim Caroline A. Nóbrega – Bibliotecária. CRB 15/1086**

MARIANA OLIVEIRA LUCIO RODRIGUES

O IMPACTO DA FISIOTERAPIA NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA NA PARAÍBA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário UNIFIP de Patos, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia pela referida instituição.

Aprovado em: 27 / 05 /2026

PROF. ME. CÉLIO DINIZ MACHADO NETO

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS-UNIFIP

(ORIENTADOR (A))

PROF. HELDER ÍTALO DANTAS DE SOUSA

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS-UNIFIP

(1° MEMBRO)

PROF. LAYSA GABRIELLE SILVA MEDEIROS

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS-UNIFIP

(2° MEMBRO)

A Deus, minha família, e a todos que fizeram parte da minha caminhada.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus e a Nossa Senhora, por me sustentarem durante toda essa caminhada. Nos momentos de medo, insegurança e cansaço, foi na fé que encontrei forças para continuar. Cada conquista até aqui carrega a presença de Deus guiando meus passos e renovando minha esperança nos dias mais difíceis.

Aos meus pais, Ednaldo Vieira Rodrigues e Maria Tereza Alves de Oliveira Rodrigues, deixo minha mais profunda gratidão. Foram o alicerce que tornou possível a realização deste sonho. Cada esforço, renúncia, incentivo e palavra de apoio tiveram papel fundamental para que eu chegasse até aqui.

Ao meu pai, agradeço especialmente por todo amor, cuidado e dedicação à nossa família. Obrigada por nunca medir esforços para me proporcionar oportunidades e por sempre acreditar no meu potencial, mesmo nos momentos mais difíceis. Sua força, honestidade e responsabilidade sempre foram exemplos que levarei para toda a vida. Muito do que conquistei até hoje é resultado do seu trabalho, do seu apoio e da forma como sempre esteve presente em cada etapa da minha caminhada.

À minha mãe, deixo um agradecimento que talvez nenhuma palavra seja capaz de traduzir completamente. Sua história de vida, sua força e sua coragem diante da Esclerose Múltipla foram a maior inspiração para a construção deste trabalho. Muito mais do que um tema de pesquisa, essa realidade faz parte da minha história, da minha família e do meu coração. Obrigada por me ensinar diariamente o verdadeiro significado de resiliência, fé e esperança, mesmo diante das maiores dificuldades.

Ao meu namorado, Kayo Arthur Formiga Lima, agradeço por todo apoio, paciência, incentivo e companheirismo ao longo dessa trajetória. Obrigada por permanecer ao meu lado nos momentos de ansiedade, cansaço e insegurança, sempre me acolhendo e me incentivando a continuar. Sua presença tornou essa caminhada mais leve, tranquila e cheia de força. Sou grata por cada palavra de apoio, pela compreensão nos dias difíceis e por acreditar em mim até mesmo quando eu duvidei da minha própria capacidade.

Ao meu orientador, Célio Diniz Machado Neto, agradeço pela orientação, disponibilidade, paciência e pelos conhecimentos compartilhados durante todo o desenvolvimento deste trabalho. Sua contribuição foi essencial para a concretização desta pesquisa.

À professora Giglielli Modesto Rodrigues, minha primeira orientadora, deixo minha gratidão pela contribuição no início desta jornada e por ajudar este projeto a dar seus primeiros passos.

A todos os professores e preceptores que fizeram parte da minha formação acadêmica, agradeço pelos ensinamentos transmitidos ao longo desses anos. Cada aprendizado contribuiu significativamente para minha formação profissional e humana.

À Associação Paraibana de Esclerose Múltipla, especialmente à Suzana, agradeço pela acolhida, confiança e apoio para a realização desta pesquisa. E, de maneira muito especial, agradeço a todas as mulheres que aceitaram participar deste estudo. Cada relato compartilhado carrega força, coragem e significado, sendo essencial para a construção deste trabalho.

Às minhas amigas de faculdade e parceiras de apartamento, Líllity, Flávia e Vanessa, que ao longo desses anos se tornaram verdadeiras irmãs, deixo minha mais sincera e emocionante gratidão. Vocês foram meu apoio nos dias mais difíceis, meu abrigo nos momentos de cansaço e minhas maiores companhias em uma das fases mais intensas da minha vida. Dividimos muito mais do que um apartamento: dividimos sonhos, medos, inseguranças, risadas, choros, noites cansativas e inúmeras conquistas. Obrigada por cada palavra de incentivo, por cada abraço silencioso nos momentos em que eu pensei em desistir e por tornarem essa caminhada mais leve, acolhedora e cheia de afeto. Levarei comigo, para sempre, cada memória construída ao lado de vocês e a certeza de que a vida me presenteou com amizades que quero carregar muito além da faculdade.

Por fim, agradeço a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para que este sonho se tornasse realidade. Que este trabalho possa contribuir para ampliar o olhar humano e científico sobre a Esclerose Múltipla e reforçar a importância da fisioterapia na qualidade de vida dessas mulheres.

“Tudo posso naquele que me fortalece”

Filipenses 4:13

RESUMO

Introdução: A Esclerose Múltipla (EM) é uma patologia neurológica crônica e autoimune, caracterizada por processos inflamatórios que comprometem o Sistema Nervoso Central (SNC), ocasionando desmielinização e prejuízo das funções motoras, sensoriais e cognitivas. A doença apresenta múltiplos fatores etiológicos, incluindo predisposição genética e influências ambientais, e afeta de forma significativa a qualidade de vida dos indivíduos, especialmente mulheres jovens, devido à presença de sintomas como fadiga, fraqueza muscular, desequilíbrio postural e distúrbios psicológicos. Nesse cenário, a Fisioterapia desempenha um peso fundamental na reabilitação funcional e na promoção da qualidade de vida, atuando tanto na fase aguda quanto na fase de remissão da enfermidade. **Objetivos:** O estudo teve como objetivo geral analisar o impacto da fisioterapia na qualidade de vida de mulheres com EM no estado da Paraíba. Como objetivos específicos, buscou-se apresentar os dados sociodemográficos das participantes, descrever as principais manifestações neurológicas e musculoesqueléticas, identificar os benefícios da intervenção fisioterapêutica sobre as funções afetadas e analisar a qualidade de vida das voluntárias. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo exploratória-descritiva, com levantamento de dados em período transversal, realizada com 15 mulheres portadoras de EM residentes na Paraíba. Os critérios de inclusão consideraram sexo feminino, diagnóstico confirmado de EM, residência no estado e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados incluiu questionário sociodemográfico, questionário sobre a fisioterapia elaborado pelo pesquisador e aplicação do WHOQOL-BREF para avaliação da qualidade de vida nos domínios físico, psicológico, social e ambiental. Os dados foram tabulados, analisados e representados graficamente utilizando o software Microsoft Excel, respeitando os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos (parecer nº 7.811.277). **Resultados:** A pesquisa contou com a participação de 15 mulheres com diagnóstico de Esclerose Múltipla. Observou-se predominância na faixa etária de 30 a 39 anos e maior concentração de participantes na capital do estado. Em relação aos dados clínicos, destacou-se a forma Recorrente-Remitente como a mais prevalente, com sintomas frequentes como fadiga, fraqueza muscular, alterações de equilíbrio, dor muscular e formigamentos. A maioria das participantes já realizou fisioterapia, principalmente do tipo motora, sendo reparados benefícios como melhora da mobilidade, força muscular, equilíbrio e saúde mental. Quanto à qualidade de vida, os escores indicaram maior comprometimento no domínio físico, seguido dos domínios psicológico, social e ambiental. **Conclusão:** Conclui-se que a Esclerose Múltipla impacta significativamente a qualidade de vida das mulheres avaliadas, especialmente no aspecto físico. A fisioterapia mostrou-se uma importante estratégia de reabilitação, contribuindo para a melhora funcional, autonomia e bem-estar geral. Os achados reforçam a necessidade de ampliação do acesso a intervenções fisioterapêuticas e de abordagens multidisciplinares que considerem os múltiplos aspectos envolvidos na vivência da doença.

Palavras-chave: Esclerose Múltipla. Fisioterapia. Qualidade de Vida. Mulheres. Reabilitação.

ABSTRACT

Introduction: Multiple Sclerosis (MS) is a chronic, autoimmune neurological disease characterized by inflammatory processes that affect the Central Nervous System (CNS), leading to demyelination and impairment of motor, sensory, and cognitive functions. The disease presents multiple etiological factors, including genetic predisposition and environmental influences, and significantly affects the quality of life of individuals, especially young women, due to symptoms such as fatigue, muscle weakness, postural imbalance, and psychological disorders. In this context, Physiotherapy plays a fundamental role in functional rehabilitation and in promoting quality of life, acting both in the acute phase and in the remission phase of the disease. **Objectives:** The general objective of this study was to analyze the impact of physiotherapy on the quality of life of women with MS in the state of Paraíba. As specific objectives, it sought to present the sociodemographic data of the participants, describe the main neurological and musculoskeletal manifestations, identify the benefits of physiotherapeutic intervention on the affected functions, and analyze the quality of life of the volunteers. **Methodology:** This is an exploratory-descriptive field study with cross-sectional data collection, conducted with 15 women diagnosed with MS living in Paraíba. The inclusion criteria considered female sex, confirmed diagnosis of MS, residence in the state, and signing of the Informed Consent Form (ICF). Data collection included a sociodemographic questionnaire, a physiotherapy-related questionnaire developed by the researcher, and the application of the WHOQOL-BREF to assess quality of life in the physical, psychological, social, and environmental domains. The data were tabulated, analyzed, and graphically represented using Microsoft Excel software, in accordance with the ethical principles established by Resolution No. 510/16 of the National Health Council, with approval from the Research Ethics Committee of the Centro Universitário de Patos (approval number 7.811.277). **Results:** The study included 15 women diagnosed with Multiple Sclerosis. A predominance was observed in the age group of 30 to 39 years, with a higher concentration of participants in the state capital. Regarding clinical data, the Relapsing-Remitting form was the most prevalent, with frequent symptoms such as fatigue, muscle weakness, balance impairment, muscle pain, and paresthesia. Most participants had already undergone physiotherapy, mainly motor physiotherapy, reporting benefits such as improved mobility, muscle strength, balance, and mental health. Regarding quality of life, the scores indicated greater impairment in the physical domain, followed by the psychological, social, and environmental domains. **Conclusion:** It is concluded that Multiple Sclerosis significantly impacts the quality of life of the evaluated women, especially in the physical aspect. Physiotherapy proved to be an important rehabilitation strategy, contributing to functional improvement, autonomy, and overall well-being. The findings reinforce the need to expand access to physiotherapeutic interventions and multidisciplinary approaches that consider the multiple aspects involved in living with the disease.

Keywords: Multiple Sclerosis. Physical Therapy. Quality of Life. Women. Rehabilitation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Bainha de Mielina 04

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Perfil Sociodemográfico	23
Tabela 2:	Dados clínicos e manifestações da Esclerose Múltipla	25
Tabela 3:	Esclerose Múltipla e Fisioterapia	28
Tabela 4:	Escore de Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF)	31

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEM - Associação Brasileira de Esclerose Múltipla

DPA - Defeito Pupilar Aferente

DF - Domínio Físico

DMA - Domínio Meio Ambiente

DP - Domínio Psicológico

DRS - Domínio Relações Sociais

EM - Esclerose Múltipla

FDA - Food and Drug Administration

LMP - Leucoencefalopatia Multifocal Progressiva

OIN - Oftalmoplegia Internuclear

PP - Primária Progressiva

RR - Recorrente-Remitente

RM - Ressonância Magnética

SP - Secundária Progressiva

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SNC - Sistema Nervoso Central

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UV - Ultravioleta

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 01
2 OBJETIVOS 03
2.1 OBJETIVO GERAL..... 03
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 03
3 REFERENCIAL TEÓRICO……..... 04
3.1 CONTEXTO HISTÓRICO DA ESCLEROSE MÚLTIPLA 04
3.1.1 Classificação da Esclerose Múltipla..... 04
3.2 EPIDEMIOLOGIA DA ESCLEROSE MÚLTIPLA……..... 06
3.3 FISIOPATOLOGIA DA ESCLEROSE MÚLTIPLA……..... 06
3.4 SINTOMATOLOGIA DA ESCLEROSE MÚLTIPLA……..... 07
3.4.1 Neurite Óptica……..... 07
3.4.2 Comprometimento da Medula Espinal (Mielite)..... 08
3.4.3 Síndromes do Tronco Encefálico e Cerebelar..... 08
3.4.4 Déficits Cognitivos e Fadiga……..... 08
3.4.5 Alterações na Marcha e Mobilidade…..... 09
3.4.6 Disfunções Urinárias e Intestinais…..... 09
3.4.7 Disfunção Sexual……..... 10
3.4.8 Dor Neuropática……..... 10
3.5 TRATAMENTO PARA ESCLEROSE MÚLTIPLA 10
3.6 ESCLEROSE MÚLTIPLA E QUALIDADE DE VIDA..... 13
3.6.1 Sete Princípios para a Melhoria da Qualidade de Vida…..... 13
4 METODOLOGIA 16
4.1 TIPO E LOCAL DE ESTUDO 16
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM 16
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO 16
4.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS 16
4.5 ANÁLISE DOS DADOS 17
4.6 PROCEDIMENTO ÉTICO 17
5 ARTIGO..... 19
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 39
REFERÊNCIAS 40
APÊNDICES 43

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO……..... 44
APÊNDICE B – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR..... 46
APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 47
ANEXOS 49
ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL 50
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP 51
ANEXO C – NORMAS DA REVISTA COOPEX / UNIFIP..... 52

1 INTRODUÇÃO

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença inflamatória do Sistema Nervoso Central (SNC), que inclui o cérebro e a medula espinhal, estruturas responsáveis pelo controle de todas as nossas funções motoras, sensoriais e cognitivas. Caracteriza-se como uma patologia desmielinizante, afetando a mielina e os oligodendrócitos, células encarregadas de sua formação (SPEM, 2017).

A EM apresenta duas formas clínicas predominantes: a recorrente-remitente (RR), que corresponde a 80% dos casos e evolui por surtos de déficit neurológico superiores a 24 horas, manifestando-se com neurite óptica (dor ocular e perda visual), mielite transversa (fraqueza muscular, alteração sensorial e incontinência) e disfunções cerebelares e do tronco encefálico (ataxia, disartria, diplopia e neuralgia do trigêmeo). Já a forma progressiva, que pode ser primária (PP), com sintomas contínuos desde o início, ou secundárias (SP), que surge após anos da forma RR, levando à piora neurológica gradual, especialmente na marcha e força muscular. Independentemente da forma, fadiga e comprometimento cognitivo são comuns e frequentemente mais debilitantes que os próprios surtos (Bichuetti; Bastitella, 2018).

Estima-se que aproximadamente 2,5 a 3 milhões de pessoas no mundo sejam acometidas pela EM. Entretanto, o Brasil é considerado um país com prevalência de nível baixo a moderado. Investigações realizadas em distintas regiões do país apontam uma distribuição desigual da enfermidade, com índices que oscilam entre 1 e 18 casos para cada 100 mil habitantes. Além disso, a EM manifesta-se com maior incidência em mulheres e indivíduos de descendência caucasiana, apresentando os sintomas com início entre 20 e 40 anos, sendo raros os casos da patologia após os 60 anos (Bichuetti; Bastitella, 2018).

