# UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

### **ALINE FERREIRA PLACERES**

A relação entre ansiedade e depressão e a perda dos papéis ocupacionais de pacientes com lesão medular

#### ALINE FERREIRA PLACERES

A relação entre ansiedade e depressão e a perda dos papéis ocupacionais de pacientes com lesão medular

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Promoção de Saúde Mental

Orientadora: Profa. Dra. Regina Célia Fiorati

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

#### Ferreira Placeres, Aline

A relação entre ansiedade e depressão e a perda dos papéis ocupacionais de pacientes com lesão medular. Ribeirão Preto, 2018.

153 p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Profa. Dra. Regina Célia Fiorati.

1. Ansiedade. 2. Depressão. 3.Traumatismos da Medula Espinal. 4.Desempenho de Papéis. 5.Terapia Ocupacional.

#### FERREIRA PLACERES, Aline

A relação entre ansiedade e depressão e a perda dos papéis ocupacionais de pacientes com lesão medular

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovada em//	
	Comissão Julgadora
Prof. Dr	
Prof. Dr.	
Instituição:	
Prof. Dr	
Instituição:	

# AGRADECIMENTOS

Aos meus **pais**, por terem me dado todo amor, apoio e cuidado, além de suporte emocional e financeiro desde o início de meus estudos.

Às minhas irmãs, por estarem sempre comigo em todos os momentos.

À Mariane, por nunca medir esforços para colaborar com toda a família.

Ao Rodrigo, pela compreensão, paciência e parceria.

Aos meus avós, pelo incentivo e auxílio em todos os momentos em que precisei.

À Profa. Dra. Regina Célia Fiorati, pelo aprendizado, orientações e colaboração.

À Dra. Miyeko Hayashida, pela atenção, paciência e dedicação com a análise estatística.

À Equipe do SAD, pela autorização para a coleta de dados e por toda a colaboração.

#### **RESUMO**

PLACERES, A.F. A relação entre ansiedade e depressão e a perda dos papéis ocupacionais de pacientes com lesão medular. 2018. 153p. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

O estudo objetivou analisar sintomas ansiedade e depressão em pacientes com lesão medular e investigar sua correlação com a incidência da perda dos papéis ocupacionais, bem como as estratégias adotadas por profissionais da saúde para a promoção de saúde mental a essa população. Trata-se de um estudo correlacional de corte transversal, com abordagem predominantemente quantitativa, sendo uma etapa qualitativa. Para a coleta de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos: Ficha de Identificação; Inventário de Depressão de Beck (IDB); Inventário de Ansiedade Traco-Estado (IDATE): Critério de Classificação Econômica do Brasil (CCEB): Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais (LIPO); e entrevistas semiestruturadas com profissionais do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD). Participaram do estudo 30 pacientes com lesão medular traumática atendidos no referido serviço, de ambos os sexos, entre 19 anos e 72 anos de idade, e 10 profissionais da saúde do SAD. Para a análise estatística da etapa quantitativa, utilizou-se o programa IBM SPSS Statistic versão 25, e na etapa qualitativa, a Análise de Conteúdo de Bardin. Os resultados identificaram média de escores de sintomas de ansiedade média e depressão leve/moderada entre os participantes, sendo que a variável significantemente associada à depressão foi apenas o estado civil; já a variável associada à ansiedadeestado foi o apoio familiar, e à ansiedade-traco, as atividades de autocuidado. Os papéis que sofreram mais perdas foram os de trabalhador e passatempo/amador, e aqueles considerados menos importantes, de estudante e participação em organizações. Importância maior foi atribuída pelos participantes aos papéis de membro da família, amigo, trabalhador e religioso, sendo os dois primeiros os mais desempenhados no passado, presente e com pretensão no futuro. Identificou-se relação entre ansiedade e depressão e perdas de papéis ocupacionais, de modo que aqueles que vivenciaram mais perdas apresentaram mais sintomas de ansiedade e depressão, e aqueles que continuaram exercendo mais papéis após a lesão apresentaram menos sintomas de ansiedade e depressão. Os resultados da etapa qualitativa e referentes às entrevistas com os profissionais evidenciaram a construção de sete categorias analíticas e 12 categorias empíricas. A análise das categorias permitiu verificar que as estratégias adotadas pelos profissionais de saúde para a promoção de saúde mental a essa população ainda se encontram limitadas, dada a ausência de serviços especializados e o difícil encaminhamento para profissionais da área. Além disso, a falta de posturas sociais mais benevolentes para com essa população acentua a dificuldade de assegurar acessibilidade e oportunidades mais igualitárias a essas pessoas. Considera-se necessário conferir maior atenção à associação de doenças físicas a quadros psiquiátricos, visto que perder ou resgatar um papel desempenhado anteriormente pode não estar relacionado apenas à disfunção física, mas também a um quadro psíquico.

**Descritores:** Ansiedade; Depressão; Saúde Mental; Estresse Psicológico; Desempenho de Papéis; Traumatismos da Medula Espinal; Terapia Ocupacional.

#### **ABSTRACT**

PLACERES, A.F. The relation between anxiety and depression and the loss of the occupational roles of patients with spinal cord injury. 2018. 153 p. Dissertation (Masters)- University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2017.

The study's aim was to analyze anxiety and depression symptoms in patients with spinal cord injury, their correlation with the incidence of the loss of occupational roles and what was the exist strategies of health professionals to promote their mental health. This research is based on the correlation between cross-section and a quantitative approach predominantly, this being a qualitative stage. The instruments used for evaluation were: Identification Card; Beck Depression Inventory (IDB); Trait-State Anxiety Inventory (IDATE); Brazilian Economic Classification Criteria (CCEB); Identification List of the Occupational Roles (LIPO) and semi-structured interview with the of the Home Care Service's professionals (SAD). A total of 30 subjects with traumatic spinal cord injury, had participated, both male and female, aged 19 years and 72 years, attended by SAD, and also 10 health service professionals in the study. For the statistical analysis the quantitative's stage, the IBM SPSS Statistics version 25 program was used, in the qualitative step the Bardin Content Analysis was used. The results has identified a average symptoms of medium anxiety and mild to moderate depression scores among participants, in which the variable significantly associated with depression was related only the marital status; the variable associated with anxiety-state was correlated with family support and the anxiety-trait self-care with activities. The roles who suffered the most losses were the roles of worker and hobbyist /amateur. The roles who was considered less important were student and participation in organizations; the most important roles were family member, friend, worker and religious, the first two were the ones most played in the past, present and as a future ambition. We had identify the connexion between anxiety and depression with occupational roles's loss, in which those who had with more losses they showed more anxiety and depression symptoms and those who continued to have varied roles after the injury presented fewer symptoms of anxiety and depression. According with the results of the qualitative stage, relative to the interviews with the professionals, seven analytical categories were found and 12 empirical categories were deployed. The analysis of the categories has allowed to verify that the strategies for the mental health's promotion in this population are limited yet, since, there are not specialized services and the referencing to area specialty professional is difficult to access, besides, the lack of social attitudes to benefit this population which corroborate the with the difficulty in their accessibility and opportunities. More attention are needed regarding the association of physical diseases with psychiatric conditions, since the loss of a role played or the recovery of it, may not be related only to physical dysfunction, but also to psychic dysfunction.

**Keywords:** Anxiety; Depression; Mental Health; Psychological Stress; Role Performance; Spinal Cord Injuries; Occupational Therapy.

#### **RESUMEN**

PLACERES, A.F. La relación entre ansiedad, depresión y la perdida de los papeles ocupacionales de pacientes con lesión medular. 2018. 153p. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

El estudio tuvo como objetivo analizar síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con lesión medular y su correlación con la incidencia de la pérdida de los papeles ocupacionales y cuáles son las estrategias de los profesionales de la salud para la promoción de la salud mental del mismo. Se trata de un estudio correlacional de corte transversal con abordaje predominantemente cuantitativo siendo una etapa cualitativa. En la evaluación fueron utilizados los instrumentos: Ficha de identificación; Inventario de Depresión de Beck (IDB); Inventario de Ansiedad Trazo-Estado (IDATE); Criterio de Clasificación Económica del Brasil (CCEB); Lista de Identificación de Papeles Ocupacionales (LIPO) y Entrevista semiestructurada con los profesionales del Servicio de Atención Domiciliaria (SAD). En el estudio participaron 30 sujetos con lesión medular traumática, de ambos sexos entre los 19 y 72 años atendidos por el SAD y 10 profesionales de la salud del servicio. Para el análisis estadístico de la etapa cuantitativa se utilizó el programa IBM SPSS Static versión 25, en la etapa cualitativa se utilizó el Análisis de Contenido de Bardin. Los resultados identificaron un promedio de puntuaciones de síntomas de ansiedad media y depresión leve a moderada entre los participantes, donde la variable significante asociada a la depresión fue solo el estado civil; la variable asociada a ansiedad-estado fue el apoyo familiar y la ansiedadtrazo las actividades de autocuidado. Los papeles que sufrieron más pérdidas fueron los papeles de trabajador y pasatiempo-aficionado. Los papeles considerados menos importantes fueron el de estudiante y participación en organizaciones; los papeles considerados más importantes fueron el de miembro de la familia, amigo, trabajador y religioso, siendo los dos primeros los más desempeñados en el pasado, presente y con pretensión en el futuro. Identificamos la relación entre ansiedad, depresión y perdidas de papeles ocupacionales, donde aquellos que mostraron más perdidas exhibieron más síntomas de ansiedad y depresión, por otro lado, aquellos que continuaron ejerciendo más papeles después de la lesión presentaron menos síntomas de ansiedad y depresión. Conforme a los resultados de la etapa cualitativa referente a las entrevistas con los profesionales se encontraron siete categorías analíticas y de ellas se desdoblaron 12 categorías empíricas. El análisis de las categorías permitió verificar que las estrategias en la promoción de la salud mental en esa población todavía se encuentran limitadas, ya que no existen servicios especializados y el encaminamiento para profesionales del área son de difícil acceso, además la falta de actitudes sociales en beneficio de esa población corrobora con la dificultad en la accesibilidad y oportunidades de los mismos. Se hace necesario una mayor atención en relación con la asociación de enfermedades físicas a cuadros psiguiátricos, ya que perder o reanudar un papel desempeñado anteriormente puede no estar relacionado solo con la disfunción física, sino también con el psíquico.

**Descriptores:** Ansiedad; Depresión; Salud Mental; Estrés Psicológico; Desempeño de papeles; Traumatismos de la médula espinal; Terapia ocupacional

# **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1	Classificação dos papéis ocupacionais de acordo com o tempo passado, presente e futuro	35
Quadro 2	Categorias identificadas no estudo	72

# LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos participantes com lesão medular	
Tabela T	cadastrados no SAD de São José do Rio Preto-2017 (n=30)	44
Tabela 2	Análise estatística das variáveis quantitativas (n=30)	48
Tabela 3	Distribuição da frequência e porcentagem dos participantes de acordo com os escores dos sintomas de depressão	49
Tabela 4	Distribuição da frequência e porcentagem dos participantes de acordo com os escores dos sintomas de Ansiedade-Estado	50
Tabela 5	Distribuição e frequência dos participantes de acordo com os escores dos sintomas de Ansiedade-Traço	50
Tabela 6	Valores médios, mediana e desvio-padrão dos escores de sintomas de ansiedade e depressão	51
Tabela 7	Associação das características dos participantes/dados sociodemográficos e sintomas de depressão	52
Tabela 8	Associação das características dos participantes/dados sociodemográficos e sintomas de Ansiedade-Estado	55
Tabela 9	Associação das características dos participantes/dados sociodemográficos e sintomas de Ansiedade –Traço	58
Tabela 10	Distribuição da frequência e porcentagem dos padrões de papéis ocupacionais desempenhados no passado, presente e futuro (n=30)	61
Tabela 11	Média, Mediana e Desvio-padrão dos papéis ocupacionais no passado, presente e futuro (n=30)	62
Tabela 12	Distribuição da frequência e porcentagem total das Perdas, Ganhos e Contínuos (n=30)	63
Tabela 13	Distribuição da frequência e porcentagem dos padrões de papéis, segundo cada papel ocupacional desempenhado no passado, presente e futuro (n=30)	64
Tabela 14	Ordem de classificação dos papéis ocupacionais em relação a perdas, ganhos, contínuo, mudança e ausência	67
Tabela 15	Distribuição da frequência e porcentagem da importância designada a cada papel (n=30)	68

Tabela 16	Correlação entre depressão e papéis ocupacionais	69
Tabela 17	Correlação entre Ansiedade- Estado e Papéis Ocupacionais	70
Tabela 18	Correlação entre ansiedade-Traço e Papéis Ocupacionais	70
Tabela 19	Participantes e respectivos tempos de atuação no serviço	71