A etiologia da doença permanece indefinida, embora o mecanismo patológico seja conhecido. Acredita-se que diversos fatores contribuem para o desencadeamento da EM, destacando elementos ambientais e genéticos. Estudos epidemiológicos corroboram a natureza multifatorial da patologia (SPEM, 2017). Consoante a isso, Thaler e Thaler (2023) afirmam que diversas variantes genéticas foram associadas ao aumento da probabilidade de desenvolvimento da doença. Contudo, nenhum gene isolado ou conjunto de genes é suficiente para explicar a EM; a interação entre a predisposição genética e múltiplos fatores ambientais parece ser determinante.

Entre os fatores ambientais, destacam-se a obesidade, o tabagismo, a infecção prévia pelo vírus *Epstein-Barr* e a localização geográfica. Além disso, a EM possui uma distribuição

geográfica peculiar, sendo mais frequente em regiões de latitudes elevadas. A razão para isso ainda não foi completamente esclarecida. Algumas teorias sugerem que a menor exposição à radiação ultravioleta (UV) ou os níveis mais baixos de vitamina D no organismo das populações dessas áreas possam ser fatores relevantes (Thaler; Thaler, 2023).

Perante o exposto, a Fisioterapia desempenha um papel crucial na avaliação e tratamento das capacidades motoras, com foco em aspectos como marcha, mobilidade, força, equilíbrio, postura, fadiga e dor. As intervenções fisioterapêuticas incluem exercícios de fortalecimento e equilíbrio, treino de marcha e orientação no uso de dispositivos auxiliares de locomoção, como também, abordar questões urinárias por meio de exercícios pélvicos específicos. O objetivo é promover a segurança do paciente com EM, além de otimizar a funcionalidade e prevenir complicações, como fraqueza muscular devido à imobilidade e contraturas associadas à espasticidade (SPEM, 2017).

A EM é uma doença neurológica crônica que afeta a mobilidade, força muscular, coordenação e bem-estar psicológico, impactando significativamente a qualidade de vida das pacientes. No Brasil, e especialmente na Paraíba, há uma escassez de estudos que avaliem a efetividade da fisioterapia na reabilitação dessas mulheres, tornando necessária uma investigação mais aprofundada sobre o tema. Este estudo busca preencher essa lacuna, fornecendo embasamento científico para a implementação de práticas fisioterapêuticas mais eficazes, além de contribuir para a formulação de políticas públicas que ampliem o acesso a tratamentos especializados.

No âmbito acadêmico, a pesquisa agrega conhecimento à literatura sobre reabilitação neurológica, abordando um recorte específico e pouco explorado. No plano social, destaca a importância da fisioterapia na promoção da autonomia, funcionalidade e inclusão das mulheres, auxiliando na melhoria de sua qualidade de vida. Dessa forma, este estudo beneficiará tanto os profissionais da saúde, ao oferecer suporte para condutas mais assertivas, quanto as pacientes, que poderão ter acesso a intervenções mais adequadas às suas necessidades.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o impacto da Fisioterapia na qualidade de vida de mulheres com Esclerose Múltipla na Paraíba.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar os dados sócio-demográficos dos voluntários da pesquisa.
- Descrever as principais manifestações neurológicas e musculoesqueléticas.
- Identificar os principais benefícios da intervenção fisioterapêutica nas funções das mulheres com EM;
- Analisar a qualidade de vida das participantes.

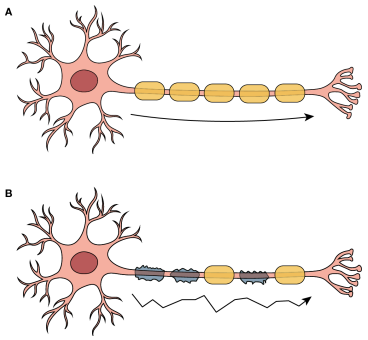
3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CONTEXTO HISTÓRICO DA ESCLEROSE MÚLTIPLA

A Esclerose Múltipla (EM) foi descrita formalmente no ano de 1868, pelo médico neurologista Jean-Martin Charcot, considerado um dos pioneiros no estudo de doenças neurológicas. Ele observou e caracterizou a presença de áreas endurecidas no SNC, que ficaram conhecidas como “placas de esclerose” ou “esclerose em placas”, sendo considerado um elemento fundamental para o diagnóstico da doença. A EM é uma patologia autoimune adquirida, inflamatória e comumente progressiva, que afeta preferencialmente a mielina, uma substância lipídica responsável por revestir e proteger as fibras nervosas, além de garantir a rápida condução dos impulsos elétricos entre os neurônios (Victor; Ropper, 2001).

Durante o curso da doença, ocorrem episódios de desmielinização, caracterizados pela destruição dessa camada protetora, provocando disfunções na transmissão dos sinais nervosos e esse processo é frequentemente acompanhado pela morte de células produtoras de mielina, os oligodendrócitos, bem como por uma intensa resposta inflamatória local. Como consequência, desenvolvem-se áreas de fibrose por gliose, ou seja, formações cicatriciais que alteram a estrutura e o funcionamento normal do tecido nervoso, comprometendo de maneira significativa a comunicação entre diferentes regiões do cérebro e da medula espinhal. A progressão dessas alterações pode levar a múltiplas manifestações neurológicas, que variam de pessoa para pessoa, afetando diretamente a qualidade de vida dos indivíduos (Umphred, 1994).

Figura 1 - Bainha de Mielina



Fonte: Neurologia Essencial, 2023.

3.1.1 Classificação da Esclerose Múltipla

A EM pode se manifestar de diferentes formas clínicas, com duas principais classificações: a forma recorrente-remitente (RR) e a forma progressiva. A forma recorrente-remitente é a mais comum, acometendo aproximadamente 80% dos pacientes com EM. Nessa modalidade, a doença se caracteriza pela ocorrência de surtos neurológicos, que são episódios de déficit neurológico subjetivo ou objetivo, com duração superior a 24 horas, seguidos por períodos de remissão, durante as quais o paciente pode apresentar recuperação parcial ou total. Importante destacar que esses surtos devem ser diferenciados a de episódios transitórios, conhecidos como pseudo surtos, que podem ocorrer em situações de infecção, fadiga ou aumento da temperatura corporal. Os sintomas neurológicos mais frequentes nessa forma incluem neurite óptica, mielite transversa e comprometimento do tronco cerebral e cerebelo, o que resulta em dificuldades motoras e de coordenação (SPEM, 2017).

Em contraste, as formas progressivas da EM evoluem de maneira diferente da recorrente-remitente. A forma primária progressiva (PP) se caracteriza por um início insidioso e uma progressão contínua dos sintomas, sem períodos claros de remissão. Normalmente, essa forma é mais comum em pacientes acima dos 40 anos e está associada ao comprometimento gradual e inexorável das funções neurológicas. Já a forma secundária progressiva (SP) ocorre como uma evolução de forma recorrente-remitente, surgindo após 15 a 20 anos do início dos sintomas. Embora inicialmente o paciente possa apresentar surtos típicos da forma RR, com o tempo esses surtos tornam-se mais raros e a progressão dos sintomas ocorre de forma mais constante. A forma secundária progressiva é associada a um quadro mais grave de comprometimento funcional, especialmente no que tange à marcha e equilíbrio (SPEM, 2017).

Ambas as formas progressivas apresentam características similares no que tange ao tipo de sintoma predominante, com ênfase no comprometimento piramidal e cerebelar. Os pacientes geralmente desenvolvem fraqueza muscular, dificuldades para caminhar e alterações no equilíbrio. Além disso, a perda de funções motoras e o aparecimento de dificuldades cognitivas são comuns, resultando em um impacto significativo na qualidade de vida. Em relação a forma progressiva, embora os surtos possam ocorrer, eles não são uma característica central, sendo substituídos por uma progressão lenta e constante dos sintomas. A falta de remissões nessas formas dificulta a recuperação do paciente, tornando assim o tratamento mais complexo (SPEM, 2017).

Independentemente da forma clínica, a EM é uma doença que impacta severamente a qualidade de vida dos pacientes. Embora a forma RR possa ter períodos de recuperação após os surtos, as formas progressivas, especialmente a primária, tem um curso permanente, o que

implica em uma perda gradual das funções neurológicas. Além disso, o comprometimento cognitivo é a fadiga são sintomas frequentemente mais limitantes do que os danos motores, afetando a capacidade funcional dos indivíduos de forma duradoura (SPEM, 2017).

3.2 EPIDEMIOLOGIA DA ESCLEROSE MÚLTIPLA

O surgimento da EM está, provavelmente, associado a uma predisposição genética, sendo considerada a enfermidade autoimune desmielinizante de maior prevalência no SNC. Observa-se uma incidência significativamente mais elevada no sexo feminino, com uma razão superior a 3 mulheres para cada homem diagnosticado. A faixa etária em que a doença tende a se manifestar com maior frequência situa-se entre os 32 e 34 anos de idade, embora exista uma grande variabilidade, com registros de início desde a adolescência, por volta dos 15 anos, até fases mais avançadas da vida, como após os 50 anos (Imitola; Chitnis; Khoury, 2006).

Apesar da complexidade clínica da doença, a taxa de mortalidade não se distancia expressivamente daquela observada na população em geral. A EM pode acometer indivíduos de todas as origens étnicas; contudo, pessoas com ascendência africana apresentam menor probabilidade de desenvolver a patologia, independentemente da localização geográfica (Raine; Mcfarland, 2008).

3.3 FISIOPATOLOGIA DA ESCLEROSE MÚLTIPLA

A lesão causada pela EM tem início a partir de uma resposta imune celular mediada por linfócitos T. O desencadeamento da doença ocorre quando o sistema imunológico, em especial essas células T, é ativado por algum fator ambiental, como uma infecção viral localizada fora do SNC, no sangue periférico ou nos gânglios linfáticos. Durante os episódios agudos, é comum observar-se a presença de infiltrado linfocitário ao redor dos vasos sanguíneos. Embora sua etiologia permaneça indefinida, admite-se que a EM tenha origem multifatorial, sendo necessária a combinação de diversos elementos, como predisposição genética e infecções virais, para iniciar a resposta autoimune. Existem células T autorreativas com receptores específicos para proteínas presentes na mielina do SNC. Em indivíduos saudáveis, essas células estão presentes em quantidade reduzida, ao passo que, em pacientes acometidos, sua quantidade é significativamente superior (Freedman, 2007).

De acordo com Stadelmann e Brük (2008), inicialmente, observa-se um processo inflamatório na bainha de mielina, que, ao longo do tempo, pode evoluir para a destruição

progressiva dos axônios. Dessa forma, identifica-se uma fase inicial predominada pela inflamação e uma fase posterior marcada por degeneração neural. Estudos sugerem que a neurodegeneração pode ocorrer de forma concomitante à inflamação, questionando se o dano axonal não se inicia desde os estágios precoces da doença. O comprometimento dos axônios possivelmente está associado à liberação de substâncias citotóxicas pelo sistema imune, à excitotoxicidade ou à ausência de fatores tróficos essenciais à manutenção celular.

A ausência de mielina torna os axônios mais vulneráveis a lesões. A remielinização, identificada por meio de exames histológicos, pode ocorrer ainda na fase inflamatória aguda. Entretanto, na fase crônica, marcada pela ausência de inflamação, os oligodendrócitos não parecem conseguir regenerar as bainhas de mielina. Quando ocorre, essa nova mielina apresenta espessura reduzida em comparação à original, mas é capaz de restaurar a condução nervosa e proteger o neurônio contra o ambiente inflamatório adverso (Stadelmann; Brük, 2008).

A exacerbação do quadro clínico é denominada “surto”, caracterizando-se por um episódio de disfunção neurológica que perdura por, no mínimo, 24 horas, com intervalo de um mês entre os episódios subsequentes (Mcdonald et al., 2001).

3.4 SINTOMATOLOGIA DA ESCLEROSE MÚLTIPLA

A EM é uma doença neurológica crônica que causa uma ampla variedade de sintomas, dependendo da área do SNC que é afetada. Esses sintomas são altamente imprevisíveis, variando tanto em intensidade quanto em duração, e cada paciente pode experimentar um conjunto único de sinais clínicos. As manifestações podem se modificar ao longo do tempo, podendo piorar ou melhorar, o que dificulta a abordagem terapêutica. Entre os sintomas mais prevalentes, destacam-se a neurite óptica, o comprometimento da medula espinal (mielite), as síndromes do tronco encefálico e cerebelar, os déficits cognitivos, a fadiga, a espasticidade, as alterações na marcha, as disfunções nos sistemas urinário e intestinal, além de problemas sexuais, entre outros (Victor; Ropper, 2001).

3.4.1 Neurite Óptica

A neurite óptica é uma inflamação do nervo óptico que causa perda unilateral da visão, normalmente progressiva ao longo de dias ou semanas. A perda da visão pode ser total ou resultar em bordamento visual, sendo a visão de cores geralmente mais afetada do que a

acuidade visual central. A dor ocular, frequentemente exacerbada pelos movimentos dos olhos, é outro sintoma típico dessa condição. No exame físico, o defeito pupilar aferente (DPA) é constantemente observado. A ressonância magnética (RM) com gadolínio pode revelar edema e realce do nervo óptico afetado, além de outras lesões relacionadas a episódios anteriores de desmielinização. Aproximadamente 20% dos pacientes com neurite óptica isolada desenvolvem EM. Sendo que, caso a RM mostre lesões prévias de desmielinização, esse número sobe para 80%. Embora a recuperação da função visual ocorra em muitos casos após semanas ou meses, o acompanhamento adequado é fundamental para monitorar a evolução da doença (Thaler; Thaler, 2023).

3.4.2 Comprometimento da Medula Espinal (Mielite)

A mielite ocorre quando uma crise aguda afeta a medula espinhal, causando sintomas motores e sensitivos localizados abaixo do nível da lesão. Frequentemente, os sintomas não são simétricos, embora as extremidades inferiores sejam geralmente as mais afetadas. O paciente pode relatar uma sensação de aperto na área afetada, conhecida como “abraço da EM”. Inicialmente, os músculos podem apresentar fraqueza e flacidez, mas com o tempo, podem desenvolver espasticidade e hiperreflexia. Além disso, a mielite pode levar a distúrbios urinários e intestinais, como incontinência urinária e fecal. A RM da coluna vertebral costuma revelar lesões de “segmento curto”, afetando menos de três níveis vertebrais. A detecção precoce dessas lesões é essencial para a intervenção terapêutica adequada (Thaler; Thaler, 2023).

3.4.3 Síndromes do Tronco Encefálico e Cerebelar

As síndromes do tronco encefálico e cerebelar são menos frequentes do que a neurite óptica, mas ainda assim apresentam grande impacto na qualidade de vida do paciente. Entre as manifestações do tronco encefálico, destacam-se a diplopia (visão dupla), que pode ocorrer devido a oftalmoplegia internuclear (OIN) ou paralisia de um único nervo craniano, sendo o sexto nervo craniano o mais comumente afetado. A neuralgia do trigêmeo, caracterizada por dor intensa no rosto, também é uma manifestação possível. No cerebelo, o comprometimento pode causar sintomas como vertigem e ataxia, resultando em dificuldades de coordenação motora e equilíbrio (Thaler; Thaler, 2023).