#### LISTA DE SIGLAS

AACD Associação de Assistência à Criança Deficiente

ABRATA Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de

**Transtornos Afetivos** 

ARDEF Associação Riopretense dos Deficientes Físicos

AOTA Associação Americana de Terapia Ocupacional

BPC Benefício de Prestação Continuada

CCEB Critério de Classificação Econômica do Brasil

CR Cadeira de Rodas

DASS-21 Escala de Estresse, Ansiedade e Depressão-21

DSM-5 Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-5

EMAD Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar

EMAP Equipe Multiprofissional de Apoio

FAMERP Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

HADS Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

HAM-D Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton

IAB Inventário de Ansiedade de Beck

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDATE Inventário de Ansiedade Traço-Estado

IDB Inventário de Depressão de Beck

IELAR Instituto Espírita Nosso Lar

LIPO Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais

NIR Núcleo Integrado de Reabilitação

OMS Organização Mundial da Saúde

RBC Reabilitação Baseada na Comunidade

PHQ-9 Questionário sobre a Saúde do Paciente-9

SAD Serviço de Atenção Domiciliar

TDM Transtorno de Depressão Maior

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

# SUMÁRIO

1	INTRODUÇAO	12
1.1	Lesão medular	13
1.2	Ansiedade	14
1.3	Depressão	14
1.4	Lesão medular, ansiedade e depressão	15
1.4.1	Lesão medular e depressão: Revisão da Literatura	16
1.5	Papéis ocupacionais	20
1.6	Lesão medular, ansiedade, depressão e papéis ocupacionais	21
1.0	Losdo meddiar, anoledade, depressão e papelo ocupacionalo	21
2.	REFERENCIAL TEORICO	24
2.1	Berto e Barreto	25
۷.۱	Delto e Darreto	20
3.	OBJETIVOS	27
3.1	Objetivo geral	28
3.2	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	28
3.2	Objetivos específicos	20
4.	MATERIAIS E MÉTODO	29
		_
4.1	Delineamento do estudo	30
4.2	Cenário e local do estudo:	32
4.3	Participantes do estudo	33
4.4	Instrumentos de coleta de dados	33
4.5	Etapas do estudo	38
4.6	Análise de dados:	38
4.7	Procedimentos éticos	42
_		
5.	RESULTADOS	43
5.1	Etapa quantitativa: caracterização e apresentação dos dados	
	sociodemográficos	44
5.2	Etapa quantitativa: ansiedade e depressão	49
5.3	Etapa Quantitativa: características dos participantes, depressão	
	e ansiedade	51
5.4	Etapa Quantitativa: papéis ocupacionais	60
5.4.1	Descrição dos padrões segundo cada papel	65
5.5	Etapa Quantitativa: correlação entre depressão, ansiedade e	
	papéis ocupacionais	69
5.6	Etapa Qualitativa: estratégias de promoção de saúde mental	
	para pessoas com lesão medular	70
6	DISCUSSÃO	81
7	CONCLUSÃO	109
	REFERENCIAS	115
	APENDICES	130
	ANEXOS	149

Pessoas com lesão medular geralmente apresentam disfunções motoras e sensitivas que podem levar a mudanças na rotina, perda de papéis ocupacionais assumidos anteriormente ou dificuldade de readaptação à nova forma de vida. Para alguns, tais mudanças contribuem ainda para a diminuição da qualidade de vida, sentimento de impotência, fragilidade nas habilidades de enfrentamento e baixa autoestima, o que pode conduzir a quadros de depressão e ansiedade (BERTO; BARRETO, 2011; DIJKERS, 2005; LASPRILLA et al., 2011).

Diante deste contexto, o presente estudo investigou a relação entre o sofrimento psíquico e as perdas dos papéis ocupacionais desempenhados por pessoas com lesão medular, bem como as estratégias adotadas por profissionais de saúde para a promoção de saúde a essa população.

#### 1.1 Lesão medular

A lesão medular é uma agressão à medula espinhal capaz de causar perda parcial ou total da motricidade voluntária e/ou da sensibilidade, sendo ela tátil, dolorosa ou profunda (BRUZON et al., 2011). Tal lesão pode decorrer de traumas, acidentes automobilísticos, mergulho, acidentes com arma de fogo, queda ou apresentar origem não traumática como hemorragias, tumores e infecções por vírus (CONCEIÇÃO et al., 2010).

A lesão advém da morte dos neurônios da medula, que causa a ruptura da comunicação entre os axônios que se originam no cérebro e suas conexões. O rompimento da comunicação entre o cérebro e as partes do corpo abaixo da lesão determina as diferentes alterações motoras e sensitivas observadas em pessoas com lesão medular (BRUZON et al., 2011)

Ainda que cada indivíduo responda a essa lesão de acordo com sua personalidade e experiência singular, alguns aspectos físicos são comuns, por exemplo, a independência funcional prejudicada, além de algumas complicações secundárias como úlceras por pressão, pneumonia, infecções de urina, trombose venosa profunda, espasticidade e dor (BERTO; BARRETO, 2011; LASPRILLA et al., 2011).

Entre as doenças crônicas atuais, a lesão medular é umas das condições de maior impacto no desenvolvimento humano, pois geralmente demanda diversas

adaptações na vida do sujeito (MURTA; GUIMARÃES, 2007).

#### 1.2 Ansiedade

A ansiedade é um estado emocional que envolve componentes psicológicos e fisiológicos, faz parte das experiências humanas e impulsiona o desempenho cognitivo. No entanto, pode ser patológica, quando desproporcional à situação que a desencadeia, sendo caracterizada como uma condição psicológica individual que acompanha situações de medo, perigo, ameaça ou desafio (LEITE et al., 2016). De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), o medo e a ansiedade são classificados como:

Medo é a resposta emocional à ameaça iminente real ou percebida, enquanto ansiedade é a antecipação de ameaça futura. Obviamente, esses dois estados se sobrepõem, mas também se diferenciam, com o medo sendo com mais frequência associado a períodos de excitabilidade autonômica aumentada, necessária para luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga, e a ansiedade sendo mais frequentemente associada a tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva. Às vezes, o nível de medo ou ansiedade é reduzido por comportamentos constantes de esquiva (p.189)

# 1.3 Depressão

De acordo com o DSM-5, podem ser diagnosticadas com Transtorno Depressivo Maior (TDM) pessoas que apresentam pelo menos cinco dos seguintes sinais, em tempo igual ou superior a duas semanas: humor deprimido na maior parte do dia; acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia; perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta; insônia ou hipersonia quase todos os dias; agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias; fadiga ou perda de energia quase todos os dias; sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada; capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias, e pensamentos recorrentes de morte (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014)

O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave. Em um nível leve, a pessoa apresenta alguns sintomas, mas provavelmente será capaz de realizar a maioria das atividades diárias, enquanto no nível moderado, ela geralmente apresenta mais dificuldades para realizá-las. Já na depressão grave, os sintomas são mais evidentes e angustiantes, geralmente causando perda de autoestima e ideias de depreciação ou culpa. Ideação e atos suicidas são mais frequentes e, em geral, observa-se uma série de sintomas somáticos, podendo ser acompanhados por manifestações psicóticas (CONCEIÇÃO et al., 2010).

# 1.4 Lesão medular, ansiedade e depressão

Cerca de 45% das pessoas com lesão medular adquirida relatam preocupação excessiva, medo ou pânico, o que contribui para um alto risco de desenvolverem distúrbios de ansiedade (LE; DORSTY, 2016).

Encontram-se relatados na literatura quatro instrumentos para avaliar a ansiedade nessa população: Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS), Escala de Estresse Ansiedade e Depressão (DASS-21), Inventário de Ansiedade de Beck (IAB) e Inventário de Ansiedade-Traço/Estado (IDATE) (KOKA et al.; 2014; MIGLIORINI; NEW; TONGE, 2009; KENNEDY; ROGERS, 2000; Al OWESIE et al., 2012; SHIN et al.; 2012a).

A HADS e a DASS-21, diferentemente do IBD e do IDATE, avaliam não apenas os sintomas de ansiedade, pois possuem categorias de respostas para mensurar também sinais de depressão (APÓSTOLO, MENDES, AZEVERO, 2006; GAMA et al., 2008; LANGARO; BENETTI, 2014; MICHOPOULOS et al., 2008). No entanto, alguns estudos que adotaram esses instrumentos para avaliar ansiedade e depressão não apresentaram os resultados em conceitos distintos, por exemplo, o de Shin et al. (2012a), que utilizou o termo sofrimento psíquico para se referir a duas variáveis em seus resultados, e a pesquisa de Ferreira e Guerra (2014), na qual se aplicou apenas a subescala referente à depressão.

Kennedy e Rogers (2000) avaliaram sintomas psíquicos durante a hospitalização de pessoas com lesão medular por dois anos consecutivos e constataram que quanto mais tempo permaneciam hospitalizadas, mais sintomas ansiosos apresentavam. Os autores também concluíram que a ansiedade é prevalente na fase aguda e um pouco antes da alta hospitalar, sendo observada

redução dos sintomas quando o sujeito retorna para a casa (KENNEDY; ROGERS, 2000). January et al. (2014) assinalaram que pessoas com sintomas de ansiedade apresentam maiores chances de hospitalização, e a dor por elas sentida após a lesão foi associada positivamente à ansiedade (Al OWESIE et al., 2012; JANUARY et al., 2014).

Um estudo longitudinal com essa população forneceu um indicador de que pacientes com lesão medular possuem um alto risco de ansiedade ou depressão pósalta, especialmente entre os pacientes mais jovens, em comparação com grupo de outras condições de saúde, e revelaram também que fatores genéticos e ambientais podem estar associados ao desenvolvimento de transtornos de ansiedade (WEI-LIM et al., 2017).

A depressão é um dos problemas psicológicos mais comuns em pessoas com lesão medular, pois compromete a capacidade de participar de atividades e diminui a satisfação com a vida. A probabilidade de haver sintomas depressivos em indivíduos com lesão medular é significativamente maior do que naqueles que não apresentam este comprometimento (KHAZAEIPUR et al., 2015).

#### 1.4.1 Lesão medular e depressão: Revisão da Literatura

Uma vez que as publicações relacionando depressão e lesão medular estão disponíveis em maior número se comparadas a estudos específicos sobre ansiedade nesta população, realizou-se uma revisão prévia da literatura, com o objetivo de identificar os instrumentos utilizados em estudos para avaliar os sintomas de depressão nessa população e quais as taxas percentuais de depressão por eles relatadas. Após a análise, foram incluídos 23 artigos, nos quais foram identificados cinco instrumentos utilizados para avaliar tais sintomas.

O Questionário da Saúde do Paciente-9 (PHQ-9) foi utilizado em 13 (56,5%) artigos, todos em inglês. O Inventário de Depressão de Beck (IDB) foi adotado em quatro (17,4%) estudos, dois deles os únicos realizados no Brasil. Outros três (13%) artigos trouxeram resultados baseados na aplicação da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS), dois deles publicados em português, porém realizados em Portugal. Outro instrumento utilizado em dois estudos (8,7%) foi a Escala de Estresse Ansiedade e Depressão (DASS-21). Uma pesquisa (4,4%) adotou a Hamilton Escala (HAM-D).

O PHQ-9 foi o mais utilizado nos estudos, todos realizados nos Estados Unidos. Tal instrumento baseia-se nos critérios diagnósticos de acordo com o DSM-5 e pode ser utilizado para rastreamento e auxílio em diagnósticos de depressão, porém necessita de uma avaliação clínica adicional caso apresente o resultado de "provável depressão" (KALPAKIJIAN et al. 2008; KROENKE; SPITIZER; WILLIAMS, 2001; OSÓRIO et al., 2009). Países como Brasil, Portugal, Turquia, Austrália, Suíça, Coreia e Irã utilizaram os outros quatro instrumentos supracitados, sendo que o IDB e a HAM-D quantificam a gravidade dos sintomas somente de depressão, e o HADS mensura também a gravidade da ansiedade. A DASS-21 é utilizada para rastreamento e condução de entrevistas que auxiliam no diagnóstico de ansiedade, depressão e estresse, sendo necessário reiterar que nenhum instrumento substitui a avaliação clínica (ALMEIDA et al., 2013; APÓSTOLO; MENDES; AZERO, 2006; FREIRE et al., 2014; KALPAKJIAN et al., 2008) (MITCHELL; BURNS; DORSTYN, 2008) (SAKAKIBARA et al., 2009; FALAVIGNA et al. 2012). Os critérios para avaliação dos sintomas são diferentes no PHQ-9, o que explica a possibilidade de apresentar resultados distintos em relação a outras pesquisas, sendo um instrumento focado na duração dos sintomas, diferentemente do IDB por exemplo, cujo objetivo é verificar a gravidade dos sintomas. Os autores do estudo ainda ressaltam que a definição do diagnóstico de depressão por meio do questionário PHQ-9 pode requerer a pesquisa aprofundada de um psiquiatra (HUBA; KONOPKINA; PERTSEVA, 2014).

Quatro estudos que utilizaram o PHQ-9 classificaram a gravidade da depressão nos resultados, onde os mesmos apresentaram escores de depressão moderada a grave, com média de  $11,4\% \pm 9,9\%$ . Destes mesmos estudos apenas três apresentaram nos resultados percentuais entre sintomas mínimos e leves/moderados, com média de  $49,3\% \pm 20,1\%$ . Dos quatro estudos dois apresentaram média de  $32,3\% \pm 11,7\%$  de pessoas sem depressão. (ANDERSON et al., 2007; BOMBARDIER et al., 2016; CUFF et al., 2014; WILLIANS et al., 2014).

Cinco estudos, também realizados com o PHQ-9, mostraram apenas a pontuação total de pessoas que preencheram os critérios para depressão, sem classificação por gravidade. Eles encontraram média de 17,6% ± 7,3% de indivíduos com sintomas de depressão após lesão medular (KRAUSE et al., 2009; FANN et al., 2011; 2013; KLYCE et al., 2015; TSAI et al., 2014).

Dois estudos que utilizaram o IDB classificaram a gravidade como leve/moderada com média de 31,6%  $\pm$  3,6%, e moderada/grave, de 29%  $\pm$  7%. Outras

duas pesquisas desenvolvidas com o IDB mostraram apenas o escore total, sem classificação por gravidade, com média de 42,1% ± 7,1% de pessoas com sintomas de depressão. Analisados os quatro estudos e considerados os percentuais por eles apresentados, chega-se a uma média de 51,6% ± 15,1% de pessoas com algum sintoma depressivo (ALMEIDA et al., 2013; CONCEIÇÃO et al., 2010; HASSANPOURET; HOTZ-BOENDERMAKER; DOKLADAL, 2012; KHAZAEIPOUR; SEVEDEH-MOHADESEH; NAGHDI, 2015).

A HADS teve resultado discrepante em dois estudos: um apresentou índice de 59,5% de pessoas com altas taxas de sofrimento psíquico (incluindo depressão e ansiedade), e o outro de apenas 15,6% com depressão de moderada a grave. O cálculo de ambos os estudos leva a uma média de 37,5% ± 31% de pessoas com sintomas considerados mais graves de depressão (FERREIRA; GUERRA, 2014; SHIN et al., 2012a).

Em outras duas pesquisas, os resultados foram apresentados separadamente para homens e mulheres: uma deles utilizou o PHQ-9 e revelou depressão em homens 2% maior em relação às mulheres, e a outra, desenvolvida com o HADS, obteve índices de 30% de depressão normal/leve e 13,7% de depressão moderada/grave maiores em homens na comparação com as mulheres que possuíam a mesma lesão (KALPAKJIAN; ALBRIGHT, 2006; TEIXEIRA et al., 2014).

Dois estudos longitudinais também utilizaram o PHQ-9 e avaliaram a prevalência de depressão do 1º ao 5º ano após a lesão, com média de 16,4% ± 6,4% no primeiro ano e 13,9% ± 5,9% no quinto. Ambos apresentaram redução aproximada de 2% de depressão no quinto ano após a lesão (HOFFMAN et al., 2011; LASPRILLA et al., 2011). Outro estudo que utilizou o PHQ-9 avaliou as pessoas em quatro momentos: um ano, cinco anos, 15 anos e 25 anos após a lesão, mostrando diminuição nos sintomas a partir do 15º e até o 25º ano em relação ao 1º e 5º anos (RICHARDSON; RICHARDS, 2008).

Um dos estudos que utilizou o DASS-21 avaliou os participantes em dois momentos: no primeiro ano não apresentaram significância nos resultados para depressão ou outros problemas psicológicos, mas, decorridos cinco anos, 19% desenvolveram sintomas significativos. Embora fossem pessoas consideradas psicologicamente estáveis, o resultado revelou a vulnerabilidade a problemas de saúde mental, mesmo após terem expressado boa resiliência (MIGLIORINI; CALLAWAY; NEW, 2013). O segundo estudo obteve índice de 37% de pessoas com

depressão, não havendo significância entre aquelas com lesão traumática e não traumática (MIGLIORINI; NEW; TONGE, 2009).

No estudo utilizando o instrumento HAM-D, a depressão moderada foi a que apresentou maior porcentagem, seguida de depressão leve (AVLUK et al., 2014).

Uma observação importante refere-se à ausência de instrumentos elaborados especialmente para a avaliação da ansiedade e depressão nessa população, visto que aqueles identificados ainda investigam sintomas somáticos que muitas vezes se confundem com sintomas físicos da lesão medular, por exemplo, aqueles que se referem a complicações secundárias como problemas na regulação da temperatura, pressão arterial, função respiratória e fraqueza motora. Embora algumas pesquisas, como a de Marcolino et al. (2007), tenham assinalado a capacidade da HADS prevenir a interferência dos distúrbios somáticos, algumas questões da escala fazem referência a sintomas como sentir-se tenso e contraído, aperto no estômago, capacidade de permanecer sentado relaxado ou sensação de inquietude em ficar parado, os quais também podem ser confundidos com outros decorrentes da própria doença física. Neste caso, ficar sentado ou parado não seria uma questão de escolha, mas sim uma necessidade, o que evidencia a necessidade da elaboração de instrumentos específicos para avaliar esses sintomas nesta população.

Após a revisão desses estudos, foram reanalisados os 23 artigos identificados com o objetivo de encontrar nos resultados fatores associados a maiores ou menores taxas percentuais de depressão. Assim, restaram 12 publicações, as quais mencionavam fatores sociais e clínicos associados nos resultados.

Cinco estudos (41,6%) apresentaram a dor como sendo um dos parâmetros clínicos associados à depressão. Outros fatores clínicos, como possuir histórico de depressão antes da lesão, ser tetraplégico em vez de paraplégico, apresentar úlceras por pressão e controle de bexiga, foram descritos individualmente em cada um dos estudos, respectivamente.

Fatores sociais também foram encontrados: em dois estudos (16,6%), os homens foram apontados com mais sintomas de depressão do que as mulheres após a lesão medular, e um estudo (8,3%) encontrou maior número de sintomas em mulheres. Cinco (41,6%) publicações relataram redução dos sintomas depressivos ao longo dos anos, e outras duas (16,7%) maiores taxas de depressão em pessoas com idade entre 31 e 55 anos. Seis (50%) estudos evidenciaram fatores sociais, como falta

de ocupação por ser aposentado por deficiência, desempregado ou sem participação na comunidade, associados a maiores taxas de depressão em comparação com indivíduos que possuíam ocupações. Três (25%) artigos descreveram maior número de sintomas de depressão em pessoas com menos escolaridade.

A utilização de internet e a oferta de apoio social também foram associadas a menores taxas de depressão, porém cada variável foi encontrada em apenas um estudo.

# 1.5 Papéis ocupacionais

O estudo dos papéis ocupacionais é um conhecimento e uma área de intervenção da Terapia Ocupacional. A American Occupational Therapy Association (AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, 2008) conceitua tais papéis da seguinte forma:

Conjuntos de comportamentos esperados pela sociedade, modelados pela cultura e que podem ser, além disto, conceituados e definidos pelo cliente. Os papéis podem fornecer orientação na seleção de ocupações ou podem conduzir a padrões de envolvimento restritos e estereotipados (p. 22).

Os papéis ocupacionais contribuem para a construção da identidade pessoal e social dos indivíduos, de modo que as perdas da condição saudável, de papéis e responsabilidades podem provocar mudanças no estilo de vida e exigir a atribuição de novos significados à existência (VENTURINI; DECÉSARO; MARCON, 2007).

A Lista de Identificação dos Papéis Ocupacionais (LIPO) é o Instrumento utilizado para identificar aqueles desempenhados por uma pessoa. Foi desenvolvida pelo francês Oakley, que a nomeava de "Role Checklist", publicada em 1986 e, após validada, traduzida para diversos idiomas (OAKLEY, et al., 1986). No Brasil, foi validada em estudo realizado com pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), mostrando-se um instrumento confiável para avaliar essa população no contexto brasileiro. Os autores do referido estudo de validação ainda afirmaram se tratar de um instrumento útil para uso em outras populações (CORDEIRO, 2005).

Os profissionais da saúde mais capacitados para auxiliar no

estabelecimento, na recuperação e ressignificação dos papéis ocupacionais é o terapeuta ocupacional, além de avaliar e compreender a incapacidade do paciente em desempenhar papéis anteriormente assumidos, bem como suas consequências para o desempenho ocupacional, a terapia ocupacional é a área que estuda e desenvolve estratégias de promoção da saúde através desses papéis. (VAUSE-EARLAND, 1991; SANTI; MARIOTTI; CORDEIRO, 2012).

# 1.6 Lesão medular, ansiedade, depressão e papéis ocupacionais

Para Fechio et al. (2009), as diversas sequelas da lesão medular transformam de forma significativa a vida dos sujeitos, tanto no aspecto físico como emocional, ocupacional, social, relacional, valorativo e de autopercepção, podendo medo, desesperança, sentimento inferioridade, ocorrer de agressividade, insegurança, impulsividade e ambivalência, o que pode levar ao isolamento social, pela própria dificuldade de expressar emoções, e dar continuidade a um processo de busca por independência e autonomia. Também para Fechio et al. (2009), algumas pessoas consideram a capacidade de deambular um fator determinante para a convivência dos indivíduos na sociedade, como se o aspecto físico fosse fundamental para recuperar a participação no meio social e ocupacional.

Em estudo realizado por MacDonald's, Nielson e Cameron (1987), os participantes que apresentavam sinais depressivos eram menos ativos do que aqueles que não os possuíam, o que, segundo os autores, permite inferir que a depressão pode desempenhar um papel negativo importante na reabilitação e no retorno do sujeito às atividades, assim como a própria disfunção física. Uma lesão medular grave também pode eliminar ou interromper o desempenho de alguns papéis ocupacionais e exige tempo para a aprendizagem de novas posturas e hábitos cotidianos (SOUZA et al., 2013).

Algumas pessoas nesta condição podem se confrontar com problemas para o resgate dos papéis valorizados socialmente ou para a adaptação a novos papéis, de modo que a perda ou a mudança de funções em virtude de uma disfunção física poderá resultar em uma disfunção ocupacional. Pode haver uma diminuição nas habilidades funcionais, que poderá repercutir na falta de confiança e levar a uma autoimagem enfraquecida e à desmotivação (CRUZ; EMMEL, 2013).

Hallett et al. (1995), em pesquisa investigativa sobre os papéis de 28 sujeitos adultos com um tipo de deficiência física, verificaram que mais de 60% deles verbalizaram a perda do papel de passatempo/amador, embora este fosse considerado de muita importância, reconhecida por 50% dos sujeitos que o perderam. Os sentimentos relatados pelos sujeitos em relação à perda desse papel envolveram depressão, frustração e inutilidade (HALLET et al., 1995).

Para Almeida et al. (2013), a lesão medular, em algumas situações, obriga o sujeito a realizar mudanças e adaptações nos diversos papéis e atividades por ele desenvolvidas anteriormente. Trata-se de uma situação de grande impacto na vida humana, visto que essas mudanças podem ocasionar diminuição da autoestima, autoimagem prejudicada e retração social, e estão, muitas vezes, associadas com ansiedade e depressão.

O resgate de papéis ou o desempenho de novas funções pode constituir uma importante forma de intervenção para essa população, visto que assumir papéis ocupacionais estimula as capacidades do sujeito agir como um ser produtivo e participativo na sociedade. No decorrer do seu desenvolvimento, tais papéis se modificam e se ajustam, na medida em que fazem, ou não, sentido para a formação de sua identidade (CRUZ et al., 2013).

Além da lesão medular proporcionar uma diminuição das funções, a depressão é considerada uma das dez principais causas de incapacitação no mundo, por limitar as atividades físicas, pessoais e sociais (ALMEIDA et al., 2013). Uma vez que o sofrimento psíquico e a lesão medular podem promover alterações nas ocupações isoladamente, as consequências tornam-se ainda mais graves quando ambos se encontram associados.

Diante deste contexto, buscas foram feitas na literatura por estudos que correlacionassem ansiedade e depressão e abordassem perdas de papéis ocupacionais em pessoas com lesão medular, porém não foi encontrado qualquer estudo, o que revelou a necessidade de discussões mais aprofundadas sobre o tema. Segundo Cruz et al. (2013), as pesquisas sobre papéis ocupacionais ocupados por pessoas com deficiência física desenvolvidas no Brasil são escassas, sendo pertinente a contribuição de novas investigações no contexto brasileiro, onde as desigualdades sociais são latentes.

Diante do exposto, considera-se o presente estudo relevante também para evidenciar como problemas de saúde física podem ter relação direta com as afecções

mentais e emocionais e favorecer a construção de referenciais que gerem concepções mais holísticas e integrais da pessoa em cuidado clínico, visto que avaliação precisa e precoce do sofrimento psíquico após a lesão medular é extremamente importante, uma vez que os sintomas clinicamente relevantes podem prejudicar a recuperação funcional do paciente (LE; DORSTYN, 2016). Além disso, os resultados aqui apresentados podem subsidiar e incentivar ações em prol da inclusão de pessoas com deficiência física nas diversas esferas da vida: trabalho, educação, lazer e participação social (CRUZ; EMMEL, 2012).