3.4.4 Déficits Cognitivos e Fadiga

Com a progressão da doença, muitos pacientes desenvolvem déficit cognitivos, afetando áreas importantes do cérebro, como memória, atenção e capacidade de resolver problemas. A “névoa mental", um termo frequentemente usado pelos pacientes, descreve a dificuldade de concentração e o pensamento mais lento, que afeta diretamente a qualidade de vida e a capacidade funcional do indivíduo. Além dos déficit cognitivos, a fadiga é um sintoma central da EM afetando cerca de 80% a 90% dos pacientes. A fadiga é extremamente limitante e pode ser provocada por diversos fatores, como a lesão axonal, a espasticidade e a dor. Existe também a fadiga secundária, relacionada a outros fatores como distúrbios do sono, infecções e efeitos da medicação. A fadiga crônica impacta negativamente a capacidade de realizar atividades diárias, reduzindo a autonomia e afetando a qualidade de vida (Thaler; Thaler, 2023).

Além disso, os pacientes com EM frequentemente enfrentam espasticidade, que é caracterizada pela rigidez muscular e espasmos involuntários. A espasticidade ocorre devido à disfunção das vias nervosas que controlam os músculos, resultando em contrações descontroladas. Esse sintoma é particularmente comum nas extremidades inferiores e podem interferir com a mobilidade, além de contribuir para a fadiga. A espasticidade também pode limitar a amplitude dos movimentos, aumentar o risco de quedas e causar contraturas musculares se não for tratada adequadamente (SPEM, 2017).

3.4.5 Alterações na Marcha e Mobilidade

A marcha é frequentemente comprometida em pacientes com EM devido a uma combinação de fraqueza muscular, espasticidade, distúrbios sensoriais e fadiga. Até 50% dos pacientes podem apresentar dificuldades de locomoção após 15 anos de evolução da doença. As alterações na marcha podem ser progressivas, tornando a mobilidade mais limitada com o tempo (SPEM, 2017).

3.4.6 Disfunções Urinárias e Intestinais

Os distúrbios urinários, como a incontinência urinária, urgência miccional e dificuldade de esvaziar a bexiga, afetam até 80% dos pacientes com EM. Esses sintomas podem causar grande desconforto e estigma, além de reduzir a qualidade de vida. As

disfunções intestinais, como constipação incontinência fecal, também são comuns e podem ser igualmente debilitantes (SPEM, 2017).

3.4.7 Disfunção Sexual

A disfunção sexual é um sintoma frequentemente negligenciado na EM, mas afeta uma proporção significativa de pacientes. As lesões no SNC, juntamente com a fadiga e a espasticidade podem interferir nas respostas sexuais, prejudicando tanto o desejo quanto à função sexual (SPEM, 2017).

3.4.8 Dor Neuropática

A dor neuropática é uma queixa comum entre os pacientes com EM, sendo muitas vezes descrita como uma sensação de queimação ou choque elétrico. Além da dor neuropática, os pacientes podem experimentar espasmos musculares dolorosos e dores articulares associadas à espasticidade e ao descondicionamento muscular. A dor interfere significativamente na capacidade realizar atividades cotidianas, afetando o estado de ânimo e as relações interpessoais (SPEM, 2017).

3.5 TRATAMENTO PARA ESCLEROSE MÚLTIPLA

Embora não exista uma cura definitiva para a EM, consideráveis progressos foram feitos nas últimas três décadas, resultando em uma variedade de fármacos eficazes para o controle da doença. Esses medicamentos tem como principal objetivo prevenir e espaçar os episódios de surtos e remissões, além de retardar a progressão da doença. O tratamento da EM é composto por diferentes abordagens, incluindo o tratamento de crises agudas, a redução do risco de novas exacerbações e o manejo dos sintomas persistentes (SPEM, 2017).

O tratamento farmacológico para a EM envolve:

- Corticosteróides: são empregados durante os surtos para controlar a inflamação aguda;
- Imunomoduladores e imunossupressores: atuam modulando o sistema imunológico e bloqueando a resposta imune, com o objetivo de reduzir a frequência dos surtos e retardar a progressão da incapacidade;
- Terapêutica sintomática: utilizada para aliviar os sintomas da doença e melhorar a qualidade de vida do paciente.

Cada uma dessas classes de medicamentos modificadores da doença possui um mecanismo de ação específico e não são todas indicadas para todas as fases da EM. A eficácia desses tratamentos pode variar entre os pacientes, o que demanda uma abordagem individualizada. O Sistema Nacional de Saúde (SNS) oferece esses medicamentos gratuitamente, sendo fornecidos pelas farmácias hospitalares mediante prescrição do neurologista responsável, conforme regulamento pelo Despacho n.° 11728/2004, de 17 de maio. A responsabilidade financeira pelo custo dos medicamentos é atribuída ao hospital que os prescreve, salvo nos casos em que a responsabilidade recair sobre subsistemas de saúde ou outras entidades privadas (SPEM, 2017).

Em relação aos tratamentos sintomáticos, o Fampridina, utilizado para melhorar a marcha, é totalmente custeado pelo SNS, conforme o Protocolo de Utilização aprovado pelo INFARMED. A escolha do fármaco mais adequado ao paciente deve ser feita em conjunto com o neurologista, com base em critérios clínicos, laboratoriais e de imagem que confirmem o diagnóstico. Essa decisão deve ser orientada por um diálogo claro, explicações adequadas e confiança entre o paciente e o médico, levando em consideração as orientações no INFARMED, que são fundamentadas no conhecimento científico mais recente, nas práticas clínicas e na viabilidade financeira do SNS (SPEM, 2017).

Diversos fatores devem ser considerados na escolha do tratamento, como:

- A forma clínica da doença;
- A presença de comorbidades e tratamentos concomitantes;
- O perfil de eficácia e segurança de cada fármaco;
- As preferências do paciente, considerando seu estilo de vida e rotina diária;
- O acompanhamento e monitoramento da adesão ao tratamento.

Vale ressaltar que, para muitos pacientes com EM, a terapia farmacológica isolada pode não ser suficiente para tratar de forma eficaz determinados sintomas ou retardar a progressão da doença. Por essa razão, a reabilitação desempenha um papel crucial no manejo da EM, focando na manutenção da função na promoção da autonomia do paciente. A reabilitação visa melhorar o condicionamento físico, reduzir a fadiga e promover o bem-estar geral do paciente, tanto em seu ambiente doméstico quanto no ambiente de trabalho (SPEM, 2017).

Para garantir a eficácia da reabilitação, é essencial que todos os profissionais envolvidos atuem de maneira coordenada, incluindo o paciente e sua família. A equipe de reabilitação deve ser composta por especialistas em diversas áreas, como fisioterapia, dispositivos de assistência, terapia da fala e deglutição, além de apoio psicológico. Juntos, os

profissionais irão elaborar um plano personalizado que leva em consideração as prioridades, as necessidades e os desejos do paciente. Quando os sintomas interferem nas atividades diárias, a reabilitação pode abordar questões como mobilidade, cuidados pessoais, funcionamento no ambiente doméstico e no trabalho, além de ajudar na participação em atividades sociais e de lazer. Os profissionais também podem oferecer apoio no tratamento de dificuldades cognitivas, como déficits de memória e raciocínio, bem como problemas de fala e deglutição (SPEM, 2017).

O tratamento das da EM pode ser dividido em três componentes principais: manejo das crises agudas, redução do risco de novos surtos e incapacidade, e controle dos sintomas. O tratamento das exacerbações agudas, os corticosteroides em doses elevadas continuam sendo a principal terapia, pois aceleram a recuperação, embora não altere o prognóstico a longo prazo nem o risco de surtos futuros. Tanto as formulações orais quanto intravenosas de corticosteróides têm eficácia comprovada, com os pacientes com exacerbações graves necessitando frequentemente de internação hospitalar para administração intravenosa e monitoramento. A "plasmaférese" é uma opção de segunda linha para aqueles pacientes que não respondem ao tratamento com esteróides (SPEM, 2017).

A terapia modificadora da doença deve ser iniciada precocemente, pois ela é crucial para reduzir o risco de novas crises, a formação de novas lesões na RM e a progressão da incapacidade. No entanto, esses medicamentos não devem ser utilizados para tratar que crises agudas, mas sim para modificar o curso da doença e prevenir futuras exacerbações (SPEM, 2017).

Atualmente, há várias classes de medicamentos disponíveis para o tratamento da forma RR da EM, como:

- Agentes injetáveis: a betainterferona foi o primeiro medicamento eficaz para a EM, sendo ainda utilizado em alguns casos devido a sua comprovada segurança. Conduto, é menos eficaz do que os fármacos orais mais recentes. O acetato de glatirâmer é outro medicamento injetável amplamente utilizado, com boa eficácia e poucos efeitos colaterais graves.
- Agentes orais: o fingolimode, o fumarato de dimetila e a teriflunomida são medicamentos orais frequentemente prescritos, oferecendo uma alternativa aos tratamentos injetáveis. Para esses medicamentos, é necessário monitoramento regular dos exames laboratoriais, incluindo hemograma e a função hepática.
- Anticorpos monoclonais: o natalizumabe e o ocrelizumabe são exemplos de anticorpos monoclonais administrados por via intravenosa. Esses medicamentos são altamente

eficazes, mas estão associados ao maior risco de efeitos adversos graves, como infecções. O natalizumabe, em particular, exige monitoramento regular para detectar a presença do anticorpo contra o vírus JC, que aumenta o risco de leucoencefalopatia multifocal progressiva (LMP).

Recentemente, o ocrelizumabe mostrou-se eficaz na redução da progressão da incapacidade na EM progressiva primária, representando um avanço significativo no tratamento dessa forma da doença. O siponimode também demonstrou ser efetivo na limitação da incapacidade na EM progressiva secundária (SPEM, 2017).

Por fim, o tratamento sintomático visa controlar as complicações a longo prazo da EM. Para isso, são frequentemente prescritos medicamentos como anticolinérgicos (como a oxibutinina) para incontinência urinária, baclofeno para espasticidade e gabapentina para dor neuropática. Além disso, os canabinóides, embora ainda não aprovados pela Food and Drug Administration (FDA) para a EM, têm mostrado evidências crescentes de eficácia moderada na redução da espasticidade e da dor neuropática, sendo um campo em crescente pesquisa (SPEM, 2017).

3.6 ESCLEROSE MÚLTIPLA E QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida das pessoas com EM é influenciada por múltiplos fatores. Esses fatores podem ser agrupados em três grandes categorias:

- Fatores individuais: relacionados diretamente ao paciente, incluindo aspectos físicos, emocionais e psicológicos que impactam a percepção da vida com a EM.
- Fatores comunitários: referem-se ao apoio social imediato, com a rede de familiares, amigos e cuidadores, que desempenha um papel crucial na manutenção do bem-estar do paciente.
- Fatores sociais e ambientais: envolvem o contexto cultural, político e econômico do país onde a pessoa vive. A legislação, as condições econômicas e a estabilidade social são elementos importantes que afetam a qualidade de vida dos pacientes com EM.

Esses fatores são constantemente considerados nas abordagens que visam melhorar a qualidade de vida dos pacientes com EM, levando em conta as especificidades de cada realidade local (Carvalho, 2021).

3.6.1 Sete Princípios para a Melhoria da Qualidade de Vida

Os Sete princípios descritos a seguir são baseados nos depoimentos de pessoas com EM e refletem as experiências coletadas pelo Movimento EM. Estes princípios não foram organizados de forma hierárquica, uma vez que todos são igualmente importantes para promoção de uma vida digna e plena para os pacientes com EM. Esses princípios são guia essencial para garantir que os direitos das pessoas com eles sejam reconhecidos e atendidos de forma plena (SPEM, 2017).

- Empoderamento e Autonomia: as pessoas afetadas pela EM devem ocupar um papel central nas decisões que afetam suas vidas, garantindo que possam participar ativamente da construção de suas trajetórias e no processo de tomada de decisões relacionadas ao seu tratamento e cuidados. A capacitação e a independência são fundamentais para que o paciente com EM se sinta parte ativa na gestão de sua condução.
- Acesso a Tratamentos Abrangentes e Eficazes: é imprescindível garantir que todos os pacientes com EM tenham acesso a tratamentos adequados, eficazes e contínuos, que atendam as mudanças constantes nas condições físicas e cognitivas da doença. Isso inclui a disponibilização de cuidados médicos adequados e a utilização de terapias que ajudem a controlar e minimizar os efeitos da doença.
- Apoio a Rede de Familiares, Amigos e Cuidadores: o apoio emocional e prático de familiares, amigos e cuidadores voluntários é essencial para o bem-estar das pessoas com EM. A rede de apoio deve-se adequadamente estruturada, com recursos suficientes para que esses indivíduos possam desempenhar seu papel de forma eficaz e sustentável, garantindo que o paciente não se sinta isolado ou desamparado.
- Oportunidades de Trabalho, Voluntariado, Educação e Lazer: a participação plena na sociedade deve ser garantida, o que inclui o acesso à oportunidades de emprego, voluntariado, educação e lazer. Essas oportunidades devem ser flexíveis e adaptáveis às necessidades dos pacientes, permitindo-lhe continuar a desenvolver suas potencialidades e a manter uma vida social e profissional ativa.
- Acessibilidade em Espaços Públicos e Privados: é essencial que os espaços públicos e privados, bem como os meios de transporte, sejam adequados para as necessidades dos pacientes com EM. Adaptação das infraestruturas urbanas e dos serviços de transporte para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida é um passo importante para garantir a inclusão plena dessas pessoas na sociedade.
- Recursos Financeiros para Acompanhar a Evolução das Necessidades: a EM impõe custos contínuos e variados, que podem ser um desafio financeiro significativo. É

crucial que existam recursos financeiros suficientes para atender a evolução das necessidades do paciente, incluindo os custos com tratamentos médicos, terapias, dispositivos de apoio e outras necessidades decorrentes da doença.

- Políticas e Práticas de Apoio que Promovam a Igualdade: as políticas públicas, atitudes sociais e práticas institucionais devem promover a igualdade de direitos e combater o estigma e a discriminação enfrentados pelas pessoas com EM. Essas políticas devem ser baseadas em princípios de justiça social, garantindo que todos os pacientes tenham acesso aos mesmos direitos e oportunidades, sem qualquer forma de exclusão ou marginalização.

Esses sete princípios representam a base para construção de uma sociedade mais justa e inclusiva para pessoas com EM. A implementação desses princípios em nível global exige um esforço conjunto, onde a colaboração entre governos, organizações de pacientes, profissionais de saúde e a sociedade em geral é essencial. Para garantir a plena qualidade de vida das pessoas com EM, é necessário que haja um compromisso contínuo para melhorar o acesso aos cuidados, promover a inclusão social e combater o estigma associado à doença (SPEM, 2017).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO E LOCAL DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de campo exploratória e descritiva com abordagem quali-quantitativa realizada no Formulários Google.

A pesquisa exploratória tem como finalidade a construção de conhecimentos iniciais sobre assuntos de natureza complexa e dinâmica, sendo realizada por meio de revisão bibliográfica, entrevistas e interpretação de informações (Gonsalves, 2001).

A pesquisa de natureza descritiva tem como objetivo examinar atributos específicos de determinados grupos sociais (como faixa etária, sexo e nível de escolaridade), sendo amplamente empregada em contextos educacionais e sociais, com a finalidade de compreender a realidade vivenciada pelas comunidades (Triviños, 2011; Gil, 2010).

Segundo Mussi et. al (2019), a pesquisa quantitativa fundamenta-se na quantificação de variáveis por meio de informações numéricas consistentes e padronizadas, priorizando a imparcialidade e a minimização de interpretações subjetivas.