#### 2.1 Berto e Barreto

Para a elaboração deste trabalho, buscou-se referencial teórico em Berto e Barreto (2011), para os quais as consequências físicas trazem consigo efeitos psicológicos que precisam ser considerados. Segundo esses autores, a deficiência decorrente de um evento traumático acarreta consequências em todas as esferas da vida, sobretudo emocionais, e sofrem interferências diretas e intensas pela necessidade abrupta de profundas transformações. O estado emocional está relacionado a características inerentes a cada indivíduo, ou seja, as experiencias vividas por cada um, de forma que a lesão medular em si não determina a manifestação de sofrimento psíquico, outros fatores sociais e clínicos associados ao quadro influenciam no bem-estar psicológico (BERTO; BARRETO, 2011).

Vivenciar uma deficiência física adquirida repentinamente após um trauma pode ser diferente da experiência de alguém com lesão medular causada por lesões crônico-degenerativas. Principalmente por não se tratar de uma condição esperada, seus efeitos podem ser ainda mais impactantes, a ponto de alterarem a forma como o sujeito percebe sua realidade a partir dessa nova forma de vida e vivencia este evento. As perdas da condição saudável de papéis e de responsabilidades não só provocam mudanças nos hábitos e no estilo de vida do indivíduo como exigem que ele atribua novos significados à sua existência, adaptando-se às limitações físicas e às novas condições impostas (BERTO; BARRETO, 2011).

A experiência de possuir lesão medular é permeada por uma série de desafios e adversidades diárias de ordem biopsicossocial que podem interferir negativamente na maneira de perceber esta nova condição de vida. Algumas pessoas, independentemente do tempo e do tipo de lesão, inclusive não desenvolvem formas psicologicamente saudáveis de lidar com isso, o que provoca uma severa modificação comportamental na tentativa de conter a ansiedade e o mal-estar social (BERTO; BARRETO, 2011).

O tempo de convivência com a deficiência pode interferir na forma de se perceber e posicionar-se diante desta nova condição. Apesar de ser comum haver instabilidade emocional, algumas pessoas podem apresentar maior compreensão de sua situação atual, com maiores expectativas em busca de uma vida com mais qualidade. Assim, a deficiência precisa ser analisada com base nas possibilidades de

interação da pessoa, nas suas características atuais e no ambiente onde vive, o qual deve lhe possibilitar oportunidades e igualdade. Investigar a saúde mental das pessoas com lesão medular contribui para identificar problemas emocionais e possíveis transtornos psíquicos e fortalecer a prevenção e o tratamento (BERTO; BARRETO, 2011).

Acredita-se, portanto, que o trabalho desenvolvido por Berto e Barreto (2011) contribui sobremaneira para o avanço do conhecimento a esse respeito, bem como incentiva o estudo da experiência dos sujeitos que, após uma lesão medular, podem vivenciar sofrimento psíquico decorrente das rupturas e perdas de papéis na sociedade. Os autores ainda sugerem novos estudos que investiguem mais detalhadamente as alterações potencialmente causadas pela lesão medular ao ser humano, principalmente aquelas que demandam alterações na identidade desses indivíduos e repercutem nas diversas esferas da sua vida: familiar, afetiva, social e ocupacional (BERTO; BARRETO, 2011).

# 3.1 Objetivo geral

Investigar os papéis ocupacionais (principalmente as perdas) de pacientes com lesão medular traumática e sua correlação com a incidência de ansiedade e depressão, bem como as estratégias adotadas pelos profissionais de saúde para a promoção da saúde mental dessa população.

# 3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar sociodemograficamente os participantes com lesão medular;
- Quantificar os sintomas de depressão por meio da aplicação do Inventário de Depressão de Beck;
- Quantificar os sintomas de ansiedade por meio da aplicação do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE);
- Classificar e quantificar os papéis ocupacionais com base em perdas, ganhos, contínuos e mudança, bem como a importância atribuída por pessoas com lesão medular a cada um desses papéis;
- Cruzar dados sociodemográficos e outras características dos participantes com os escores de sintomas de depressão e ansiedade;
- Correlacionar os dados obtidos na Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais com o Inventário de Beck de Depressão e Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE);
- Identificar estratégias adotadas pelos profissionais de saúde para a promoção de saúde mental dessa população.

#### 4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo correlacional, de corte transversal, com abordagem predominantemente quantitativa, havendo uma etapa qualitativa.

A investigação correlacional preocupa-se em determinar as relações existentes entre as variáveis, sem manipulá-las, investigando somente em qual extensão estão relacionadas. Quando há relação entre duas variáveis, diz-se que estão correlacionadas, de modo que a magnitude e a direção da relação de ambas são descritas por meio de um index quantitativo nomeado coeficiente de correlação (BENTO, 2009).

A pesquisa transversal de incidência investiga determinada doença em grupos de casos novos. É dinâmica, pois oscila no decorrer do tempo, caracterizandose como um estudo epidemiológico no qual fator e efeito são observados num mesmo momento histórico. Trata-se de um dos recursos mais empregados para pesquisa (BORDALO, 2006).

O estudo quantitativo deve ser realizado por meio da definição de amostras da população (quantidade), e os resultados obtidos nesta amostra podem ser extrapolados para determinada situação. É um modo de investigação usado com frequência em pesquisas dedutivas, quando os objetivos envolvem testar teorias ou hipóteses, reunir informações descritivas ou examinar relações entre variáveis. Essas variáveis são medidas e geram dados numéricos que podem ser analisados estatisticamente. Os dados quantitativos têm o potencial de fornecer evidências mensuráveis, que ajudam a estabelecer (prováveis) causa e efeito, a desenvolver procedimentos de coleta de dados eficientes, replicar e generalizar resultados a uma população, a fim de facilitar a comparação de grupos, e fornecer *insights* sobre uma amplitude de experiências (CRESWELL et al., 2011; SAMARA; BARROS, 2002).

Uma vez que o estudo qualitativo é circunscrito por uma diversidade e complexidade de dados não estruturados e não numéricos, com determinadas particularidades e subjetividades, desde muito cedo os cientistas estabeleceram critérios para garantir a qualidade do desenvolvimento deste tipo de investigação e sua posterior avaliação pelas comunidades acadêmicas (COSTA; SÁNCHEZ-GÓMEZ; CILLEROS, 2017). Este tipo de estudo busca visualizar o contexto mantendo uma integração empática com o objeto de estudo, de modo a obter melhor

compreensão do fenômeno. Pesquisas podem ter a preocupação de diagnosticar um fenômeno e também explicá-lo, trabalhando com valores, representações, crenças, atitudes, relacionamentos, comportamentos e práticas, considerando que as ciências sociais devem compreender a realidade humana socialmente experienciada. A sociologia abrangente propõe a subjetividade como fundadora do significado e defende que ela faz parte das relações sociais, as quais são a essência e o resultado da atividade criativa, afetiva e racional do ser humano. No universo da pesquisa qualitativa, inserem-se o cotidiano e as experiências do senso comum, interpretados e reinterpretadas pelos sujeitos que as vivenciam (NEVES, 1996) (MINAYO, 2017).

Gueterman, Fetters e Creswell. (2015) mencionam que enquanto a pesquisa quantitativa é geralmente adotada para descrever um tópico estatisticamente, generalizar, fazer inferências causais ou testar uma teoria, o estudo qualitativo é tipicamente escolhido quando há necessidade de explorar um fenômeno, entender as experiências dos indivíduos ou desenvolver uma teoria. Dessa forma, o estudo quantitativo e o qualitativo se complementam e, juntos, podem contribuir para a melhor compreensão do fenômeno investigado (NEVES, 1996).

Para a etapa quantitativa deste estudo, elaborou-se um formulário contendo dados sociodemográficos e outros de caracterização, sendo definido como uma técnica de coleta em que o pesquisador, mediante questões formuladas previamente, anota as respostas do entrevistado frente a frente. Os formulários, por se constituírem de perguntas fechadas e padronizadas, são instrumentos de pesquisa mais adequados à quantificação, uma vez que são mais fáceis de codificar e tabular e propiciam comparações com outros dados relacionados ao tema pesquisado (GIL, 2009). Também na etapa quantitativa, foram utilizados instrumentos específicos, inclusive as escalas para a identificação de sofrimento psíquico, consideradas uma importante estratégia para diminuir os subdiagnósticos e que, quando utilizadas em pesquisas e práticas clínicas, podem ser utilizadas para amenizar o sofrimento psíquico de pessoas com lesão medular (CAMPOS et al., 2013).

Adotou-se a entrevista como recurso para a etapa qualitativa, sendo ela reconhecida como um meio de obter informações sobre opinião, concepções, expectativas, percepções em relação a objetos ou fatos ou para complementar informações sobre eventos ocorridos que não puderam ser observados pelo pesquisador (MANZINI, 2004). Por meio das entrevistas, os pesquisadores classificam as diferentes modalidades de material empírico e, em uma dinâmica que parte da

leitura dos diferentes dados, são construídas categorias analíticas e empíricas e estabelecidas as bases de compreensão da unidade reflexiva que é o objeto de estudo (MINAYO, 2017).

#### 4.2 Cenário e local do estudo:

O estudo foi realizado no Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) situado no município de São José do Rio Preto, a noroeste do estado de São Paulo, sede de região do Estado, reunindo 102 cidades. (CESARINO, 2014). Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que, em 2017, o município tinha população estimada de 450.657 habitantes. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018) A cidade conta com hospitais gerais municipais, públicos e privados, como a Santa Casa de Misericórdia, Beneficência Portuguesa, Hospital Santa Helena, Hospital AUSTA e Instituto Espírita Nosso Lar (IELAR), sendo o maior deles o Hospital de Base, uma instituição estadual que oferece 708 leitos e é um dos maiores e mais importantes complexos hospitalares do estado de São Paulo (PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2014). Trata-se de um hospitalescola ligado à Faculdade de Medicina de Rio Preto (FAMERP), onde há um ambulatório de psiguiatria que oferece tratamentos multidisciplinares a pacientes com transtornos mentais. O município possui ainda o Hospital Psiguiátrico Municipal Bezerra de Menezes, além de outros serviços de saúde mental oferecidos pela prefeitura e por instituições particulares (PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2014).

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) tem caráter substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial e é responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) (BRASIL, 2016). O SAD tem os objetivos de auxiliar a reduzir a demanda por atendimento hospitalar e o período de internação, favorecer a humanização da atenção à saúde, a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2016). A equipe multiprofissional oferece atendimento diferenciado a pacientes, cuidadores e familiares após a alta hospitalar. Neste caso, a equipe vai ao domicílio e está capacitada a preparar e orientar todos que ali residem

para que a recuperação ou a reabilitação do paciente ocorra da melhor forma possível (BRASIL, 2016).

# 4.3 Participantes do estudo

Participaram do estudo 30 pacientes com lesão medular traumática, de ambos os sexos, idade entre 19 anos e 72 anos, cadastrados no SAD. Também participaram 10 profissionais do serviço: um médico, um enfermeiro, um fonoaudiólogo, um nutricionista, um fisioterapeuta, um terapeuta ocupacional, um psicólogo, um assistente social, um gerente do serviço e um técnico de enfermagem, em um total de 40 participantes.

**Critérios de inclusão:** Pacientes do SAD que possuíssem lesão medular traumática há mais de 6 meses (fase crônica), em qualquer nível de lesão; e profissionais da saúde do SAD que atendessem a população do estudo.

Critérios de exclusão: Pacientes vítimas de lesão medular ainda quando crianças (a avaliação dos papéis do passado pode ser prejudicada); que não apresentassem comprometimento motor; que possuíssem comprometimento cognitivo; pessoas com lesão medular adquirida por doenças (nas quais o processo da perda dos movimentos é mais lento, podendo comprometer a aceitação em relação a uma lesão diante da qual não é esperada perda) ou que não fossem atendidas pelo SAD; e profissionais do serviço contratados há menos de seis meses (devido ao pouco contato com a população do estudo, profissionais contratados recentemente poderiam apresentar dificuldade em responder ao questionário).

#### 4.4 Instrumentos de coleta de dados

- ➤ Ficha de identificação contendo dados como: nome, sexo, idade, profissão anterior e atual, escolaridade, tempo de lesão, nível de lesão, apoio familiar, autocuidado, estado civil, entre outros. (APÊNDICE 1)
- Critério de Classificação Econômica do Brasil (CCEB), composto por uma lista com 10 itens que permitem pontuar os participantes. Em caso afirmativo de posse para algum item, soma-se uma pontuação referente à quantidade. Além

dessa lista de "Posse de Itens", também apresenta uma tabela referente ao "Grau de Instrução do Chefe de Família". Após a soma das pontuações, o sujeito é classificado em umas das Classes Econômicas assim divididas: Classe A- 45/100 pontos; Classe B1-38/44 pontos; Classe B2- 29/37 pontos; Classe C1-23/28; Classe C2-17/22; e Classe D/E- 0/16 pontos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2016) (APÊNDICE 2).

Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais (APÊNDICE 3) originalmente americana, criada pelo terapeuta ocupacional Oakley, que objetiva extrair informações a respeito dos papéis ocupacionais do sujeito, tais como sua participação em papéis ao longo da vida e o grau de importância por ele atribuído a cada um, sendo traduzida e adaptada culturalmente para a língua portuguesa por Cordeiro (CORDEIRO, 2005). A Lista considera apenas papéis autoatribuídos, ou seja, a percepção de cada sujeito em relação aos seus próprios papéis, sendo aplicada em duas partes. A primeira avalia, com base em um tempo contínuo, os principais papéis ocupacionais que constituem o cotidiano do indivíduo. Seria a incumbência percebida pelo participante em relação aos papéis por ele assumidos no passado, presente e futuro. A segunda parte identifica a medida de valor que ele confere a cada papel, ou seja, a importância que atribui a cada papel da Lista. instrumento tem o propósito de identificar os componentes ocupacionais que permitem organizar a vida diária de cada indivíduo e inclui os seguintes papéis: estudante, trabalhador, voluntário, cuidador, serviço doméstico, amigo, membro da família, religioso, passatempo/amador, participante em organizações e "outro", caso o participante queira citar algum não previamente listado (SILVA, 2011).

No presente estudo, optou-se por adotar como marco do tempo "passado" os papéis que estavam sendo desempenhados pelos pacientes participantes no período em que sofreram a lesão (até um ano antes). Um exemplo é o papel estudante, já exercido pela maioria deles em algum momento da vida. Todavia, apenas foram considerados estudantes no tempo "passado" aqueles que frequentavam a escola na época da lesão, para evitar que papéis não

desempenhados há muitos anos pudessem ser considerados perdas. Para a apreciação dos resultados, classificaram-se os papéis ocupacionais de acordo com o esquema apresentado no Quadro 1 (SILVA, 2011).

Quadro 1 - Classificação dos papéis ocupacionais de acordo com o tempo passado, presente e futuro

Perda 1- Papel desempenhado no passado, mas não no presente, e não pretendido para o futuro.

Perda 2 - Papel desempenhado no passado, mas não no presente e pretendido para o futuro.

Ganho 1 - Papel não desempenhado no passado, mas sim no presente, e não pretendido para o futuro.

Ganho 2 - Papel não desempenhado no passado, mas sim no presente, e pretendido no futuro.

Contínuo 1- Papel desempenhado no passado, no presente e não pretendido no futuro.

Contínuo 2- Papel desempenhado no passado, no presente e pretendido no futuro.

Mudança: Papel não desempenhado no passado nem no presente e pretendido no futuro.

Ausente- Papel nunca desempenhado no passado ou no presente e não pretendido no futuro.

Fonte: (SILVA, 2011).

➤ Inventário de Beck para Depressão (APÊNDICE 4) foi desenvolvido originariamente por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh em 1961 (Gandini et al 2007), sendo composto por 21 itens que quantificam a intensidade dos sintomas depressivos. Após análise prévia dos instrumentos identificados nos estudos, optou-se por utilizar o IDB, por ser uma autoavaliação exclusiva para sintomas de depressão, não avaliando outros transtornos em uma mesma escala, sendo também amplamente utilizado tanto em pesquisa como em clínica. Acresce-se ter sido traduzido para vários idiomas e validado em diversas populações em diferentes países, inclusive no Brasil, sendo também já utilizado em estudos com

pessoas que apresentam lesão medular em nosso país (Gorestein & Andrade, 1998). O Inventário mostra-se adequado para a aplicação em pacientes psiquiátricos, porém também tem sido amplamente usado com pacientes não psiquiátricos e na população geral (GANDINI et al., 2007). Estudo de revisão feito pelo Spinal Cord Outcomes Partnership Endeavor (ALEXANDER et al., 2009), mostrou se tratar da ferramenta mais utilizada em pesquisas para medir a gravidade dos sintomas de depressão em pessoas com lesão medular. Os itens são respondidos de acordo com o que a pessoa vem sentindo em um período recente, utilizando uma escala de quatro pontos (0 a 3). De acordo com Beck et al. (1988), a escolha do ponto de corte adequado depende da natureza da amostra e dos objetivos do estudo. Para amostras de pacientes com transtorno afetivo, o "Center for Cognitive Therapy" recomenda os seguintes pontos de corte: menor que 10 = sem depressão ou depressão mínima; de 10 a 18 = depressão de leve a moderada; de 19 a 29 = depressão de moderada a grave; e de 30 a 63 = depressão grave. Recomenda-se ainda que, para populações não diagnosticadas, utilize-se o termo "depressão" apenas para indivíduos com escores superiores a 20 (GORESTEIN & ANDRADE, 1998).

No presente estudo, a população não era diagnosticada com depressão, porém, por serem pessoas em situação de maior vulnerabilidade, decidiu-se manter este ponto de corte. Todavia, por se tratar de um instrumento que mensura a gravidade dos sintomas, não se utilizou o termo depressão nos resultados, mas sim sintomas de depressão.

Inventário de Ansiedade Traço/Estado-IDATE (APÊNDICE 5) é um dos instrumentos mais utilizados para quantificar componentes subjetivos relacionados à ansiedade. Desenvolvido por Spielberger, Gorsuch e Lushene em 1970, foi traduzido e adaptado para o Brasil por Biaggio, em 1979 (FIORAVANTI et al., 2006). Em 1996, Gorenstein e Andrade validaram, em um mesmo estudo, as versões em português do IDATE e do Inventário de Depressão de Beck, sendo aplicadas em três amostras diferentes, mostrando que as propriedades psicométricas das versões em português eram compatíveis com as originais (GORESTEIN & ANDRADE, 1996). Este instrumento tem sido utilizado como o teste mais comum para avaliar a ansiedade em diferentes estudos nos últimos 20 anos. Além disso,

tem sido aplicado com frequência em várias pesquisas, e sua validade e confiabilidade escrutinadas inúmeras vezes (TAVAKKOLI et al., 2014).

O IDATE foi escolhido para o presente estudo, pois, além de avaliar exclusivamente sintomas de ansiedade, traço e estado, apresentou maior capacidade de excluir sintomas somáticos que pudessem ser confundidos com outros físicos causados pela própria lesão (FIORAVANTI et al., 2006). O Inventário possui duas escalas distintas: uma para identificar o traço, e a outra o estado de ansiedade. Cada uma delas é constituída por 20 questões cujas respostas variam de 1 a 4, sendo uma delas: 1 = quase nunca; 2 = às vezes; 3 = frequentemente; e 4 = quase sempre; e a outra: 1 absolutamente não; 2=um pouco; 3=bastante; 4=muitíssimo. Para cada uma das escalas, o participante é instruído a ler todos os itens e assinalar aquele que melhor corresponde ao estado em que ele se encontra. A somatória dos valores obtidos em cada resposta varia de 20 a 80 pontos e determina o nível de ansiedade. O Ponto de corte adotado foi: sem sintomatologia ou ansiedade leve "menor que 33", ansiedade média "33 a 49" e ansiedade alta "acima de 49" (ANDRADE et al., 2001). A ansiedade-estado refere-se a um estado emocional transitório, caracterizado por sentimentos subjetivos de tensão que podem variar em intensidade ao longo do tempo, e a ansiedade-traço diz respeito a uma disposição pessoal, relativamente estável, de responder com ansiedade a situações estressantes, e a uma tendência de perceber um maior número de situações como sendo ameaçadoras. Há outras escalas disponíveis na literatura com o objetivo de avaliar ambos os aspectos, porém o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) é o mais utilizado (GAMA et al., 2008).

➤ Entrevista semiestruturada com os profissionais do SAD para abordar a percepção que possuem em relação a manifestações de sofrimento psíquico nessa população, as estratégias de intervenção por eles adotadas, para onde essa população é encaminhada nos casos em que são detectados sofrimentos psíquicos e se a cidade/região possui serviços que visem à promoção da saúde mental dessas pessoas (APÊNDICE 6).

### 4.5 Etapas do estudo

Os prontuários dos pacientes atendidos pelo SAD nos últimos cinco anos foram analisados, a fim de selecionar aqueles que atendessem aos critérios de inclusão preestabelecidos para este estudo. Excluíram-se dois pacientes por apresentarem lesão medular adquirida por doenças, de modo que restaram 33 potenciais participantes, com os quais se fez um contato telefônico inicial para explicar os objetivos e os procedimentos do estudo e, em seguida, convidá-los a participar da pesquisa. Dois pacientes se recusaram a participar e um não estava na cidade no período da coleta. Aqueles que aceitaram, agendaram uma entrevista com a pesquisadora nos domicílios onde moravam e, neste momento, foram novamente esclarecidos sobre os métodos e objetivos da pesquisa e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para assinatura em duas vias: uma ficou com a pesquisadora e a outra com o participante. Nos casos em que os participantes não conseguiram assinar o documento, solicitou-se a assinatura de um responsável. Os dados foram coletados em um único encontro com cada paciente participante.

Após a coleta de dados, entrevistas semiestruturadas foram realizadas com os profissionais no SAD, que também assinaram o TCLE em duas vias. Novamente, os dados foram coletados em um único encontro com cada profissional participante.

#### 4.6 Análise de dados

Os dados coletados foram duplamente digitados em planilhas formatadas do programa Excel, para verificação da consistência da digitação, e depois transportados para a análise no programa IBM SPSS Statistic versão 25. As variáveis nominais/categóricas de caracterização dos participantes (sexo, estado civil, escolaridade, profissões anterior e atual, se recebe de auxílio, com quem mora, se tem cuidador, nível da lesão, se contou com apoio familiar após a lesão, se frequentou centro de reabilitação, se recebeu atendimento multiprofissional, se fez ou faz algum tipo de terapia, meio de locomoção, vida social, se sai de casa sozinho, realiza atividades de autocuidado) foram apresentadas em frequências absoluta e relativa. Para as variáveis idade em anos, média salarial anterior e após a lesão e tempo da lesão em anos, foram apresentados os intervalos obtidos, mediana, média e desvio-

padrão.

Para a análise do Inventário de Depressão de Beck, após a soma dos escores dos 21 itens, obteve-se a pontuação que classifica o indivíduo em: Sem depressão/mínima (0 a 9), Depressão leve/moderada (10 a 18), Depressão moderada/grave (19 a 29) e Depressão grave (30 a 63). Para a Escala de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), após a inversão dos escores dos itens das escalas de Ansiedade Estado (itens 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 e 20), foram disponibilizadas as seguintes opções: 4=muitíssimo, 3=bastante, 2=um pouco e 1 absolutamente não e Traço (itens 1, 6, 7, 10, 13, 16 e 19) 4=quase sempre, 3=frequentemente, 2=às vezes e 1=quase nunca. A soma dos escores resultou em pontuação que permitiu classificar os participantes em: Sem sintomatologia ou ansiedade leve (menor que 33), Ansiedade média (33 a 49) e Ansiedade alta (acima de 49).

Apresentaram-se as frequências absoluta e relativa para cada um dos dez papéis mencionados na Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais (Estudante, Trabalhador, Voluntário, Cuidador, Serviço doméstico, Amigo, Membro de família, Religioso, Passatempo/amador e Participante em organizações), que compreendem a Incumbência Percebida (Passado, Presente e Futuro) e a Importância Designada (Nenhuma, Alguma e Muita importância).

Aplicou-se o teste exato de Fisher para verificar a associação entre as variáveis sexo, idade, estado civil, profissão atual (exerce ou não), nível escolar, nível da lesão, tempo da lesão, classe social, apoio familiar e atividade de autocuidado com a classificação dos escores de Depressão, Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço.

Verificou-se a relação entre a pontuação total dos escores das escalas Depressão e de Ansiedade (Estado e Traço) e os Papéis Ocupacionais mediante a aplicação do Coeficiente de Correção de Spearman. Para a análise estatística, adotou-se o nível de significância α=0,05.

Os dados qualitativos foram analisados pelo método da análise de conteúdo de Bardin, definido como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que objetivam obter tanto procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens quanto indicadores que auxiliem a inferência de conhecimentos acerca das condições de produção e recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (ROCHA; DEUSDARÁ, 2006).

A análise do conteúdo de Bardin inclui três etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material; e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação

(MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011).

A pré-análise é a fase em que o material a ser analisado é organizado com o objetivo de tornar os dados mais operacionais e sistematizados às ideias iniciais. A organização ocorre em quatro etapas: (a) leitura flutuante, que é o primeiro contato com os documentos da coleta de dados, momento em que se começa a conhecer o texto; (b) escolha dos documentos, que consiste na demarcação do que será analisado; (c) formulação das hipóteses e dos objetivos; (d) referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que são determinados por meio de recortes de texto nos documentos de análise (MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011).