Na perspectiva qualitativa, Gil (2022) e Mattar e Ramos (2021) conceituam essa abordagem como um método voltado à compreensão aprofundada dos fenômenos, por meio de sua exploração e descrição sob múltiplos pontos de vista. Trata-se de uma abordagem de natureza interpretativa, que utiliza diferentes fontes de dados, cuja análise, discussão e interpretação buscam identificar padrões, relacionando-os e confrontando-os com o referencial teórico e a literatura científica.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM

A população foi formada por mulheres com Esclerose Múltipla na Paraíba e a amostragem foi constituída pelas 15 voluntárias que aceitaram fazer parte da pesquisa, considerando critério de acessibilidade.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como critérios de inclusão dos voluntários na pesquisa foi necessário como pré-requisito, ser do sexo feminino, apresentarem a patologia em estudo, residir na Paraíba e terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A).

Quanto aos critérios de exclusão foram considerados indivíduos que têm afecções que o impossibilitem de realizar o questionário, que possuam diagnóstico incerto ou não confirmado.

4.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu com a aplicação de questionário estruturado, elaborado pelos pesquisadores especificamente para esta pesquisa, contendo questões sociodemográficas e perguntas relacionadas à Esclerose Múltipla e ao impacto da fisioterapia na vida das participantes. Além disso, foi aplicado o instrumento WHOQOL-BREF com os habitantes da Paraíba, contendo 26 perguntas.

O WHOQOL-BREF trata-se de um questionário que visa avaliar a qualidade de vida de um indivíduo em diferentes domínios, que cobrem os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Os escores foram calculados seguindo as orientações metodológicas propostas pelo instrumento, conforme descrito no manual de aplicação. Inicialmente, foi realizada a recodificação dos itens 3, 4 e 26, nos quais a escala Likert original é invertida (1=5; 2=4; 3=3; 4=2; 5=1), garantindo a coerência interpretativa das respostas. Em seguida, os domínios foram computado a aplicando a fórmula padrão, que consiste em calcular a média dos itens pertencentes a cada domínio, ajustar o valor pelo ponto mínimo da escala e, posteriormente, transformar os resultados para uma escala de 0 a 100, na qual 0 representa a pior qualidade de vida possível e 100 representa a melhor (Fleck, 2000).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Como análise opinativa, os dados da amostra foram analisados, tabulados e graficados utilizando o *software Planilhas Google*.

4.6 PROCEDIMENTO ÉTICO

A realização deste estudo considerou a Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente, assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito da pesquisa será preservada. Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos-UNIFIP. Após a concessão de sua aprovação, sob o parecer de número

7.811.277, todos sujeitos assinalaram ao TCLE aceitando participar da pesquisa para conseguir ter acesso ao questionário. A preservação da privacidade dos sujeitos foi garantida por meio do Termo de Compromisso do Pesquisador.

5 ARTIGO A SER SUBMETIDO À REVISTA COOPEX DO CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS UNIFIP

O IMPACTO DA FISIOTERAPIA NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA NA PARAÍBA

Revista COOPEX (ISSN:2177-5052)

O IMPACTO DA FISIOTERAPIA NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA NA PARAÍBA

THE IMPACT OF PHYSICAL THERAPY ON THE QUALITY OF LIFE OF WOMEN WITH MULTIPLE SCLEROSIS IN PARAÍBA

Mariana Oliveira Lucio Rodrigues [1]

Célio Diniz Machado Neto [2]

RESUMO: A Esclerose Múltipla (EM) é uma patologia neurológica crônica e autoimune, caracterizada por processos inflamatórios que comprometem o Sistema Nervoso Central (SNC), ocasionando desmielinização e prejuízo das funções motoras, sensoriais e cognitivas. A doença apresenta múltiplos fatores etiológicos, incluindo predisposição genética e influências ambientais, e afeta de forma significativa a qualidade de vida dos indivíduos, especialmente mulheres jovens, devido à presença de sintomas como fadiga, fraqueza muscular, desequilíbrio postural e distúrbios psicológicos. Nesse cenário, a Fisioterapia desempenha um peso fundamental na reabilitação funcional e na promoção da qualidade de vida, atuando tanto na fase aguda quanto na fase de remissão da enfermidade. O estudo teve como objetivo geral analisar o impacto da fisioterapia na qualidade de vida de mulheres com EM no estado da Paraíba. Como objetivos específicos, buscou-se apresentar os dados sócio demográficos das participantes, descrever as principais manifestações neurológicas e musculoesqueléticas, identificar os benefícios da intervenção fisioterapêutica sobre as funções afetadas e analisar a qualidade de vida das voluntárias. Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo exploratória-descritiva, com levantamento de dados em período transversal, realizada com 15 mulheres portadoras de EM residentes na Paraíba. Os critérios de inclusão consideraram sexo feminino, diagnóstico confirmado de EM, residência no estado e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarescido (TCLE). A coleta de dados incluiu os questionários sociodemográfico e sobre a fisioterapia elaborado pelo pesquisador, além da aplicação do WHOQOL-BREF para avaliação da qualidade de vida. Os dados foram analisados utilizando o software Planilhas Google, conforme os preceitos éticos da Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos (parecer nº 7.811.277). A pesquisa contou com a participação de 15 mulheres com diagnóstico de Esclerose Múltipla. Observou-se predominância na faixa etária de 30 a 39 anos e maior concentração de participantes na capital do estado. Em relação aos dados clínicos, destacou-se a forma Recorrente-Remitente como a mais prevalente, com sintomas frequentes como fadiga, fraqueza muscular, alterações de equilíbrio, dor muscular e formigamentos. A maioria das participantes já realizou fisioterapia, principalmente do tipo motora, sendo reparados benefícios como melhora da mobilidade, força muscular, equilíbrio e saúde mental. Quanto à qualidade de vida, os escores indicaram maior comprometimento no domínio físico, seguido dos domínios psicológico, social e ambiental. Conclui-se que a Esclerose Múltipla impacta significativamente a qualidade de vida das mulheres avaliadas, especialmente no aspecto físico. A fisioterapia mostrou-se uma importante estratégia de reabilitação, contribuindo para a melhora funcional, autonomia e bem-estar geral. Os achados reforçam a necessidade de ampliação do acesso a intervenções

[1] Discente do Centro Universitário de Patos (UNIFIP), marianarodrigues@fisio.fiponline.edu.br
[2] Docente do Centro Universitário de Patos (UNIFIP), celioneto@fisio.fiponline.edu.br

fisioterapêuticas e de abordagens multidisciplinares que considerem os múltiplos aspectos envolvidos na vivência da doença.

Palavras-chave: Esclerose Múltipla. Fisioterapia. Qualidade de Vida. Mulheres. Reabilitação.

ABSTRACT: Multiple Sclerosis (MS) is a chronic and autoimmune neurological disorder characterized by inflammatory processes that affect the Central Nervous System (CNS), leading to demyelination and impairment of motor, sensory, and cognitive functions. The disease presents multiple etiological factors, including genetic predisposition and environmental influences, and significantly impacts individuals' quality of life, especially young women, due to symptoms such as fatigue, muscle weakness, postural imbalance, and psychological disturbances. In this context, physical therapy plays a fundamental role in functional rehabilitation and in promoting quality of life, acting both during the acute and remission phases of the disease. The general objective of this study was to analyze the impact of physical therapy on the quality of life of women with MS in the state of Paraíba, Brazil. The specific objectives were to present the participants' sociodemographic data, describe the main neurological and musculoskeletal manifestations, identify the benefits of physiotherapeutic intervention on impaired functions, and assess the quality of life of the participants. This is a field study of an exploratory-descriptive nature, conducted with a cross-sectional data collection period and involving 15 women diagnosed with MS living in Paraíba. Inclusion criteria comprised female gender, confirmed MS diagnosis, residence in the state, and signing of the Informed Consent Form (ICF). Data collection included a sociodemographic questionnaire, a physical therapy questionnaire developed by the researcher, and application of the WHOQOL-BREF to evaluate quality of life across physical, psychological, social, and environmental domains. Data were tabulated, analyzed, and graphically represented using Microsoft Excel, in accordance with the ethical principles established by Resolution No. 510/16 of the National Health Council, and approved by the Research Ethics Committee of Centro Universitário de Patos (approval number 7.811.277). The study included 15 women diagnosed with Multiple Sclerosis. A predominance was observed in the age group of 30 to 39 years, with a higher concentration of participants in the state capital. Regarding clinical data, the Relapsing-Remitting form was the most prevalent, with frequent symptoms such as fatigue, muscle weakness, balance impairment, muscle pain, and paresthesia. Most participants had already undergone physiotherapy, mainly motor physiotherapy, reporting benefits such as improved mobility, muscle strength, balance, and mental health. Regarding quality of life, the scores indicated greater impairment in the physical domain, followed by the psychological, social, and environmental domains. It is concluded that Multiple Sclerosis significantly impacts the quality of life of the evaluated women, especially in the physical aspect. Physiotherapy proved to be an important rehabilitation strategy, contributing to functional improvement, autonomy, and overall well-being. The findings reinforce the need to expand access to physiotherapeutic interventions and multidisciplinary approaches that consider the multiple aspects involved in living with the disease.

Keywords: Multiple Sclerosis. Physical Therapy. Quality of Life. Women. Rehabilitation.

INTRODUÇÃO

A Esclerose Múltipla (EM) configura-se como uma enfermidade neurológica, crônica e autoimune, caracterizada pela ação das próprias células de defesa do organismo contra o Sistema Nervoso Central (SNC), resultando em lesões no cérebro e na medula espinhal. Embora sua etiologia ainda permaneça desconhecida, a EM vem sendo objeto de inúmeros estudos em âmbito global, o que tem permitido avanços contínuos e relevantes na qualidade de vida dos pacientes, predominantemente pessoas jovens, do sexo feminino na faixa etária de 20 a 40 anos. A EM não possui cura conhecida e pode manifestar-se por meio de sinais e sintomas como fadiga intensa, depressão, fraqueza muscular, alteração do equilíbrio e da coordenação motora, dores articulares, bem como disfunções intestinais e vesicais (ABEM, 2012).

Diversos fatores são considerados contribuintes para o surgimento da EM, entre eles aspectos ambientais e genéticos. Pesquisas epidemiológicas reforçam o caráter multifatorial dessa enfermidade (SPEM, 2017). Em consonância, Thaler e Thaler (2023) destacam que várias variantes genéticas foram relacionadas ao aumento da susceptibilidade ao desenvolvimento da doença. No entanto, nenhum gene isolado explica o aparecimento da EM, reforçando que a interação entre predisposição hereditária e fatores ambientais é determinante.

As manifestações clínicas da doença podem variar, dependendo do local da reação inflamatória decorrente da resposta autoimune. Essas manifestações englobam déficits neurológicos localizados, como fraqueza muscular, alterações de sensibilidade e distúrbios visuais, além da dificuldade na fala, fadiga, depressão e mudanças no comportamento e na memória. A fadiga destaca-se como um dos sintomas mais comuns, impactando de forma direta a qualidade de vida e podendo culminar em quadros severos de depressão, uma vez que atinge o sujeito em um período ativo de sua vida social e profissional (Machado et al., 2021; Lima et al., 2016).

No que tange a qualidade de vida, compreende-se que ela envolve dimensões físicas, psicológicas, sociais, econômicas e espirituais, cuja harmonia é essencial ao bem-estar humano. Em indivíduos com EM, observa-se um declínio significativo nesses aspectos, sobretudo devido ao comprometimento cognitivo e a fadiga, apontados como fatores centrais na deterioração da qualidade de vida. Em consequência, surgem limitações funcionais que dificultam a execução de atividades cotidianas e reduzem a participação social e profissional (Nielsen et al., 2017; Andrade et al., 2015; Oberg, 2018).

Em razão da progressão da EM, a intervenção precoce torna-se indispensável para minimizar perdas funcionais e retardar a evolução dos sintomas. Nesse cenário, a fisioterapia

desempenha papel determinante ao atuar na redução dos efeitos motores e sensoriais da EM. O fortalecimento muscular, o treino de equilíbrio e a redução postural são fundamentais para ampliar a autonomia e favorecer maior independência funcional, aspectos reconhecidos como centrais na melhoria da qualidade de vida de pessoas com EM (Pádua et al., 2017; Moura et al., 2023).

Diante do exposto, observa-se a relevância de investigar a fundo a contribuição da fisioterapia no manejo e na reabilitação de mulheres acometidas pela EM, considerando os impactos dessa intervenção na promoção da funcionalidade e na melhoria da qualidade de vida. Assim, este estudo tem como objetivo geral analisar o impacto da fisioterapia na qualidade de vida de mulheres com EM no estado da Paraíba. De forma complementar, busca-se apresentar os dados sócio demográficos das voluntárias da pesquisa, descrever as principais manifestações neurológicas e musculoesqueléticas associadas a doença, identificar os benefícios da intervenção fisioterapêutica sobre as funções comprometidas e, por fim, analisar a qualidade de vida das participantes, relacionando-a com os efeitos terapêuticos observados.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de campo do tipo exploratória-descritiva, com levantamento de dados e período transversal. A pesquisa foi realizada com mulheres portadoras de Esclerose Múltipla no Estado da Paraíba.

A população foi formada por mulheres com EM residentes no estado da Paraíba e a amostragem foi constituída por 15 voluntárias que aceitaram fazer parte da pesquisa.

Como critérios de inclusão dos voluntários na pesquisa foi necessário como pré-requisito, serem do sexo feminino, apresentarem a patologia em estudo, residir no estado da Paraíba e terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Como critérios de exclusão estabeleceu-se considerado indivíduos com afecções que o impossibilitem de realizar o questionário, que possuam diagnóstico incerto ou não confirmado.

A coleta de dados foi realizada com a aplicação de questionário sociodemográfico e sobre Fisioterapia produzido pelo pesquisador, com o intuito de traçar o perfil da amostra sobre os dados intrínsecos e rotina, a pesquisa também contou com o questionário WHOQOL-BREF para analisar a qualidade de vida de um indivíduo nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Os escores foram calculados seguindo as orientações metodológicas propostas pelo instrumento, conforme descrito no manual de aplicação. Inicialmente, foi realizada a recodificação dos itens 3, 4 e 26, nos quais a escala Likert original é invertida (1=5; 2=4; 3=3; 4=2; 5=1), garantindo a coerência interpretativa das respostas. Em seguida, os domínios foram computados aplicando a fórmula padrão, que consiste em calcular a média dos itens pertencentes a cada domínio, ajustar o valor pelo ponto mínimo da escala e, posteriormente, transformar os resultados para uma escala de 0 a 100, na qual 0 representa a pior qualidade de vida possível e 100 representa a melhor (Fleck, 2000).

Como análise opinativa, os dados da amostra foram analisados, tabulados e graficados utilizando o *software Planilhas Google*.