A segunda fase é a exploração do material, na qual são definidas as categorias, denominadas sistemas de codificação, e identificadas tanto as unidades de registro (unidade de significação a codificar corresponde ao segmento de conteúdo considerado como unidade base, visando à categorização e à contagem frequencial) quanto as unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a unidade de registro correspondente ao segmento da mensagem, a fim de compreender a significação exata da unidade de registro). Essa fase vai possibilitar ou não a riqueza das interpretações e inferências, sendo o momento adequado para realizar a descrição analítica, que diz respeito ao corpus (qualquer material textual coletado) submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e pelos referenciais teóricos. Sendo assim, essa fase compreende codificação, classificação e categorização (MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011).

Na terceira fase, inserem-se as etapas de tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Destina-se ao tratamento dos resultados e nela são condensadas e destacadas as informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais. Considera-se o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011).

Inicialmente no presente estudo, todos os dados obtidos nas entrevistas foram lidos e relidos e, após leitura exaustiva que levou ao esgotamento da totalidade do texto, foram demarcados aqueles que seriam analisados, uma vez que muitos apareciam com frequência nas questões, e elaboradas as hipóteses a eles referentes. Vale mencionar que algumas questões trouxeram novos temas e, portanto, também foram incluídas na análise. Ao final, todas as informações foram submetidas a um processo de homogeneidade e exclusividade, ao longo do qual os temas foram separados e apresentados apenas em uma categoria de resposta cada.

Uma vez recortados os textos em unidades de registro com base nas frases que traziam indicadores relevantes, fez-se a contagem das unidades por meio de codificações e índices quantitativo (frequência e porcentagem) e, em seguida, houve a classificação e a agregação dos dados, momento em que foram escolhidas as categorias responsáveis pela especificação dos temas.

Emergiram as seguintes categorias analíticas: 1 - A relação entre ansiedade, depressão e perda de papéis ocupacionais; 2 - Frequência com que os profissionais acreditam que os pacientes com lesão medular apresentam ansiedade e depressão; 3 - Estratégias de enfrentamento dos pacientes com lesão medular; 4 -Estratégias dos profissionais no cuidado à ansiedade e à depressão em pacientes com lesão medular; 5 - Serviços especializados em saúde mental que atuem a favor de pessoas com lesão medular; 6 - Serviços de saúde oferecidos para pessoas com lesão medular; e 7 - Suficiência dos serviços de saúde oferecidos a pessoas com lesão medular. Dessas, desdobraram-se as seguintes categorias empíricas: 1.1-Existência de uma relação entre ansiedade, depressão e perda de papéis ocupacionais na visão dos profissionais de saúde (100%); 2.1- A maioria das pessoas com lesão medular apresenta ansiedade e depressão na visão dos profissionais de saúde (100%); 3.1- Cada paciente enfrenta de uma forma na visão dos profissionais de saúde (100%); 3.2 – Influência familiar no enfrentamento após a lesão medular na visão dos profissionais de saúde (30%); 3.3 - Força de vontade individual no enfrentamento após a lesão medular na visão dos profissionais de saúde (30%); 4.1 Encaminhamento para médico e psicólogo do serviço em casos de pacientes com sinais de ansiedade ou depressão (100%); 5.1- Falta de serviços especializados em saúde mental que atuem a favor das pessoas com lesão medular (90%); 5.2-Desconhecimento em relação a serviços de saúde mental que trabalhem a favor das pessoas com lesão medular (10%); 6.1- Apenas Centros de Reabilitação Física como serviços de saúde oferecidos para pessoas com lesão medular (100%); 7.1- Serviços de saúde oferecidos a pessoas com lesão medular considerados suficientes (30%); 7.2- Necessidade de melhora nos serviços de saúde oferecidos a pessoas com lesão medular (40%); e 7.3- Necessidade de serviços que ofereçam a manutenção da saúde após a alta da reabilitação (30%).

Assim, foi possível realizar interpretações inter-relacionando as respostas e alcançando assim os resultados apresentados.

### 4.7 Procedimentos éticos

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP) em 12 de setembro de 2017, sob parecer 2.270.422 (ANEXO 1). Seguiu-se o princípio de realizar apenas procedimentos básicos e éticos de respeito aos voluntários e à instituição, de acordo com a Resolução n° 466/2012 que regulamenta o desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

# 5.1 Etapa quantitativa: caracterização e apresentação dos dados sociodemográficos

Todos os resultados referentes a etapa quantitativa apresentados no presente estudo são relativos apenas aos participantes "pacientes com lesão medular".

Tabela 1 - Caracterização dos participantes com lesão medular cadastrados no SAD de São José do Rio Preto-2017 (n=30)

Características	Frequência	Porcentagem
Mulheres	4	13.3
Homens	26	86.7
dade 19-29	8	26.7
dade 29-39	10	33.3
>40	12	40
Casados	13	43.3
Solteiros	12	40
Divorciados/separados	5	16.7
Classificação econômica A	0	0
Classificação econômica B1	2	6.7
Classificação econômica B2	6	20
Classificação econômica C1	13	43.3
Classificação econômica C2	8	26.7
Classificação econômica D-E	1	3.3
Ensino superior completo	0	0
Ensino superior incompleto	2	6.7
Ensino técnico	1	3.3
Ensino médio completo	9	30
Ensino médio incompleto	1	3.3
Ensino fundamental completo	8	26.7
Ensino fundamental incompleto	8	26.7
Sem escolaridade	1	3.3

continua...

Características	Frequência	Porcentagem
Trabalhava antes da lesão	29	96.7
Não trabalhava antes da lesão	1	3.3
Exerce trabalho formal	1	3.3
Exerce trabalho informal	3	10
Recebe o BPC	9	30
Aposentado por invalidez	17	56.7
Não recebe auxílio	4	13.3
Mora sozinho	2	6.7
Moram (2-3) pessoas na casa	17	56.6
Moram (4-6) pessoas na casa	11	36.7
Principal cuidador mãe	12	40
Principal cuidador esposa	11	36.7
Principal cuidador irmã	2	6.7
Principal cuidador filho	1	3.3
Principal cuidador irmão	1	3.3
Principal cuidador marido	1	3.3
Não possui cuidador	2	6.7
Sentiu apoio familiar	24	80
Não sentiu apoio familiar	3	10
Apoio familiar apenas da esposa	3	10
Tempo de lesão < 1 ano	2	6.6
Tempo de lesão de 1 a 5 anos	14	46.7
Tempo de lesão>40	14	46.7
Nível da lesão - cervical	12	40
Nível da lesão - torácica	17	56.7
Nível da lesão - lombar	1	3.3
Paraplegia	18	60
Tetraplegia	12	40
Acidente por arma de fogo	11	36.7
Acidente de motocicleta	9	30

continuação...

Características	Frequência	Porcentagem
Acidente de carro	6	20
Acidente por mergulho	3	10
Acidente por queda de altura	1	3.3
Frequentou Centro de Reabilitação	28	93.3
Não frequentou Centro de Reabilitação	2	6.7
Frequentou Rede Lucy Montoro	16	57.1
Frequentou Rede Sarah Kubitschek	4	14.3
Frequentou Núcleo Municipal de Reabilitação	3	10.7
Frequentou ARDEF	3	10.7
Frequentou AACD	2	7.2
Atualmente não faz qualquer terapia	17	56.7
Atualmente faz apenas fisioterapia	9	30
Frequenta Centro de Reabilitação	4	13.3
Locomoção com CR Manual	22	73.3
Locomoção com CR Motorizada	3	10
Permanece apenas na cama	5	16.7
Vida social ativa	22	73.3
Vida social inativa	8	26.7
Sai de casa sozinho	15	50
Não sai de casa sozinho	15	50
Realiza todas as atividades de autocuidado	11	36.7
Realiza algumas atividades de autocuidado	13	43.3
Não realiza atividades de autocuidado	6	20
Usa medicação psiquiátrica	10	33.3
Não usa medicação psiquiátrica	20	66.7

conclusão.

### **CR-Cadeira de rodas**

Observa-se que a maioria dos participantes era composta por homens, grande parte pertencente a Classes Econômicas menores de C1, tendo apenas oito (26,7%) classificados em B1 e B2. Vale ressaltar que grande parte dos domicílios estava localizada em regiões periféricas da cidade.

Quase todos os participantes trabalhavam antes da lesão e poucos

continuavam exercendo atividade remunerada na época da coleta dos dados. A maioria sobrevivia recebendo aposentaria por invalidez ou o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Dentre as profissões exercidas antes da lesão, foram relatadas as de gesseiro, pedreiro, frentista, líder de produção, armador de obras, pintor, metalúrgico, soldador, motorista, marceneiro, borracheiro, técnico de enfermagem, torneiro mecânico, auxiliar administrativo, auxiliar de topografia, serviços do lar, comerciante e pecuarista. Os quatro participantes que trabalhavam após a lesão eram comerciantes, confeccionista de prótese dentária e conselheiro tutelar, sendo o último o único que ainda exercia emprego formal com registro na carteira de trabalho. Os demais eram autônomos. Os únicos participantes que continuaram exercendo a mesma profissão de antes da lesão foram dois comerciantes, que eram proprietários de um bar e de uma barraca de coco, porém ambos relataram diminuição no ritmo de trabalho e, consequentemente, na renda. No momento das entrevistas, eles afirmaram não serem mais capazes de assumir todas as responsabilidades de outrora, as quais tiveram que ser compartilhadas com outras pessoas da família após a lesão.

Quatro participantes (13,3%) mencionaram desenvolver algumas atividades consideradas "bicos", incluindo confecção de semijoias e realização de palestras. No entanto, eles não as consideravam um trabalho propriamente dito, pois não se sentiam realizados por desenvolvê-las e porque rendiam um valor bastante inferior ao benefício ou à aposentadoria. Entretanto, não se sentiam seguros em deixar de realizá-las e tentar um outro trabalho. Por este motivo, tais atividades não foram consideradas como trabalho neste estudo.

Em relação às causas das lesões, predominaram os acidentes por arma de fogo, seguidos dos acidentes de motocicleta, de carro, durante mergulho e quedas da altura. Prevaleceram lesões torácicas em seguida as cervicais.

Os principais cuidadores foram as mulheres, sobretudo mães e esposas, porém a maioria referiu apoio de toda a família após a lesão.

Quase todos os participantes frequentaram algum Centro de Reabilitação, mas, na época da coleta de dados, a maioria não fazia mais qualquer tipo de terapia. Alguns realizavam apenas fisioterapia e uma minoria, que havia sofrido a lesão há pouco tempo, ainda era acompanhada em Centros de Reabilitação. Os participantes a partir do tema "Terapias" trouxeram uma questão que não estava na Ficha de Identificação, onde 23 (76,6%) referiram não ter recebido a assistência e acompanhamento psicológico que necessitavam após a lesão, pois gostariam de ser

acompanhados por um período maior, outros referiram que gostariam de intervenções mais focadas em seus problemas, nas dificuldades reais do seu dia a dia, ou um melhor "feedback" por parte dos profissionais.

Grande parte referia ter uma vida social ativa, porém somente metade dos participantes conseguia sair de casa sozinha. Embora muitos mantivessem uma rotina com atividades fora do ambiente domiciliar, no momento em que eram questionados sobre as atividades diárias, todos foram unânimes em pontuar falta de acessibilidade, barreiras, falta de respeito e de empatia como os principais motivos que dificultavam a saída de casa.

Nota-se maior número de pessoas com lesão medular que realizavam apenas algumas atividades de autocuidado, tais como auxiliar no banho, na transferência ou troca de roupa, ou indivíduos capazes de se alimentarem sozinhos. Em seguida tivemos um maior quantitativo de participantes independentes para todas as atividades, onde foram incluídos aqueles que conseguem realizar tudo referente ao autocuidado sem precisar do auxílio de outras pessoas. Por fim, os que tiveram menor quantitativo foram aqueles que não realizam nenhuma atividade de autocuidado, sendo estes aqueles que não conseguem ao menos auxiliar seus cuidadores, sendo totalmente dependentes para todas essas atividades.

A maioria não fazia uso de medicamentos psiquiátricos e, nas medicações citadas, foram observados três ansiolíticos do grupo dos benzodiazepínicos, dois antidepressivos da classe dos inibidores seletivos de recaptação da serotonina, um antidepressivo triciclo e um antipsicótico.

Tabela 2 - Análise estatística das variáveis quantitativas (n=30)

Variáveis	Idade	Renda anterior	Renda atual	Tempo de lesão
N válido	30	30	30	28
N omisso	0	0	0	2
Média	40,83	2390,00	1642,37	10,04
Mediana	38,00	2000,00	1550,00	5,50
Desvio-Padrão	14,391	1659,321	936,326	11,104
Mínimo	19	0	0	1
Máximo	72	7000	5000	40

Houve diminuição na renda dos participantes após a lesão. Como três

(30%) sofreram tal lesão antes da moeda atual do Brasil, suas rendas foram convertidas de acordo com o que referiram receber na época. Importante ressaltar ainda que, para fins de comparação entre os valores da renda anterior e da atual, os próprios participantes informaram a quantia que recebiam, sendo 15 (50%) deles os provedores do lar e 13 (43,3%) colaboradores com a renda familiar. A Renda Média Familiar do Critério de Classificação Econômica não foi utilizada nos resultados.

Na análise estatística do tempo de lesão, foram considerados omissos dois participantes (6,7%), pois apresentaram dados em meses, o que inviabilizou que fossem analisados em conjunto com os resultados expressos em anos.

## 5.2 Etapa quantitativa: ansiedade e depressão

Tabela 3 - Distribuição da frequência e porcentagem dos participantes de acordo com os escores dos sintomas de depressão

Escores de sintomas de depressão	Frequência	Porcentagem
Sem depressão/mínima (0 a 9)	14	46.7
Leve/moderada (10 a 18)	11	36.7
Moderada/grave (19 a 29)	4	13.3
Grave (30 a 63)	1	3.3
Total	30	100.0

Os resultados mostram que 53,3% dos participantes apresentam algum sintoma de depressão variando de leve a grave e um pouco menos da metade dos participantes sem sintomas de depressão ou sintomas mínimos.

Tabela 4 - Distribuição da frequência e porcentagem dos participantes de acordo com os escores dos sintomas de Ansiedade- Estado

Escores dos sintomas ansiedade	Frequência	Porcentagem
Sem sintomatologia/leve (<33)	3	10.0
Média (33 a 49)	22	73.3
Alta (>49)	5	16.7
Total	30	100.0

Os resultados evidenciam ainda que a maioria apresentou "Ansiedade-Estado média"

Tabela 5 - Distribuição e frequência dos participantes de acordo com os escores dos sintomas de Ansiedade-Traço

Escores dos sintomas ansiedade	Frequência	Porcentagem
Sem sintomatologia/leve (<33)	11	36.7
Média (33 a 49)	17	56.7
Alta (>49)	2	6.7
Total	30	100.0

Observa-se que a maioria apresentou "Ansiedade-Traço média", seguida de "Sem sintomatologia ou Ansiedade-Traço leve".

Tabela 6 - Valores médios, mediana e desvio-padrão dos escores de sintomas de ansiedade e depressão

	Pontuação Total -	Pontuação Total -	Pontuação Total -
	Beck	IDATE - Estado	IDATE - Traço
N Válido	30	30	30
N Omisso	0	0	0
Média	11.77	41.73	37.70
Mediana	10.50	39.50	39.00
Desvio-Padrão	7.859	8.710	7.905
Mínimo	0	30	25
Máximo	36	71	54

Após analisar estatisticamente os dados, observou-se que a média de sintomas de depressão dos participantes foi de 11,77, o que condiz com o escore de "Depressão leve/moderada". A média do Ansiedade-Estado ficou em 41,73, enquadrando-se no escore de "Ansiedade média", e o de Ansiedade- Traço apresentou média de 37,70, também condizente com "Ansiedade média".

## 5.3 Etapa Quantitativa: características dos participantes, depressão e ansiedade

Após identificados na literatura alguns fatores associados a maiores sintomas de sofrimento psíquico, fez-se o cruzamento de alguns dados obtidos na Ficha de Identificação com os escores dos sintomas de depressão e ansiedade, aplicando-se o Teste Exato de Fisher.

Tabela 7 - Associação das características dos participantes/dados sociodemográficos e sintomas de depressão

Sintomas de	Sem	Depressão	Depressão	Depressão	Total
Depressão	depressão/mínima	leve/moderada	moderada/grave	grave	
	(0 a 9)	(10 a 18)	(19 a 29)	(30 a 63)	
Sexo					
Mulheres	3	0	1	0	4
	75%	0,0%	25%	0,0%	100%
Homens	11	11	3	1	26
	42,3%	42,3%	11,5%	3,8%	100%
Total	14	11	4	1	30
rotar	46,7%	36,7%	13,3%	3,3%	100%
Teste Exato de	•	00,1 70	10,070	0,070	10070
Idade		•	•	•	
19-29	3	3	2	0	8
	37,5%	37,5%	25%	0,0%	100%
30-39	4	4	1	1	10
	40%	40%	10%	10%	100%
>40	7	4	1	0	12
	58,3%	33,3%	8,3%	0,0%	100%
Total	14	11	4	1	30
	46,7%	36,7%	13,3%	3,3%	100%
Teste Exato de	Fisher p=0,824				
Ocupação Profissional					
Apenas	8	6	3	0	17
Aposentadoria	47,1%	35,3%	17,6%	0,0%	100%
Apenas BPC	3	4	1	1	9
Aponao Br o	33,3%	44,4%	11,1%	11,1%	100%
Taskallasa	0	4	0	0	4
Trabalham	3	1	0	0	4
	75%	25%	0,0%	0,0%	100%
Total	14	11	4	1	30
Total	46,7%	36,7%	13,3%		100%
Teste Exato de		30,770	13,370	3,3%	100%
Teste Livato de	1 ISHEL P=0,730				
Nível escolar					
Sem	0	1	0	0	1
escolaridade	0,0%	100%	0,0%	0,0%	100%
	,		,	,	
Fundamental	11	10	4	1	26
ou médio	42,3%	38,5%	15,4%	3,8%	100%
	•				
Técnico ou	3	0	0	0	3
superior	100%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
incompleto		·	•		
·					
Total	14	11	4	1	30
	46,7%	36,7%	13,3%	3,3%	100%
Teste Exato de	Fisher p=0475				
				С	ontinua

Sintomas de Depressão	Sem depressão/mínima (0 a 9)	Depressão leve/moderad a (10 a 18)	Depressão moderada/grave (19 a 29)	Depressão grave (30 a 63)	Total
<b>Nivel</b>	5	5	1	1	12
Cervical	41,7%	41,7%	8,3%	8,3%	100%
Torácica	9	5	3	0	17
	52,9%	29,4%	17,6%	0,0%	100%
Lombar	0	1	0	0	1
	0,0%	100%	0,0%	0,0%	100%
Total Teste Exato de	14 46,7% Fisher p=0,562	11 36,7%	4 13,3%	1 3,3%	30 100%
Tempo de lesão					
<1 ano	0	2	0	0	2
	0,0%	100%	0,0%	0,0%	100%
1 a 5 anos	4	6	3	1	14
	28,6%	42,9%	21,4%	7,1%	100%
>5 anos	10	3	1	0	14
	71,4%	21,4%	7,1%	0,0%	100%
Total  Teste exato de	14 46,7% Fisher p=0,093	11 36,7%	4 13,3%	1 3,3%	30 100%
Classe Social B1	2	0	0	0	2
B2	100%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
	1	4	1	0	6
	16,7%	66,7%	16,7%	0,0%	100%
C1	9	3	1	0	13
	69,2%	23,1%	7,7%	0,0%	100%
C2 D-E	1 12,5% 1	4 50% 0	2 25% 0	1 12,5% 0	8 100% 1
Total	100%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
	14	11	4	1	30
	46,7%	36,7%	13,3%	3,3%	100%
Renda atual	4	3	2	1	10
<1000	40%	30%	20%	10%	100%
1000 a 1999	5	4	2	0	11
	45,5%	36,4%	18,2%	0,0%	100%
>2000	5	4	0	0	9
	55,6%	44,4%	0,0%	0,0%	100%
Total	14	11	4	1	30
	46,7%	36,7%	13,3%	3,3%	100%
Teste Exato de		30,7 70	13,370	3,370	100%

continuação...

Sintomas de	Sem	Depressão	Depressão	Depressão	Total
Depressão	depressão/mínima	leve/moderada	moderada/grave	grave	
	(0 a 9)	(10 a 18)	(19 a 29)	(30 a 63)	
Apoio familiar pós lesão					
Sim	13 54,2%	8 33,3%	2 8,3%	1 4,2%	24 100%
Não	1 33,3%	1 33,3%	1 33,3%	0 0,0%	3 100%
Somente da esposa	0 0,0%	2 66,7%	1 33,3%	0 0,0%	3 100%
Total  Teste Exato de F	14 46,7% Fisher p=0,343	11 36,7%	4 13,3%	1 3,3%	30 100%
Atividade de autocuidado Realiza todas ou algumas	12 50%	8 33,3%	3 12,5%	1 4,2%	24 100%
Não realiza	2	3	1	0	6
Total	33,3% 14	50% 11	16,7% 4	0,0%	100% 30
Teste Exato de F	46,7% Fisher p=0,865	36,7%	13,3%	3,3%	100%
Estado Civil Solteiro	8 66,7%	3 25%	0 0,0%	1 8,3%	12 100%
Casado	2 15,4%	8 61,5%	3 23,1%	0 0,0%	13 100%
Divorciado/se- parado	4 80%	0 0,0%	1 20%	0 0,0%	5 100%
Total	14 46,7%	11 36,7%	4 13,3%	1 3,3%	30 100%
Teste Exato de F	Fisher p=0,007				

conclusão.

O único cruzamento das variáveis que apresentou significância estatística envolveu o estado civil. Pode-se observar que os participantes cujas porcentagens foram maiores em "sem depressão/mínima" eram divorciados/separados e solteiros. Em contrapartida, os casados apresentaram maiores porcentagens em depressão "leve/moderada" e "moderada/grave", de modo que, somadas ambas as variáveis, obteve-se um total de 84,6% de pessoas com sintomas de depressão.

Tabela 8 - Associação das características dos participantes/dados sociodemográficos e sintomas de Ansiedade-Estado

Sintomas de Ansiedade-Estado	Sem sintomatologia ou Ansiedade leve (<33)	Ansiedade média (33 a 49)	Ansiedade alta (>49)	Total
Sexo				
Mulheres	0	4	0	4
11	0,0%	100%	0,0%	100%
Homens	3	18	5	26
Total	11,5% 3	69,2% 22	19,2% 5	100% 30
Total	3 10%	73,3%	16,7%	100%
Teste Exato de Fishe		73,370	10,7 70	10076
	λ. ρ. σ,τ. το.			
Idade	4	F	0	0
19-29	1 12,5%	5 62,5%	2 25%	8 100%
30-39	12,5%	62,5% 7	25%	100%
30-33	10%	70%	20%	100%
>40	1070	10	1	12
7 10	8,3%	83,3%	8,3%	100%
Total	3	22	5	30
	10%	73,3%	16,7%	100%
Teste Exato de Fishe	er p=0,872			
Ocupação Profissional				
Apenas	3	11	3	17
aposentadoria	17,6%	64,7%	17,6%	100%
A DD0	•	•	,	
Apenas BPC	0	8	1	9
	0,0	88,9%	11,1%	100%
Trabalham	0	3	1	4
Trabalitatii	0,0	75%	25%	100%
	-,-	- 2,70	, ,	1 2 2 7 0
Total	3	22	5	30
	10%	73,3%	16,7%	100%
Teste Exato de Fishe	er p=0,754			
Nível escolar				
Sem escolaridade	0	1	0	1
<del>-</del>	0,0%	100%	0,0%	100%
Fundamental/médio	3	18	, 5	26
	11,5%	69,2%	19,2%	100%
Técnico/superior	0	3	0	3
incompleto	0,0%	100%	0,0%	100%
Total	2	22	E	20
Total	3 10%	22 72 20/	5 16 7%	30 100%
Teste Exato de Fishe		73,3%	16,7%	100%
TOSIC EXALU UE I ISHE	51 p=1,000			

continua...