A realização deste estudo considerou a Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente, assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito da pesquisa será preservada. Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos - UNIFIP. Após a concessão de sua aprovação, sob o parecer de número 7.811.277, todos os sujeitos assinaram o TCLE aceitando participar da pesquisa para conseguir ter acesso ao questionário. A preservação da privacidade dos sujeitos foi garantida por meio do Termo de Compromisso do Pesquisador.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra do estudo foi composta por 15 mulheres, com predominância na faixa etária entre 30 e 39 anos e maior concentração de participantes na cidade de João Pessoa-PB, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil Sociodemográfico (N=15)

VARIÁVEIS	N (%)
Idade	
18-29	1 (6,7%)
30-39	6 (40%)
40-49	5 (33,3%)
50-59	1 (6,7%)
60+	2 (13,3%)
Cidade onde reside	
Alagoa Nova-PB	1 (6,7%)
Guarabira-PB	1 (6,7%)
Igaracy-PB	1 (6,7%)

N: Número de participantes; PB: Paraíba. **Fonte**: Dados da pesquisa (2025)

Tabela 1 – Perfil Sociodemográfico (N=15)

CONTINUAÇÃO	N (%)
Pedras de Fogo-PB	1 (6,7%)
Pombal-PB	2 (13,4%)
Campina Grande-PB	2 (13,4%)
João Pessoa-PB	7 (46,7%)

N: Número de participantes; PB: Paraíba. **Fonte**: Dados da pesquisa (2025)

Os achados deste estudo corroboram a literatura, que aponta maior prevalência da doença no sexo feminino. Essa maior susceptibilidade tem sido associada a fatores hormonais e imunológicos, uma vez que o sistema imunológico feminino apresenta maior reatividade, favorecendo o desenvolvimento de doenças autoimunes. Os aspectos genéticos ligados ao cromossomo X e a influência dos estrogênios também são descritos como possíveis explicações para esse padrão (Filippi et al., 2021; Santos et al., 2022; Carvalho et al., 2021; Almeida et al., 2024). Embora menos frequente em homens, estudos indicam que a doença pode apresentar evolução mais agressiva nesse grupo, o que demonstra que as diferenças entre os sexos não se limitam à incidência, mas também à progressão clínica (Rocha et al., 2023).

No que se refere a faixa etária, os resultados encontrados podem ser explicados pelo fato de a EM acometer principalmente em adultos jovens, com início dos sintomas geralmente entre 20 e 40 anos. Esse período da vida é marcado por maior atividade imunológica e maior exposição a fatores ambientais desencadeantes, como infecções virais e estresse, o que contribui para o desenvolvimento da doença (Filippi et al., 2021; Pereira et al., 2021; Santos et al., 2022). Tal condição implica impactos significativos, uma vez que essa fase corresponde ao período de maior produtividade e participação social, o que potencializa as repercussões funcionais e psicossociais da doença (Carvalho et al., 2021; Lima et al., 2023). Ainda que menos frequente, a literatura também descreve casos de início tardio da EM, os quais tendem a apresentar progressão mais rápida e maior comprometimento funcional, evidenciando a variabilidade clínica da doença (Rocha et al., 2023).

Quanto ao local de residência, esse resultado pode ser justificado pelo maior acesso aos serviços de saúde especializados nas capitais, que concentram profissionais qualificados, recursos diagnósticos e centros de reabilitação. Esse cenário favorece tanto o diagnóstico quanto o acompanhamento contínuo de pacientes com EM, contribuindo para maior identificação de casos nessas regiões (Pereira et al., 2021; Filippi et al., 2021).

Outro fator relevante diz respeito a possível subnotificação em regiões interioranas, em que o acesso a especialistas e exames diagnósticos ainda é limitado. Essa realidade pode resultar em menor número de diagnósticos formais fora dos grandes centros urbanos, não

refletindo necessariamente uma menor incidência da doença, mas sim desigualdades no acesso aos serviços de saúde (Pereira et al., 2021). Os fatores ambientais e características do estilo de vida urbano também vêm sendo investigados como possíveis influenciadores na distribuição da EM, embora ainda não haja consenso na literatura quanto a sua real magnitude (Filippi et al., 2021).

Conforme apresentado na Tabela 2, a análise dos dados clínicos das participantes evidenciou que a maior proporção recebeu diagnóstico de EM no ano de 2020 (26,7%) e é preeminente a forma Recorrente-Remitente (RR) com 66,7%. Quanto às manifestações clínicas mais presentes, identificou-se alta frequência de sintomas como fadiga (73,3%), formigamentos e dormências (73,3%), fraqueza muscular (66,7%), alterações de humor (66,7%), dificuldade de equilíbrio (60%) e dor muscular (60%). Já as que mais consideram difíceis de lidar, destacam-se a alteração de equilíbrio (50%), seguida pela fadiga (41,7%) e alterações de memória (33,3%).

Tabela 2 – Dados clínicos e manifestações da Esclerose Múltipla

VARIÁVEIS	N(%)
Em que ano recebeu o diagnóstico de Esclerose Múltipla?	
2008	1 (6,7%)
2010	1 (6,7%)
2012	1 (6,7%)
2013	1 (6,7%)
2016	1 (6,7%)
2020	4 (26,7%)
2021	2 (13,3%)
2022	2 (13,3%)
2024	2 (13,3%)
Qual o tipo de Esclerose Múltipla diagnosticada?	
Recorrente-remitente	12 (66,7%)
Primária Progressiva	1 (6,7%)
Secundária Progressiva	2 (13,3%)
Quais sintomas mais presentes?	
Fadiga intensa	11 (73,3%)
Alterações visuais	5 (33,3%)
Dificuldade de equilíbrio	9 (60%)
Fraqueza muscular	10 (66,7%)
Rigidez muscular	5 (33,3%)
Dor muscular	9 (60%)
Dor articular	3 (20%)
Tremores	3 (20%)
Formigamentos/Dormências	11 (73,3%)
Alterações na memória	7 (46,7%)
Alterações na atenção	7 (46,7%)

N: Número de participantes. **Fonte**: Dados da pesquisa (2025)

Tabela 2 – Dados clínicos e manifestações da Esclerose Múltipla

CONTINUAÇÃO	N(%)
Alterações de humor	10 (66,7%)
Quais sintomas você considera mais difíceis de lidar atualmente?	
Pé caído	1 (8,3%)
Fadiga	5 (41,7%)
Falta de coordenação	1 (8,3%)
Alteração visual	1 (8,3%)
Bexiga neurogênica	2 (16,7%)
Alteração na memória	4 (33,3%)
Alteração de equilíbrio	6 (50%)
Marcha	1 (8,3%)
Dor muscular	2 (16,7%)

N: Número de participantes. **Fonte**: Dados da pesquisa (2025)

No que se refere ao ano de diagnóstico da doença, esse resultado pode estar relacionado a ampliação do acesso a métodos diagnósticos mais sensíveis e a atualização dos critérios diagnósticos, que possibilitaram maior identificação precoce da doença. A consolidação dos critérios de diagnóstico, aliados ao uso mais difundido da ressonância magnética, contribuiu significativamente para o aumento do número de diagnósticos nos últimos anos (McDonald et al., 2001; Filippi et al., 2021). Além disso, a maior conscientização da população e dos profissionais de saúde sobre os sinais iniciais da doença favorece a detecção em fases mais precoces. Estudos epidemiológicos também apontam crescimento no número de casos diagnosticados globalmente, o que pode refletir tanto o aumento real da incidência quanto melhorias nos sistemas de vigilância e diagnóstico (Pereira et al., 2021).

Em relação ao tipo de EM, esse resultado está em consonância com a literatura, que descreve essa forma clínica como a mais frequente, correspondendo a aproximadamente 70% a 85% dos casos no momento do diagnóstico. Essa predominância ocorre porque a fase inicial da doença geralmente se manifesta por surtos inflamatórios seguidos de períodos de remissão, decorrentes do processo de desmielinização e posterior tentativa de remielinização no sistema nervoso central (Filippi et al., 2021; Santos et al., 2022). A fisiopatologia da forma RR envolve intensa atividade inflamatória, com infiltração de células imunológicas e produção de citocinas pró-inflamatórias, o que explica a ocorrência dos surtos clínicos. Com a progressão da doença, há tendência de evolução para formas progressivas, associadas a maior

neurodegeneração e menor capacidade de reparo neural (Roller; Victor, 2001; Stadelmann; Brück, 2008).

No que se refere às manifestações clínicas, a elevada prevalência da fadiga pode ser explicada por sua natureza multifatorial na EM, envolvendo mecanismos centrais, como alterações na condução neural decorrentes da desmielinização, e periféricos, relacionados à redução da eficiência muscular. A fadiga é considerada um dos sintomas mais incapacitantes da doença, podendo ocorrer independentemente do grau de incapacidade física (Motl; Sandroff, 2022; Almeida et al., 2024; Costa et al., 2021).

A alta frequência de parestesias, como formigamentos e dormências, está associada ao comprometimento das vias sensitivas, decorrente da desmielinização em diferentes regiões do sistema nervoso central. Esse processo interfere na transmissão adequada dos impulsos nervosos, gerando sensações anormais frequentemente reparadas pelos pacientes (Ropper; Victor, 2001; Filippi et al., 2021).

A fraqueza muscular observada em grande parte das participantes está relacionada ao acometimento das vias motoras, especialmente do trato corticoespinal, resultando em redução da força e do controle motor. Esse déficit contribui diretamente para limitações funcionais e prejuízos na realização de atividades diárias (Umprhed, 1994; Oliveira et al., 2022).

A dificuldade de equilíbrio pode ser explicada pelo comprometimento de estruturas como cerebelo, tronco encefálico e vias proprioceptivas. A descoordenação motora e a instabilidade postural são comuns na EM e estão diretamente associadas ao risco aumentado de quedas e perda de independência funcional (Pádua et al., 2017; Rocha et al., 2023).

A dor muscular relatada pode estar associada tanto a fatores musculoesqueléticos quanto neurológicos, incluindo espasticidade, sobrecarga muscular e alterações no processamento da dor pelo sistema nervoso central. A presença de dor crônica impacta negativamente a qualidade de vida e pode agravar quadros de fadiga e limitação funcional (Carvalho et al., 2021; Lima et al., 2016).

Às alterações de humor refletem o impacto psicológico da doença, além de possíveis alterações neurobiológicas associadas ao comprometimento cerebral. A presença de sintomas como depressão e ansiedade é frequente em pacientes com EM, sendo influenciada tanto por fatores emocionais quanto por alterações estruturais no sistema nervoso central (Oberg, 2018; Lima et al., 2023).

Quanto aos sintomas considerados mais difíceis de lidar, a dificuldade de equilíbrio como principal queixa pode ser explicada pelo impacto direto na mobilidade de na independência funcional, uma vez que compromete atividades básicas como caminhar,

permanecer em pé e realizar tarefas cotidianas. Esse sintoma está fortemente associado à limitação da autonomia e ao aumento do risco de quedas, o que justifica sua percepção como um dos mais incapacitantes (Pádua et al., 2017; Rocha et al., 2023).

A fadiga, além de frequente, é percebida como de difícil manejo devido a sua persistência e a limitação que impõe mesmo em atividades simples. Sua natureza multifatorial dificulta o tratamento, tornando-se um dos principais fatores de redução da qualidade de vida (Motl; Sandroff, 2022; Costa et al., 2021).

As alterações de memória refletem o comprometimento cognitivo associado a EM, frequentemente relacionado a lesões em áreas cerebrais responsáveis pelas funções executivas e memória. Esse déficit pode interferir significativamente na vida social e profissional das pacientes, contribuindo para sentimentos de incapacidade e isolamento (Machado et al., 2021; Nielsen et al., 2017).

De acordo com os dados expostos na Tabela 3, a análise dos dados relacionados à fisioterapia demonstrou que 93,3% das participantes já realizaram tratamento fisioterapêutico para a EM. No que se refere ao tipo de atendimento, observou-se que 46,7% das participantes realizam fisioterapia na modalidade particular. Em relação ao tempo de realização, 33,3% relataram não estar em tratamento no momento, enquanto 26,7% referiram que fazem há seis meses e um ano. Quanto à frequência, 33,3% das participantes realizam atendimento duas vezes por semana, ao passo que o mesmo percentual indicou não estar em tratamento atualmente, evidenciando descontinuidade no acompanhamento. Em relação aos tipos de fisioterapia realizados, destacou-se a Fisioterapia motora, com 86,7%, seguida pelo método Pilates, com 20%. No que diz respeito à percepção dos benefícios, 66,7% relataram melhora da mobilidade, 53,3% aumento da força muscular e 46,7% melhora do equilíbrio e do humor/saúde mental. Por fim, quanto à avaliação do impacto da fisioterapia, 40% atribuíram nota máxima (10), evidenciando elevada satisfação com o tratamento.

Tabela 3 – Esclerose Múltipla e Fisioterapia

VARIÁVEIS	N(%)
Você já realizou Fisioterapia para a Esclerose Múltipla?	
Sim	14 (93,3%)
Não	1 (6,7%)
O tratamento fisioterapêutico que você realiza é:	
Público (SUS)	2 (13,3%)
Particular	7 (46,7%)
Não realizo	5 (33,3%)
Ambos	1 (6,7%)

N: Número de participantes; SUS: Sistema Único de Saúde. **Fonte**: Dados da pesquisa (2025)

Tabela 3 – Esclerose Múltipla e Fisioterapia

CONTINUAÇÃO	N(%)
Há quanto tempo você faz Fisioterapia?	
Menos de 6 meses	1 (6,7%)
6 meses - 1 ano	4 (26,7%)
1-3 anos	2 (13,3%)
Mais de 3 anos	3 (20%)
Não realizo	5 (33,3%)
Com que frequência realiza sessões de Fisioterapia?	
1 vez por semana	2 (13,3%)
2 vezes por semana	5 (33,3%)
3 ou mais vezes por semana	2 (13,3%)
Irregular	1 (6,7%)
Não realizo	5 (33,3%)
Quais tipos de Fisioterapia você já fez?	
Fisioterapia motora (fortalecimento, alongamento)	13 (86,7%)
Fisioterapia respiratória	2 (13,3%)
Hidroterapia	1 (6,7%)
Eletroterapia	1 (6,7%)
Pilates	3 (20%)
Pélvica	1 (8,3%)
Neurofuncional	1 (8,3%)
Em sua percepção, a Fisioterapia ajudou em:	
Redução de dor	6 (40%)
Melhora de mobilidade	10 (66,7%)
Aumento da força muscular	8 (53,3%)
Diminuição da fadiga	5 (33,3%)
Melhora do equilíbrio	7 (46,7%)
Melhora da coordenação motora	6 (40%)
Melhora da autonomia	6 (40%)
Melhora do humor/saúde mental	7 (46,7%)
Em uma escala de 0 a 10, como você avalia o impacto da Fisioterapia em sua vida?	
5	3 (20%)
6	1 (6,7%)
7	2 (13,3%)
8	3 (20%)
10	6 (40%)

N: Número de participantes; SUS: Sistema Único de Saúde. **Fonte**: Dados da pesquisa (2025)

O considerável número de participantes que já realizaram fisioterapia reflete o reconhecimento dessa abordagem como componente essencial no manejo da doença, especialmente no que se refere à reabilitação funcional e a manutenção da autonomia. A elevada adesão pode ser explicada pela presença de sintomas motores e funcionais característicos da patologia, que demandam intervenções contínuas voltadas à preservação da mobilidade e da capacidade funcional. Estudos indicam que a fisioterapia atua diretamente na neuroplasticidade, promovendo reorganização neural e melhora do desempenho funcional, o

que justifica sua ampla utilização entre pacientes com EM (Motl; Sandroff, 2022; Souza et al., 2021; Barbosa et al., 2023).

No que se refere ao tipo de atendimento, a predominância da modalidade particular pode ser explicada pela limitação do acesso aos serviços públicos especializados, especialmente no que diz respeito à reabilitação neurológica contínua. A insuficiência de serviços ofertados pelo sistema público e o tempo prolongado de espera podem levar os pacientes a buscarem alternativas privadas. Mesmo diante de custos elevados. Esse cenário evidencia desigualdades no acesso à saúde e reforça a necessidade de ampliação de políticas públicas voltadas à reabilitação de pacientes neurológicos (Pereira et al., 2021; Martins et al., 2024).

Em relação ao tempo de realização da fisioterapia, a interrupção do tratamento pode estar associada a múltiplos fatores, incluindo limitações financeiras, dificuldades de acesso, desmotivação, percepção de melhora parcial ou até mesmo agravamento dos sintomas que dificultam o deslocamento até os serviços de saúde. A literatura aponta que a adesão ao tratamento fisioterapêutico em doenças crônicas pode ser influenciada por fatores individuais, sociais e estruturais, sendo comum a descontinuidade terapêutica (Martins et al., 2024; Lima et al., 2023).

No que diz respeito à frequência, a realização de duas sessões semanais está de acordo com as recomendações descritas na literatura, que sugerem regularidade mínima para obtenção de benefícios funcionais, especialmente no fortalecimento muscular, melhora do equilíbrio e condicionamento físico. A ausência de tratamento em parte da amostra reforça a existência de barreiras que impedem a continuidade do cuidado, impactando negativamente a evolução clínica e funcional (Souza et al., 2021; Oliveira et al., 2022).

Quanto aos tipos de fisioterapia realizados, a predominância da Fisioterapia motora pode ser explicada por seu papel central no tratamento da EM, uma vez que aborda diretamente déficits de força, coordenação, equilíbrio e mobilidade. Intervenções motoras promovem adaptações neuromusculares e contribuem para a melhora da funcionalidade global. O Pilates, por sua vez, tem sido utilizado como estratégia complementar, promovendo controle postural, fortalecimento muscular e melhora da consciência corporal, sendo especialmente útil na reabilitação de pacientes com comprometimento neurológico (Moura et al., 2023; Oliveira et al., 2022).

No que se refere a percepção dos benefícios, os resultados podem ser explicados pelos efeitos fisiológicos e funcionais das intervenções fisioterapêuticas. A melhora da mobilidade está associada ao treinamento funcional e à reeducação motora, que favorecem a

execução de atividades diárias. O aumento da força muscular decorre de estímulos repetitivos que promovem adaptações neuromusculares e aumento da capacidade contrátil. A melhora do equilíbrio está relacionada ao treinamento proprioceptivo e ao fortalecimento de músculos estabilizadores, fundamentais para o controle postural (Pádua et al., 2017; Oliveira et al., 2022; Souza et al., 2021).

Além disso, a melhora do humor e da saúde mental se dá pela associação entre exercício físico e liberação de neurotransmissores como serotonina e endorfina, além do impacto positivo da retomada da funcionalidade e autonomia. A prática fisioterapêutica também contribui para a redução da fadiga e do isolamento social, fatores frequentemente associados a quadros depressivos em pacientes com EM (Motl; Sandroff, 2022; Carvalho et al., 2021).

No que diz respeito à elevada satisfação com o tratamento, reflete na percepção positiva dos benefícios obtidos, especialmente na melhora funcional e na qualidade de vida. A valorização da fisioterapia para pacientes pode estar relacionada a sua abordagem individualizada, que considera as limitações específicas de cada indivíduo e promove ganhos progressivos e perceptíveis. Estudos apontam que intervenções fisioterapêuticas bem estruturadas são capazes de melhorar significativamente a funcionalidade, reduzir sintomas e promover maior independência (Motl; Sandroff, 2022; Barbosa et al., 2023).

Em conformidade com os dados da Tabela 4, a avaliação da qualidade de vida das participantes, por meio do instrumento WHOQOL-BREF, evidenciou médias distintas entre os domínios analisados, sendo: domínio físico (40,2), domínio de relações sociais (52,2), domínio psicológico (55) e domínio meio ambiente (54,4), considerando uma escala de 0 a 100.

Tabela 4 – Escore de Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF)

VARIÁVEIS	DF	DRS	DP	DMA
Participante 1	35,7	58,2	50	56,2
Participante 2	25	54,2	41,7	37,5
Participante 3	25	62,5	91,7	56,2
Participante 4	46,5	66,7	58,2	65,6
Participante 5	67,7	75	75	78,2
Participante 6	35,7	29,2	25	31,2
Participante 7	21,5	33,2	41,7	40,6
Participante 8	35,7	45,7	66,7	46,8
Participante 9	17,7	8,2	0	46,8
Participante 10	39,2	54,2	75	75
Participante 11	28,5	41,7	41,7	50

DF: Domínio Físico; DRS: Domínio Relações Sociais; DP: Domínio Psicológico; DMA: Domínio Meio Ambiente. **Fonte**: Dados da pesquisa, 2026.

Tabela 4 – Escore de Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF)

CONTINUAÇÃO	DF	DRS	DP	DMA
Participante 12	53,5	75	66,7	62,5
Participante 13	53,5	54,2	58,3	59,4
Participante 14	78,5	70,8	66,7	59,3
Participante 15	39,3	54,2	66,7	50
Média dos Domínios	40,2	52,2	55	54,4

DF: Domínio Físico; DRS: Domínio Relações Sociais; DP: Domínio Psicológico; DMA: Domínio Meio Ambiente. **Fonte**: Dados da pesquisa, 2026.

O domínio físico (DF) apresentou a menor média entre os avaliados, indicando maior comprometimento da qualidade de vida nesse aspecto. Esse resultado se dá pela natureza progressiva e incapacitante da EM, que afeta diretamente a funcionalidade, a mobilidade, a força muscular e a capacidade de realização de atividades diárias. A presença de sintomas como fadiga, fraqueza muscular, dor e alterações de equilíbrio contribui significativamente para a redução da capacidade funcional, impactando de forma direta esse domínio (Carvalho et al., 2021; Costa et al., 2021; Rocha et al., 2023).

A fadiga, em especial, é considerada um dos principais fatores responsáveis pela diminuição da qualidade de vida no DF, devido a sua intensidade, persistência e impacto nas atividades cotidianas. Alterações na condução neural, decorrentes da desmielinização, associadas a fatores metabólicos e psicológicos, contribuem para esse sintoma, tornando-o um dos mais incapacitantes na EM (Motl; Sandroff, 2022; Almeida et al., 2024).

O domínio psicológico (DP) apresentou média intermediária, refletindo impacto significativo, porém menos acentuado quando comparado ao DF. Esse resultado pode ser explicado pela presença de alterações emocionais frequentemente associadas à doença, como depressão, ansiedade e instabilidade emocional. O comprometimento de áreas cerebrais relacionadas às funções cognitivas e emocionais, aliado às limitações impostas pela doença, contribui para o sofrimento psíquico dessas pacientes (Oberg, 2018; Lima et al., 2023). Além disso, a percepção da doença como condição crônica e progressiva pode gerar sentimentos de insegurança, medo e perda de perspectiva futura.

O domínio de relações sociais (DRS) apresentou uma média que evidencia um impacto moderado na qualidade de vida. Esse resultado pode estar relacionado às limitações funcionais e a fadiga, que dificultam a participação em atividades sociais e profissionais. A redução da mobilidade, associada ao cansaço excessivo, contribui para o isolamento social e para a diminuição da interação com familiares e amigos. A literatura aponta que pacientes

com EM frequentemente apresentam restrição na participação social, o que interfere diretamente na percepção de qualidade de vida (Nielsen et al., 2017; Lima et al., 2016).

O domínio meio ambiente (DMA) apresentou média razoável indicando impacto moderado. Esse domínio engloba aspectos como acesso aos serviços de saúde, segurança, suporte social e condições financeiras. A presença de dificuldades no acesso à reabilitação, como observado em parte das participantes que não realizam fisioterapia no momento, pode influenciar negativamente esse domínio. A dependência de serviços especializados, muitas vezes concentrados em centros urbanos, e os custos associados ao tratamento representam barreiras importantes para a continuidade do cuidado (Pereira et al., 2021; Martins et al., 2024).

A análise qualitativa, realizada a partir das perguntas subjetivas incluídas ao final do formulário, permitiu aprofundar a compreensão da vivência das participantes com a EM. Em relação ao maior desafio de viver com a doença, observou-se predominância de relatos relacionados a perda de autonomia, fadiga, instabilidade emocional e limitações funcionais. Expressões como a da participante 1 (P1): "*Me senti incapaz em algumas funções*.", P2: "*Desânimo em cuidar de mim mesma*", P6: "*Não ter mais autonomia que tinha antes*", P9: "*A depressão*" e P10: "*Ter deixado d e trabalhar por conta da fadiga, memória e fraqueza muscular*" evidenciam que o impacto da doença ultrapassa o aspecto físico, atingindo dimensões emocionais, sociais e profissionais. Esse achado pode ser explicado pela natureza multifatorial da EM, que compromete simultaneamente funções motoras, cognitivas e emocionais, levando a reorganização da identidade e da rotina dessas mulheres (Oberg, 2018; Carvalho et al., 2021).

A descrição detalhada da participante 12: "*Ela impacta de maneira abrangente, do modo como lavo o cabelo no banho, que não dá pra fechar muito o olho senão desequilibro, a questão de precisar ir no banheiro muitas vezes e precisar sair de fralda, ou a umas incoordenações que me levam a derrubar coisas, ao sono que mudou muito, a sensibilidade...*" evidencia a complexidade da doença, demonstrando como a EM interfere em atividades básicas do cotidiano, como higiene pessoal, sono e controle vesical. Esse nível de comprometimento pode ser explicado pela disseminação das lesões no sistema nervoso central, que afetam múltiplas funções simultaneamente, exigindo adaptações constantes na vida diária (Filippi et al., 2021).

No que se refere a principal mudança atribuída a fisioterapia, observou-se predominância de discursos relacionados à recuperação funcional e ao ganho de autonomia. Relatos como o da P2: "*Independência em locomoção*", P5: "*Tudo, voltei a andar,recuperei*

muito minha mobilidade", P6: "*Reverter pequenos movimentos que tava perdendo*", P11: "*Aprender a conviver com a situação e seguir lutando*" e P14: "*Melhora do equilíbrio, coordenação motora e fortalecimento pélvico*." indicam percepção positiva da intervenção fisioterapêutica. Esse resultado pode ser explicado pelos efeitos da fisioterapia na promoção da neuroplasticidade, no fortalecimento muscular e na melhora do controle motor. A reabilitação fisioterapêutica contribui para a recuperação de funções comprometidas e para a adaptação às limitações impostas pela doença (Motl; Sandroff, 2022; Souza et al., 2021; Barbosa et al., 2023).

Em relação ao significado de qualidade de vida, os discursos revelaram concepções diversas, porém centradas na idade de normalidade, autonomia e bem-estar. Expressões como a da P1: "*Ter uma vida comparada ao normal*.", P5: "*Seguir em frente,sem olhar para trás*", P6: "*Ter paz ter alegria e boas companhias*", P7: "*Ambiente acolhedor*", P10: "*Poder estar com minha família*" e P13: "*Para mim, é ter um bom sono, tranquilidade, conforto e pessoas ao redor para auxiliar caso seja necessário*." indicam que a qualidade de vida é percebida como a capacidade de manter relações sociais, realizar atividades diárias e vivências equilíbrio emocional. Esse entendimento está alinhado à definição multidimensional de qualidade de vida, que engloba aspectos físicos, psicológicos e sociais (Gomes et al., 2022; Lima et al., 2023).

A associação da qualidade de vida a aspectos concretos, como a continência urinária, evidencia o impacto direto dos sintomas na vivência cotidiana. Alterações vesicais são comuns na EM e podem comprometer significativamente a autoestima e a participação social, justificando sua relevância na percepção das participantes (Filippi et al., 2021).

A presença de discursos que negam a possibilidade de qualidade de vida, como o relato da P8: "Com EM não se tem qualidade de vida", pode ser explicada pela gravidade dos sintomas, pelo estágio a fora e/ou pela ausência de suporte adequado. Esse tipo de percepção evidencia a necessidade de intervenções que consideram não apenas os aspectos físicos, mas também o suporte emocional e social dessas pacientes (Carvalho et al., 2021; Oberg, 2018).

CONCLUSÃO

Assim, conclui-se que a Fisioterapia representa um instrumento fundamental tanto na redução das limitações funcionais quanto na ampliação da autonomia e da autoestima de mulheres com Esclerose Múltipla. Os achados deste estudo reforçam a necessidade de acesso contínuo e qualificado aos serviços de reabilitação, considerando sua capacidade de promover melhor qualidade de vida, reduzir os impactos da doença e favorecer maior participação

social.

Além disso, evidencia-se a importância de uma abordagem terapêutica integral, que contemple não apenas os aspectos físicos, mas também as dimensões emocionais, cognitivas e sociais das pacientes, reconhecendo a complexidade e a variabilidade clínica da doença. Nesse contexto, a atuação fisioterapêutica se destaca por sua capacidade de adaptação às necessidades individuais, contribuindo para intervenções mais eficazes e centradas no paciente.

Ressalta-se, ainda, a necessidade de fortalecimento das políticas públicas de saúde, com ampliação do acesso aos serviços especializados, principalmente no âmbito da reabilitação neurológica, a fim de reduzir desigualdades e garantir assistência adequada e contínua. Por fim, espera-se que este tudo contribua para a valorização da Fisioterapia no manejo da Esclerose Múltipla e estimule a realização de novas pesquisas que aprofundem a compreensão sobre seus impactos na funcionalidade e na qualidade de vida dessa população.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. S. et al. Fadiga em pacientes com esclerose múltipla: impactos na qualidade de vida. **Revista Neurociências**, v. 32, n. 1, p. 45-52, 2024.

ANDRADE, V.; SEABRA, M.; RAMOS, I. Correlação entre fadiga e desempenho ocupacional de indivíduos com esclerose múltipla. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 23, n. 4, p. 795-802, 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESCLEROSE MÚLTIPLA. **O que é esclerose múltipla (EM)**. 2012. Disponível em: https://abem.org.br/esclerose-multipla/o-que-e-esclerose-multipla/. Acesso em: 31 mar. 2026.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE ESCLEROSE MÚLTIPLA (ANEM). **A esclerose múltipla em detalhes**. 2023. Disponível em: https://www.anem.life/. Acesso em: 31 mar. 2026.

BARBOSA, L. M. et al. Reabilitação fisioterapêutica em indivíduos com esclerose múltipla: revisão integrativa. **Revista Saúde Funcional**, v. 10, n. 2, p. 88-97, 2023.

CARDOSO, F. A. G. Atuação fisioterapêutica na esclerose múltipla forma recorrente-remitente. **Revista Movimenta**, v. 3, n. 2, 2010.

CARVALHO, M. E. et al. Qualidade de vida em pacientes com esclerose múltipla: uma abordagem multidimensional. **Revista Brasileira de Neurologia**, v. 57, n. 3, p. 210-218, 2021.

COSTA, F. A. et al. Fadiga e capacidade funcional em pacientes com esclerose múltipla. **Journal of Neurology Studies**, v. 15, n. 2, p. 120-128, 2021.

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

FILIPPI, M. et al. Multiple sclerosis. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 7, n. 1, p. 1-27, 2021.

GOMES, A. P. et al. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com doenças neurológicas utilizando o WHOQOL-BREF. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 15, n. 1, p. 33-41, 2022.

LIMA, G. O. S. et al. Avaliação da qualidade de vida e capacidade física de pacientes com esclerose múltipla. **Jornal de Ciências Biomédicas e Saúde**, v. 2, n. 1, p. 25-32, 2016.

LIMA, P. R. et al. Qualidade de vida em doenças neurológicas crônicas: uma revisão sistemática. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, v. 4, n. 2, p. 77-85, 2023.

MACHADO, R. et al. **Esclerose múltipla e diferentes escores da escala expandida do estado de incapacidade (EDSS): funções executivas e qualidade de vida**. 2021. Disponível online.

MARTINS, D. S. et al. Intervenções multidisciplinares na esclerose múltipla: impacto na funcionalidade e qualidade de vida. **Revista de Reabilitação em Saúde**, v. 8, n. 1, p. 15-24, 2024.

McDONALD, W. I. et al. Recommended diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines from the international panel on the diagnosis of multiple sclerosis. **Annals of Neurology**, v. 50, p. 121-127, 2001.

MOTL, R. W.; SANDROFF, B. M. Benefits of exercise training in multiple sclerosis. **Current Neurology and Neuroscience Reports**, v. 22, n. 4, p. 1-9, 2022.

MOURA, E. L. et al. Os benefícios da cinesioterapia no tratamento da esclerose múltipla: revisão de literatura. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n. 5, 2023.

NIELSEN, M. et al. Análise da qualidade de vida em pacientes com esclerose múltipla. **Salus Journal of Health Sciences**, v. 3, n. 2, 2017.

OBERG, L. M. C. Q. **Significando a vivência das pessoas com doença autoimune do sistema nervoso, na perspectiva das demandas de cuidado: contribuições para a**

enfermagem e para a saúde integral. 2018. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

OLIVEIRA, R. S. et al. Efeitos da fisioterapia na mobilidade de pacientes com esclerose múltipla. **Revista Fisioterapia Atual**, v. 9, n. 3, p. 55-63, 2022.

PÁDUA, G. S. Q. et al. O tratamento fisioterapêutico na melhora do equilíbrio em pacientes com esclerose múltipla. **Revista Científica do Centro Universitário de Jales (REUNI)**, v. 8, p. 100-113, 2017.

PEREIRA, S. L. et al. Distribuição epidemiológica da esclerose múltipla no Brasil: revisão integrativa. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, p. 1-10, 2021.

ROCHA, T. A. et al. Perfil clínico e funcional de pacientes com esclerose múltipla. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 80, n. 2, p. 101-110, 2023.

ROPPER, A. H.; VICTOR, M. **Adams and Victor's principles of neurology**. 7. ed. New York: McGraw-Hill, 2001.

SANTOS, L. F. et al. Formas clínicas da esclerose múltipla: revisão narrativa. **Revista Neurológica Brasileira**, v. 59, n. 1, p. 25-34, 2022.

SOUZA, P. R. et al. Fisioterapia motora na esclerose múltipla: evidências atuais. **Revista Reabilitação e Movimento**, v. 14, n. 2, p. 60-68, 2021.

STADELMANN, C.; BRÜCK, W. Interplay between mechanisms of damage and repair in multiple sclerosis. **Journal of Neurology**, v. 255, supl. 1, p. 12-18, 2008.

UMPHRED, D. A. **Fisioterapia neurológica**. 2. ed. São Paulo: Manole, 1994.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados confirmam que a Esclerose Múltipla exerce repercussões amplas e complexas na vida de mulheres paraibanas, afetando dimensões físicas, emocionais, sociais e ocupacionais. Em contrapartida, evidencia-se que a fisioterapia desempenha papel essencial na reabilitação dessas pacientes, proporcionando melhorias perceptíveis em diferentes esferas do cotidiano.

Destaca-se que o estudo trouxe contribuições relevantes ao possibilitar compreender, sob a perspectiva das próprias mulheres, como a fisioterapia atua na recuperação funcional e na construção de novas formas de viver com a doença. O uso combinado de tabelas descritivas e análise discursiva permitiu captar tanto os aspectos objetivos quanto subjetivos da experiência com a EM, resultando em uma visão mais completa do impacto da reabilitação.

Entre as limitações deste trabalho, ressalta-se o tamanho reduzido da amostra e a dependência de dados autorreferidos, fatores que restringem a generalização dos resultados. Ainda assim, o estudo oferece informações valiosas para profissionais de saúde, especialmente fisioterapeutas, ao revelar necessidades reais, desafios cotidianos e expectativas das mulheres com EM, contribuindo para a elaboração de planos terapêuticos mais humanizados, eficientes e alinhados às vivências dessas pacientes.

Sugere-se que pesquisas futuras ampliem o número de participantes, incluam instrumentos padronizados de avaliação funcional e investiguem comparativamente diferentes modalidades de intervenção fisioterapêutica. Estudos longitudinais também seriam úteis para identificar a evolução funcional dessas mulheres ao longo do tempo e os impactos acumulados da fisioterapia na progressão da doença.

Conclui-se, portanto, que a fisioterapia não apenas ameniza sintomas e limitações físicas, mas contribui significativamente para a reconstrução da autonomia, da autoestima e da qualidade de vida de mulheres com Esclerose Múltipla. Da mesma forma, reforça-se a importância de políticas públicas e serviços de saúde que garantam acesso contínuo a tratamentos reabilitadores adequados, possibilitando que essas mulheres vivam com mais dignidade, indecência e bem-estar.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. S. et al. Fadiga em pacientes com esclerose múltipla: impactos na qualidade de vida. **Revista Neurociências**, v. 32, n. 1, p. 45-52, 2024.

ANDRADE, V.; SEABRA, M.; RAMOS, I. Correlação entre fadiga e desempenho ocupacional de indivíduos com esclerose múltipla. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 23, n. 4, p. 795–802, 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESCLEROSE MÚLTIPLA. **O que é Esclerose Múltipla (EM)**. 2012. Disponível em: https://abem.org.br/esclerose-multipla/o-que-e-esclerose-multipla/.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE ESCLEROSE MÚLTIPLA (ANEM). **A Esclerose Múltipla em detalhes**. 2023. Disponível em: https://www.anem.life/.

BARBOSA, L. M. et al. Reabilitação fisioterapêutica em indivíduos com esclerose múltipla: revisão integrativa. **Revista Saúde Funcional**, v. 10, n. 2, p. 88-97, 2023.

BICHUETTI, D.; BASTITELLA, G. N. R. **Amerepam: manual de neurologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Roca, 2018. E-book. p. 381. ISBN 9788527734561.

CARDOSO, F. A. G. Atuação fisioterapêutica na esclerose múltipla forma recorrente-remitente. **Revista Movimenta**, v. 3, n. 2, 2010.

CARVALHO, M. E. et al. Qualidade de vida em pacientes com esclerose múltipla: uma abordagem multidimensional. **Revista Brasileira de Neurologia**, v. 57, n. 3, p. 210-218, 2021.

COSTA, F. A. et al. Fadiga e capacidade funcional em pacientes com esclerose múltipla. **Journal of Neurology Studies**, v. 15, n. 2, p. 120-128, 2021.

FILIPPI, M. et al. Multiple sclerosis. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 7, n. 1, p. 1-27, 2021.

FREEDMAN, M. S. Bone marrow transplantation: does it stop MS progression? **Journal of the Neurological Sciences**, v. 259, p. 85-89, 2007.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 7ª. ed. São Paulo: Atlas, 2022.

GOMES, A. P. et al. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com doenças neurológicas utilizando o WHOQOL-BREF. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 15, n. 1, p. 33-41, 2022.

IMITOLA, J.; CHITNIS, T.; KHOURY, S. J. Insights into the molecular pathogenesis in the pathogenesis of progression in multiple sclerosis: potential implications for future therapies. **Archives of Neurology**, v. 63, p. 25-32, 2006.

LIMA, G. O. S.; PAULA, P. C.; ABDALLA, D. R.; ABRAHÃO, D. P. S.; CARVALHO, E. E. V.; AMUI, S. B. Avaliação da qualidade de vida e capacidade física de pacientes com esclerose múltipla. **Jornal de Ciências Biomédicas e Saúde**, v. 2, n. 1, p. 25–32, 2016.

LIMA, P. R. et al. Qualidade de vida em doenças neurológicas crônicas: uma revisão sistemática. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, v. 4, n. 2, p. 77-85, 2023.

MACHADO, R.; ALMEIDA, R.; PERLA, A.; SCHEFFER, M. **Esclerose múltipla e diferentes escores da escala expandida do estado de incapacidades (EDSS): funções executivas e qualidade de vida**. 2021.

MARTINS, D. S. et al. Intervenções multidisciplinares na esclerose múltipla: impacto na funcionalidade e qualidade de vida. **Revista de Reabilitação em Saúde**, v. 8, n. 1, p. 15-24, 2024.

MATTAR, J.; RAMOS, D. K. **Metodologia da Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas, Quantitativas e Mistas.** 1ª Ed. - São Paulo: Edições 70, 2021.

McDONALD, W. I. et al. **Recommended diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines from the international panel on the diagnosis of multiple sclerosis. Annals of Neurology**, v. 50, p. 121-127, 2001.

MOTL, R. W.; SANDROFF, B. M. **Benefits of exercise training in multiple sclerosis. Current Neurology and Neuroscience Reports**, v. 22, n. 4, p. 1-9, 2022.

MOURA, E. L. et al. Os benefícios da cinesioterapia no tratamento da esclerose múltipla: revisão de literatura. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n. 5, 2023.

NIELSEN, M.; FERREIRA, G.; MAROTTO, L.; FERREIRA, N. Análise da qualidade de vida em pacientes com esclerose múltipla. **Salus Journal of Health Sciences**, v. 3, n. 2, 2017.

OBERG, L. M. C. Q. **Significando a vivência das pessoas com doença autoimune do sistema nervoso, na perspectiva das demandas de cuidado: contribuições para a enfermagem e para a saúde integral**. 2018. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro.

OLIVEIRA, R. S. et al. Efeitos da fisioterapia na mobilidade de pacientes com esclerose múltipla. **Revista Fisioterapia Atual**, v. 9, n. 3, p. 55-63, 2022.

PÁDUA, G. S. Q. et al. O tratamento fisioterapêutico na melhora do equilíbrio em pacientes com esclerose múltipla. **Revista Científica do Centro Universitário de Jales (REUNI)**, v. 8, p. 100–113, 2017.

PEREIRA, S. L. et al. Distribuição epidemiológica da esclerose múltipla no Brasil: revisão integrativa. **Revista de Saúde Pública,** v. 55, p. 1-10, 2021.

RAINE, C. S.; McFARLAND, F. H. **Multiple sclerosis: a comprehensive text**. Philadelphia: Elsevier, 2008.

ROCHA, T. A. et al. Perfil clínico e funcional de pacientes com esclerose múltipla. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 80, n. 2, p. 101-110, 2023.

ROPPER, A. H.; VICTOR, M. **Adams and Victor's principles of neurology**. 7. ed. New York: McGraw-Hill, 2001.

SANTOS, L. F. et al. Formas clínicas da esclerose múltipla: revisão narrativa. **Revista Neurológica Brasileira**, v. 59, n. 1, p. 25-34, 2022.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE ESCLEROSE MÚLTIPLA. **Manual de apoio à vida com esclerose múltipla**. 2017.

SOUZA, P. R. et al. Fisioterapia motora na esclerose múltipla: evidências atuais. **Revista Reabilitação e Movimento**, v. 14, n. 2, p. 60-68, 2021.

STADELMANN, C.; BRÜCK, W. Interplay between mechanisms of damage and repair in multiple sclerosis. **Journal of Neurology**, v. 255, supl. 1, p. 12-18, 2008.

THALER, A. I.; THALER, M. S. **Neurologia essencial**. Porto Alegre: ArtMed, 2023. E-book. p. 233-235. ISBN 9786558821434.

UMPHRED, D. A. **Fisioterapia neurológica**. 2. ed. São Paulo: Manole, 1994.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome da Pesquisa: O impacto da Fisioterapia na qualidade de vida de mulheres com Esclerose Múltipla na Paraíba.
Pesquisadores responsáveis: Célio Diniz Machado Neto, Giglielli Modesto Rodrigues Santos e Mariana Oliveira Lucio Rodrigues.

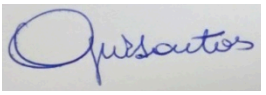
Informações sobre a pesquisa:

Você está sendo convidado/a para participar de um estudo, cujo título é: O IMPACTO DA FISIOTERAPIA NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA NA PARAÍBA, tendo como objetivo analisar o impacto da Fisioterapia na qualidade de vida de mulheres com Esclerose Múltipla na Paraíba, apresentar os dados sócio-demográficos dos voluntários da pesquisa, descrever as principais manifestações neurológicas e musculoesqueléticas, identificar os principais benefícios da intervenção fisioterapêutica nas funções das mulheres com EM e analisar a qualidade de vida das participantes**.** Para conseguirmos realizar o estudo será necessária a sua participação em um questionário. Diante do ponto de vista social e institucional, essa pesquisa servirá para compreender de maneira mais aprofundada como a Fisioterapia influencia a qualidade de vida de mulheres diagnosticadas com Esclerose Múltipla na Paraíba, os dados obtidos poderão oferecer subsídios relevantes para a prática clínica, contribuindo com estratégias terapêuticas mais eficazes e adaptadas às necessidades desse público. Além disso, os resultados esperados poderão fomentar discussões acadêmicas e políticas públicas voltadas ao cuidado humanizado, ampliando a visibilidade sobre a importância da atuação fisioterapêutica em doenças neurológicas crônicas. Quanto aos riscos de participação nesta pesquisa, destacamos que os riscos envolvidos são considerados mínimos a pequenos, principalmente de natureza emocional e psicológica, como eventual desconforto ao responder perguntas relacionadas à condição de saúde e qualidade de vida, não tendo exposição a riscos físicos ou intervenções clínicas durante o estudo. Em alguns casos, o preenchimento do formulário pode provocar leve desconforto emocional, especialmente ao recordar experiências associadas à Esclerose Múltipla, contudo não se prevê risco moderado ou elevado à integridade dos participantes. Para minimizar esses riscos, o questionário foi elaborado com linguagem clara, respeitosa e acessível, e o participante poderá interromper sua participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Destacamos que as informações coletadas serão utilizadas unicamente para fins científicos, por tanto, serão garantidos o absoluto sigilo e confidencialidade diante das informações que nos forem repassadas. O participante manifestará, através deste termo, o seu consentimento livre e esclarecido, cuja assinatura deverá ser feita em duas vias, sendo uma sua e outra do pesquisador.

O estudo proposto terá como benefícios a ampliação do conhecimento sobre o impacto da fisioterapia na qualidade de vida de mulheres com Esclerose Múltipla na Paraíba, contribuindo para o desenvolvimento de práticas clínicas mais eficazes e direcionadas às necessidades desse grupo. Além disso, os resultados poderão subsidiar futuras pesquisas e políticas de saúde, visando a melhoria do atendimento e do bem-estar dessas pacientes. Os participantes, ao colaborarem com a pesquisa, estarão contribuindo para o avanço científico e social na área da saúde neurológica, sem que haja qualquer prejuízo à sua integridade ou privacidade.

Na condição de participante, você está livre para negar-se a realizar ações que não considere convenientes e, até mesmo, abandonar o estudo a qualquer momento, em conformidade com a resolução 510/2016, que em seu Capítulo III, Artigo 9º.

Você também terá direito a manter contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos– Paraíba (Rua Horácio Nóbrega, S/N – Belo Horizonte – Patos – Paraíba) através do telefone 083.3421.7300 – ramal 276 ou pelo e-mail cep@UNIFIPonline.edu.br e com a pesquisadora responsável: Giglielli Modesto Rodrigues Santos, Cel: (83) 99662-4799, e-mail: gigliellisantos@fiponline.edu.br



Pesquisador responsável

Contato com o/a Pesquisador/a responsável:
Rua Horácio Nóbrega, S/N – Belo Horizonte – Patos – Paraíba
(83) 9 96553363
marianarodriguesfisio.contato@gmail.com

Eu, _____, portador de RG: _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, concordo em participar da pesquisa, pois estou ciente de que terei de acordo com a Resolução 510/2016 - Cap. III – Artigo 9º todos os meus direitos abaixo relacionados:

7 Ser informado sobre a pesquisa;
8 Desistir a qualquer momento de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo;
9 Ter sua privacidade respeitada;
10 Ter garantida a confidencialidade das informações pessoais;
11 Decidir se sua identidade será divulgada e quais são, dentre as informações que forneceu, as que podem ser tratadas de forma pública;
12 Ser indenizado pelo dano recorrente da pesquisa, nos termos da Lei; e
13 O ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

Patos, _____de _____ de _____.

_____

Assinatura do entrevistado

APÊNDICE B - Termo de Compromisso do Pesquisador

Título do projeto: **O impacto da Fisioterapia na Qualidade de Vida de mulheres com Esclerose Múltipla na Paraíba.**

Pesquisador responsável: Mariana Oliveira Lucio Rodrigues

Instituição: Associação Paraibana de Esclerose Múltipla

Telefone para contato: (83) 9 96553363

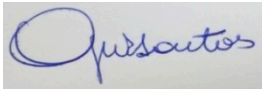
Local da coleta de dados: Grupo de Whatsapp

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos da pesquisa cujos dados serão coletados em questionário. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas em poder do pesquisador por um período de 5 anos sob a responsabilidade da Mariana Oliveira Lucio Rodrigues.

Patos, ____ de _____ de _____

Mariana Oliveira Lo. Rodrigues

Nome e assinatura do acadêmico



Nome e assinatura do orientador

APÊNDICE C – Instrumento de Coleta de Dados

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. In the event of any inconsistency between the English and the translated version, the original English version shall be the binding and authentic version.

Instruções

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 o 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 fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
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 sentia 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 atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
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 freqüência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que freqüência 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?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Avaliação dos resultados:

Inicialmente, faça a recodificação dos itens 3, 4 e 26, ou seja, se 1 = 5, se 2 = 4, se 3 = 3, se 4 = 2, se 5 =1.

Os escores dos domínios para o WHOQOL-bref são calculados multiplicando-se por quatro a média de todos os itens incluídos no domínio. Posteriormente, para calcular o escore por domínio baseado em uma escala de 0 a 100 deve-se:

Domínio Físico (DF) = ((soma q3 ; q4 ; q10 ; q15 ; q16 ; q17 ; q18)/7 · 4) – 4) · 100/16

Domínio Relações Sociais (DRS) = ((soma q5 ; q6 ; q7 ; q11 ; q19 ; q26)/6 · 4) – 4) · 100/16

Domínio Psicológico (DP) = ((soma q20 ; q21 ; q22)/3 · 4) – 4) · 100/16

Domínio Meio Ambiente (DMA) = ((soma q8 ; q9 ; q12 ; q13 ; q14 ; q23 ; q24 ; q25)/8 · 4) – 4) · 100/16

A avaliação dos resultados é transformada numa escala de zero a 100, onde zero corresponde a uma pior qualidade de vida, e 100, a uma melhor qualidade de vida. Cada domínio é analisado separadamente.

Referências

Fleck, M. P. A.; Leal, O. F.; Louzada, S.; Xavier, M.; Chachamovich, E.; Vieira, G. 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, 2000.

The Whoqol Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, v. 28, p. 551-558, 1998.

Resultados do idoso

Domínio	Resultado (zero a 100)
Físico (DF)	
Relações Sociais (DRS)	
Psicológico (DP)	
Meio Ambiente (DMA)	

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Autorização Institucional

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Eu, SUZANA PEREIRA CONÇALVES,
presidente da Associação Paraibana de Esclerose Múltipla (APBEM), venho por meio deste autorizar o desenvolvimento da referida instituição da pesquisa intitulada "**O impacto da Fisioterapia na Qualidade de Vida de mulheres com Esclerose Múltipla na Paraíba**", sob responsabilidade da aluna Mariana Oliveira Lucio Rodrigues e orientadora Giglielli Modesto Rodrigues Santos, como requisito para a conclusão do curso de Fisioterapia do Centro Universitário de Patos UNIFIP. Declaro, também, que não recebi ou receberei qualquer tipo de pagamento por esta autorização, bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento.

João Pessoa-PB, 09 de junho de 2025.



Responsável Institucional

ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS - UNIFIP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O IMPACTO DA FISIOTERAPIA NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA NA PARAÍBA
Pesquisador: Giglielli Modesto Rodrigues
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 89671825.5.0000.5181
Instituição Proponente: CENTRO EDUCACIONAL DE ENSINO SUPERIOR DE PATOS LTDA
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.811.277

Apresentação do Projeto:
De acordo com dados apresentados pela proponente do estudo, verifica-se: "O presente estudo trata-se de uma pesquisa de campo exploratória e descritiva
com abordagem quantitativa a ser realizada no Formulários Google.
A pesquisa exploratória tem como finalidade a construção de conhecimentos
iniciais sobre assuntos de natureza complexa e dinâmica, sendo realizada por meio
de revisão bibliográfica, entrevistas e interpretação de informações (Gonsalves, 2001).
A pesquisa de natureza descritiva tem como objetivo examinar atributos
específicos de determinados grupos sociais (como faixa etária, sexo e nível de
escolaridade), sendo amplamente empregada em contextos educacionais e sociais,
com a finalidade de compreender a realidade vivenciada pelas comunidades (Triviños,
2011; Gil, 2010).
Segundo Mussi et. al (2019), a pesquisa quantitativa fundamenta-se na
quantificação de variáveis por meio de informações numéricas consistentes e
padronizadas, priorizando a imparcialidade e a minimização de interpretações
subjetivas. A população será formada por mulheres com Esclerose Múltipla na Paraíba e
a amostragem será constituída pelos 200 voluntários que aceitarem fazer parte da
pesquisa, considerando critério de acessibilidade.Como critérios de inclusão dos voluntários na pesquisa será necessário como

pré-requisito, ser do sexo feminino, apresentarem a patologia em estudo, residir na
Paraíba e terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Quanto aos critérios de exclusão serão considerados indivíduos que afecções
que o impossibilitem de realizar o questionário, que possuam diagnóstico incerto ou
não confirmado. A coleta de dados dar-se-á com a aplicação de questionários com os habitantes da Paraíba, contendo 26 perguntas. O WHOQOL-BREF trata-se de um questionário que visa avaliar a qualidade de vida de um indivíduo em diferentes domínios, que cobrem os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Como análise opinativa, os dados da amostra serão analisados, tabulados e graficados utilizando o software Microsoft Excel. A realização deste estudo considerará a Resolução n° 510/16 do Conselho
Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos
direta ou indiretamente, assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito da
pesquisa será preservada. Este projeto será submetido ao Comitê de Ética em
Pesquisa do Centro Universitário de Patos. Após a concessão de sua aprovação,
todos os sujeitos envolvidos na pesquisa assinarão ao TCLE, que será impresso em
duas vias, uma para o pesquisado e outra para o pesquisador ou todos sujeitos
assinalarão o item aceito a participar da pesquisa para conseguir ter acesso ao
questionário . A preservação da privacidade dos sujeitos será garantida por meio do
Termo de Compromisso do Pesquisador."

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário:
Analisar o impacto da Fisioterapia na qualidade de vida de mulheres com Esclerose Múltipla na Paraíba.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS
¿ Apresentar os dados sócio-demográficos dos voluntários da pesquisa.¿ Descrever as principais manifestações neurológicas e
musculoesqueléticas.¿ Identificar os principais benefícios da intervenção fisioterapêutica nas funções das mulheres com EM;¿ Analisar a
qualidade de vida das participantes

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Riscos
Admite-se nesta pesquisa alguns riscos mínimos oferecidos aos voluntários,
como: possibilidade de constrangimento ao responder o questionário; desconforto;

medo; vergonha; cansaço. No entanto, teremos muito cuidado na elaboração do
conteúdo e no modo de aplicação do questionário, deixarei o entrevistado o mais à
vontade possível, para que ele se sinta confortável e não se sinta em nenhum
momento coagido, farei tudo que for possível para manter o sigilo prometido e
esclarecer os benefícios e a importância desta pesquisa.

Benefícios
Os benefícios da presente pesquisa se sobressaem aos riscos, a curto prazo,
já observaremos: o aumento do conhecimento sobre os hábitos e comportamentos no
dia-a-dia dos acometidos pela EM na Paraíba; satisfação de saber que as informações
fornecidas poderá ajudar outras pessoas com problemas semelhantes; estímulo à
reflexão sobre o cuidado fisioterapêutico, podendo influenciar futuras abordagens
profissionais; possibilidade de contribuir para melhorias nas políticas públicas de
saúde e atenção fisioterapêutica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Verifica-se direcionamento metodológico adequado à realização de um trabalho com relevância acadêmica, científica e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Apresentam-se de acordo com os termos previstos pela NORMA OPERACIONAL 001/2013.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Favorável à realização do trabalho.

Considerações Finais a critério do CEP:
Com base nos parâmetros estabelecidos pelas RESOLUÇÕES 466/2012, 510/2016 e 580/2018 do CNS/MS regulamentando os aspectos relacionados a ÉTICA ENVOLVENDO ESTUDOS COM/EM SERES HUMANOS, o Comitê de Ética em Pesquisa Centro Universitário de Patos/UNIFIP considera que o protocolo em questão está devidamente APROVADO para sua execução.
Este documento tem validade de CERTIDÃO DE APROVAÇÃO para coleta dos dados propostos ao estudo.
O RELATÓRIO FINAL deve ser encaminhado ao CEP/UNIFIP em até 60 dias após a conclusão do estudo.
Destacamos que a CERTIDÃO PARA PUBLICAÇÃO só será emitida após o seu envio, através do sistema Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2579448.pdf	29/08/2025 15:09:40		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC_MARIANA_OLIVEIRA.pdf	29/08/2025 15:09:21	Giglielli Modesto Rodrigues	Aceito
Outros	TERMO_AUTORIZACAO_INSTITUCIONAL.pdf	29/08/2025 15:08:47	Giglielli Modesto Rodrigues	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_IMPACTO.pdf	14/06/2025 13:24:38	Giglielli Modesto Rodrigues	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_INSTITUCIONAL.pdf	10/06/2025 10:02:56	Giglielli Modesto Rodrigues	Aceito
Declaração de Pesquisadores	COMPROMISSO_PESQUISADOR.pdf	10/06/2025 10:02:48	Giglielli Modesto Rodrigues	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/06/2025 10:02:34	Giglielli Modesto Rodrigues	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	10/06/2025 10:02:07	Giglielli Modesto Rodrigues	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	10/06/2025 10:01:58	Giglielli Modesto Rodrigues	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

PATOS, 01 de Setembro de 2025

Assinado por:
Flaubert Paiva
(Coordenador(a))

ANEXO C – Normas da revista a ser submetido o artigo científico

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

- Insira no sistema todos os autores do artigo. Não será permitido adicionar autores após a submissão nem ao longo do processo de revisão ou edição do artigo.
- Certificar-se da originalidade e ineditismo da submissão, ou seja, o trabalho não pode ter sido publicado anteriormente e/ ou ser submetido simultaneamente a outro periódico;
- O trabalho está alinhado às áreas temáticas e ao escopo da revista;
- O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos nos Critérios para publicação.

Critérios para publicação:

1. O corpo do texto. Os textos devem ter no máximo 6 (seis) autores, fonte Times New Roman 12, justificado e espaçamento 1,5. Recuo de parágrafo no texto de 1,25 cm. As margens devem ter 2,5 cm à direita, esquerda, superior e inferior. Deixar uma linha em branco antes de um subtítulo (tamanho 12, espaçamento 1,5). O subtítulo deve estar em negrito e sem recuo.

Artigos originais, de revisão e relatos de experiência devem ter uma extensão mínima de 10 (dez) e máxima de 20 (vinte) páginas. Devem ter no máximo 6 (seis) autores.

As citações diretas longas, com mais de três linhas, devem estar em parágrafo destacado do texto, com recuo de 4 cm da margem esquerda, alinhamento justificado, em espaço simples entre linhas, espaçamento antes e depois 10, fonte Times New Roman, tamanho 10 sem aspas e sem itálico, seguida da autoria entre parênteses (Sobrenome do autor, ano, página (com espaço entre o ponto e o número da página), com ponto final depois dos parênteses.

As citações diretas, no texto, de até três linhas, devem ser contidas entre “aspas” duplas e incorporadas ao texto, sem itálico (ou qualquer outro destaque), seguidas da autoria entre parênteses (Sobrenome do autor, ano, página (com espaço entre o ponto e o número da página)).

Caso a identificação do autor seja feita no “corpo do texto”, usa-se, por exemplo: Para Autor1 e Autor2 (2000, p. 43), “[...] os estudantes ...”.

A citação indireta é uma construção textual feita a partir da ideia ou da opinião de um autor em uma obra que foi consultada. Nesse caso, a indicação da página consultada é opcional, mas o ano de publicação da obra é obrigatório e deve estar entre parênteses.

Quando a citação indireta é feita no corpo do texto somente a primeira letra do sobrenome dos autores em maiúscula, com o ano entre parênteses; sem colocar o número de página, por exemplo: na opinião de Autor1 e Autor2 (2000) [...].

Nunca termine uma seção com citação longa. Procure continuar com o texto de forma a estabelecer uma ligação com o item/seção seguinte.

A paginação deverá ser no lado superior direito, com a página capitular sem numeração.

2. Os artigos científicos deverão conter: Título centralizado a direita, nos idiomas: Português, Inglês e espanhol, seguindo esse mesmo critério, o Resumo, no qual deverá conter parágrafo único (100-800 palavras); espaço simples e justificado. Palavras-chave (três a cinco); Abstract: Keywords; Introdução com Revisão de Literatura; Material e Métodos; Resultados e Discussão; Considerações finais e Referências. Se necessário, fazer nota de rodapé junto ao título com Agradecimento (s), Apoios e outras Fontes Financiadoras (quando houver).

3. Os nomes dos(as) autores(as) deverão ser colocados por extenso (fonte 12), à direita logo abaixo do título, seguidos da *Formação Principal. IES. E-mail. Orcid.*

4. Logo em seguinda abaixo dos nomes dos autores, onde tem: Autor correspondente: Nome do autor e e-mail. Colocar nesse campo o nome do autor que fez o envio do artigo, com o respectivo e-mail para contato.

Tipos de documentos aceitos para publicação

A Revista COOPEX aceita para publicação:

- Artigos de Revisão Sistemática, Estudos de caso e Revisão Bibliométrica;
- Resumos Simples e Resumos Expandidos.

Critérios a serem considerados para avaliação:

- Qualidade da redação e domínio da língua;
- Qualidade no conteúdo apresentado: clareza na exposição das ideias, articulação entre as proposições, explicações claras para o leitor;
- Referencial teórico-conceitual: deve refletir o conhecimento na área determinada e ser atualizada;
- Estrutura do texto: deve conter introdução/apresentação; *f*undamentação teórica e desenvolvimento; discussão; resultados/considerações finais;
- Tema: deve ser relevante e pertinente ao contexto abordado, ao momento e à pesquisa desenvolvida;
- Avaliação preliminar pelo Conselho Editorial, o qual será examinado a adequação do trabalho, à linha editorial da revista, e a área temática;
- Deverá ser analisada a Revisão gramatical e ortográfica, bem como bibliográfica.