Cervical         0         10         2         12           Torácica         0.0%         83,3%         16,7%         100%           Torácica         3         11         3         17           Lombar         0         1         0         1           Lombar         0,0%         100%         0,0%         100%           Total         3         22         5         30           Total         3         22         5         30           Teste Exato de Fisher p=0.565         7         100%         16,7%         100%           Tempo de lesão           < 1 ano         0         2         0         2           1 a 5 anos         2         9         3         14           1 a 5 anos         1         11         2         14           2 f ano         0,0%         100%         0,0%         100%           1 a 5 anos         1         11         2         14           2 f ano         0         0         0         0         2           5 anos         1         11         2         14         1         0         0         1	Sintomas de Ansiedade-Estado	Sem sintomatologia ou Ansiedade leve (<33)	Ansiedade média (33 a 49)	Ansiedade alta (>49)	Total
Torácica 3 11 3 17 17 17 17 18 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 1	Nível da lesão				
Torácica 3 11 3 17,6% 17,6% 17,6% 100% 17,6% 64,7% 17,6% 100% 1 00 1 0 0 1 0 0 1 0 0 1 0 0 1 0 0 1 0 0 1 0 0 0 1 0	Cervical				
Lombar	_ , .	· ·			
Lombar 0 1 0 0 1 0,0% 100% 0,0% 100% Total 3 22 5 30 Teste Exato de Fisher p=0,565  Tempo de lesão < 1 ano 0 2 0 2 1 a 5 anos 2 9 3 14 1	Torácica				
Total 0,0% 100% 0,0% 100% 100% 100% Total 3 22 5 30 30    Teste Exato de Fisher p=0,565    Tempo de Iesão	Lombor				
Total 3 22 5 30 10% 73,3% 16,7% 100%  Teste Exato de Fisher p=0,565  Tempo de Iesão <1 ano 0 2 0 2 1 ano 0,0% 100% 0,0% 100%  1 a 5 anos 2 9 3 14 5 5 anos 1 11 1 2 14 5 5 anos 1 11 1 2 14 5 5 anos 1 1 11 2 14 5 5 anos 7,1% 78,6% 14,3% 100%  Total 3 22 5 30  Teste Exato de Fisher p=0,853  Classe Social  B1 1 1 0 0 2 B2 0 4 2 6 C1 2 9 2 13 C1 2 9 1 10% C2 0,0% 87,5% 12,5% 100% C3 0,0% 87,5% 12,5% 100% C4 0,0% 100% 0,0% 100% C5 0,0% 100% 0,0% 100% C6 0,0% 100% 0,0% 100% C6 0,0% 100% 0,0% 100% C7 0 1 0 1 0 1 C1 1 1 0 0 1 C1 1 0 0 1 C1 1 0 0 1 C1 1	Lombai	-			
Teste Exato de Fisher p=0,565  Tempo de Iesão  <1 ano 0 2 0 2 1 a 5 anos 2 9 3 14 1 11 2 14 5 anos 7,1% 78,6% 14,3% 100%  Total 3 22 5 30  Classe Social  B1 1 1 0 2 1 15,4% 50% 50% 0,0% 100%  C1 2 9 2 1  C2 0 2 13  C1 4 5 anos 1 1 11 2 14  Total 3 22 5 30  Classe Social  B1 1 1 0 0 2 6  B2 0 4 2 6  C1 2 9 2 13  C1 2 9 2 13  C1 3 3,3% 100%  C1 2 9 2 13  C1 3 3 3,3% 100%  C1 2 9 2 13  C1 3 50% 50% 0,0% 100%  C1 2 9 2 13  C2 0 7 1 8 8  C2 0 7 1 8 8  C2 0 7 1 8 8  C2 0 7 1 1 8  C2 0 0 7 1 8 8  C3 0,0% 100%  C4 0,0% 87,5% 12,5% 100%  C5 0 0 7 1 1 8  C6 0,0% 100%  C6 0,0% 100% 0,0% 100%  C7 0 1 100%  C8 0,0% 100% 0,0% 100%  C9 0 7 1 1 8  C9 0 7 1 1 00%  C9 0 7 1 1 00%  C9 0 7 1 1 00%  C1 0 3 22 5 5 30  Total 3 3 30 5 3 3 30 5 3 30 5 3 30 5 3 30 5 3 30 5 3 30 5 3 30 5 3 30 5 3 30 5 3 30 5 3 30 5 3 30 5 3 30 5 3 30 5 3 30 5 3 30 5 3 30 5 3 30 5 3 30 5 3 30	Total				
Teste Exato de Fisher p=0,565  Tempo de lesão  < 1 ano	10101				
Tempo de lesão	Teste Exato de Fisher		7	,	
<pre>&lt;1 ano</pre>		•			
1 a 5 anos 2 9 3 14 1 a 5 anos 2 9 3 14 1 a 5 anos 14,3% 64,3% 21,4% 100% > 5 anos 1 111 2 14 Total 3 22 5 30 Total 3 22 5 30 Teste Exato de Fisher p=0,853  Classe Social B1 1 1 0 0 2 Classe Social B1 1 1 0 0 2 B2 0 4 2 6 6 C1 2 9 2 3 33,3% 100% C2 0 0 7 1 8 C2 0 0 1 8 C2 0 0 1 8 C3 0 0 1 8 C4 0 0 0 1 00% C5 0 0 7 1 8 C5 0 0 1 0 0 1 C5 0 0 0 1 0 0 1 C5 0 0 0 1 0 0 0 C5 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		0	2	0	2
1 a 5 anos 2 9 3 14 14,3% 64,3% 21,4% 100% > 5 anos 1 1 111 2 14 Total 3 22 5 30 Teste Exato de Fisher p=0,853  Classe Social B1 1 1 0 0 2 B2 0 4 2 6 B2 0 4 2 6 B2 0 0 7 1 1 8 B3 0 1 1 8 B4 1 1 0 0 2 13 B5 15,4% 69,2% 15,4% 100% C2 0 0 7 1 8 B5 100% 87,5% 12,5% 100% D-E 0 0 1 0 0 1 0 1 D-E 0 0 1 0 0 1 D-E 0 0,0% 73,3% 16,7% 100% Teste Exato de Fisher p= 0,599 Renda atual <1000 0 9 1 1 10 Total 3 22 5 3 30 Teste Exato de Fisher p= 0,599 Renda atual <1000 0 9 1 1 10 Total 3 11 0 0 10 Total 3 22 5 3 30 Total 3 3 22 3 3 30 Total 4 0 2 3 3 Total 5 3 3 3 4 4 Total 5 3 3 3 4 4 Total 6 3,6% 79,2% 12,5% 100% Total 8,3% 79,2% 12,5% 100% Total 8,3% 79,2% 12,5% 100% Não 1 0 0 2 3 3 30 Total 66,7% 100%	\ T and				
14,3%	1 a 5 anos	•			
> 5 anos				21,4%	100%
Total 3 22 5 30 Teste Exato de Fisher p=0,853  Classe Social B1 1 1 0 0 2	> 5 anos	1	11	2	
Teste Exato de Fisher p=0,853  Classe Social  B1					
Teste Exato de Fisher p=0,853         Classe Social         B1       1       1       0       2         50%       50%       0,0%       100%         B2       0       4       2       6         0,0%       66,7%       33,3%       100%         C1       2       9       2       13         15,4%       69,2%       15,4%       100%         C2       0       7       1       8         C2       0       7       1       8         C2       0       7       1       8         D-E       0       1       0       1         0,0%       100%       0,0%       100%       100%         Total       3       22       5       30         Teste Exato de Fisher p=0,599       8       1       1       1       100%         Teste Exato de Fisher p=0,599       8       1       1       1       1       1       0       1       1       1       0       1       1       0       1       1       0       1       0       1       0       1       1       0       1	Total				
Classe Social B1	Tarte Eller de Eller		73,3%	16,7%	100%
B1	l este Exato de Fisher	p=0,853			
B2 0 4 2 6 0,0% 66,7% 33,3% 100% C1 2 9 2 13 15,4% 69,2% 15,4% 100% C2 0 7 1 8 0,0% 87,5% 12,5% 100% D-E 0 1 0 1 0 1 0,0% 100% Total 3 22 5 30 Teste Exato de Fisher p= 0,599 Renda atual <1000 0 9 1 100 1000 100 1000 0 9 1 100 1000 1000 100 1000 1000 100 1000 1000 100 10000 10000 1000	Classe Social				
B2 0 4 2 6 0,0% 66,7% 33,3% 100% C1 2 9 2 13 13 100% C2 9 2 13 100% C2 0 7 1 8 8 12,5% 100% D-E 0 1 0 1 0 1 100% Total 3 22 5 30 110 100% C1000 a 1999 1 7 3 11 0 0 100% C1000 a 1999 1 7 3 11 0 0 100% C1000 a 1999 1 7 3 3 11 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	B1				
C1				·	
C1	B2				
C2 0 7 15,4% 69,2% 15,4% 100% C2 0 7 1 8 0,0% 87,5% 12,5% 100% D-E 0 1 0 1 0 1 100% Total 3 22 5 30 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% Teste Exato de Fisher p= 0,599	C1				
C2	C1				
D-E 0,0% 87,5% 12,5% 100% D-E 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 0 1 1 0 0 0 1 1 0 0 0	C2				
D-E 0,0% 100% 0,0% 100% 100% 100% Total 3 22 5 30 10% 100% 73,3% 16,7% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 10	02				
Total 3 22 5 30	D-E				
Teste Exato de Fisher p= 0,599  Renda atual <1000					
Teste Exato de Fisher p= 0,599  Renda atual <1000 0 9 1 100 1000 a 1999 1 7 3 11 1000 1000 a 1999 1 7 3 11 1000 >2000 2 6 1 9 22,2% 66,7% 11,1% 100%  Total 3 22 5 30 10% 73,3% 16,7% 100%  Teste Exato de Fisher p=0,455  Apoio Familiar Sim 2 19 3 24 8,3% 79,2% 12,5% 100% Não 1 0 2 3 33,3% 0,0% 66,7% 100%  Somente da espo- 0 3 0 3	Total				
Renda atual <1000			73,3%	16,7%	100%
<1000		p= 0,599			
0,0%     90%     10%     10%       1000 a 1999     1     7     3     11       9,1%     63,6%     27,3%     100%       >2000     2     6     1     9       22,2%     66,7%     11,1%     100%       Total     3     22     5     30       10%     73,3%     16,7%     100%       Teste Exato de Fisher p=0,455       Apoio Familiar       Sim     2     19     3     24       8,3%     79,2%     12,5%     100%       Não     1     0     2     3       Não     1     0     2     3       33,3%     0,0%     66,7%     100%       Somente da espo-     0     3     0     3		0	•	4	40
1000 a 1999	<1000				
9,1% 63,6% 27,3% 100% >2000 2 6 1 9 22,2% 66,7% 11,1% 100%  Total 3 22 5 30 10% 73,3% 16,7% 100%  Teste Exato de Fisher p=0,455  Apoio Familiar  Sim 2 19 3 24 8,3% 79,2% 12,5% 100%  Não 1 0 2 3 33,3% 0,0% 66,7% 100%  Somente da espo- 0 3 0 3	1000 a 1000	•			
>2000 2 6 1 9 22,2% 66,7% 11,1% 100%  Total 3 22 5 30 10% 73,3% 16,7% 100%  Teste Exato de Fisher p=0,455  Apoio Familiar  Sim 2 19 3 24 8,3% 79,2% 12,5% 100%  Não 1 0 2 3 33,3% 0,0% 66,7% 100%  Somente da espo- 0 3 0 3	1000 a 1333				
22,2%     66,7%     11,1%     100%       Total     3     22     5     30       10%     73,3%     16,7%     100%       Teste Exato de Fisher p=0,455       Apoio Familiar       Sim     2     19     3     24       8,3%     79,2%     12,5%     100%       Não     1     0     2     3       Não     1     0     2     3       33,3%     0,0%     66,7%     100%       Somente da espo-     0     3     0     3	>2000				
Total     3     22     5     30       10%     73,3%     16,7%     100%       Teste Exato de Fisher p=0,455       Apoio Familiar       Sim     2     19     3     24       8,3%     79,2%     12,5%     100%       Não     1     0     2     3       33,3%     0,0%     66,7%     100%       Somente da espo-     0     3     0     3			-	="	
Teste Exato de Fisher p=0,455         Apoio Familiar       Sim       2       19       3       24         Sim       8,3%       79,2%       12,5%       100%         Não       1       0       2       3         Não       1       0       2       3         33,3%       0,0%       66,7%       100%         Somente da espo-       0       3       0       3	Total				
Apoio Familiar       Sim     2     19     3     24       8,3%     79,2%     12,5%     100%       Não     1     0     2     3       33,3%     0,0%     66,7%     100%       Somente da espo-     0     3     0     3			73,3%	16,7%	100%
Sim     2     19     3     24       8,3%     79,2%     12,5%     100%       Não     1     0     2     3       33,3%     0,0%     66,7%     100%       Somente da espo-     0     3     0     3	Teste Exato de Fisher	p=0,455			
8,3%     79,2%     12,5%     100%       Não     1     0     2     3       33,3%     0,0%     66,7%     100%       Somente da espo-     0     3     0     3	Apoio Familiar				
Não     1     0     2     3       33,3%     0,0%     66,7%     100%       Somente da espo-     0     3     0     3	Sim				
33,3% 0,0% 66,7% 100% Somente da espo- 0 3 0 3	N.1~				
Somente da espo- 0 3 0 3	Nao	<u>-</u>			
·	Somente de cons		· ·		
	sa				
	Total				
10% 73,3% 16,7% 100%	. 5				
Teste Exato de Fisher p=0.041 continuação	Teste Exato de Fisher		-,	-,	

Sintomas de Ansiedade-Estado	Sem sintomatologia ou Ansiedade leve (<33)	Ansiedade média (33 a 49)	Ansiedade alta (>49)	Total
Atividades de autocuidado				
Realiza todas ou	3	18	3	24
algumas	12,5%	75%	12,5%	100%
Não realiza	0	4	2	6
	0,0%	66,7%	33,3%	100%
Total	,	,	,	
	3	22	5	30
	10%	73,3%	16,7%	100%
Teste Exato de Fisher	p=0,334.	·	·	
Estado civil				
Solteiro	3	8	1	12
	25%	66,7%	8,3%	100%
Casado	0	9	4	13
	0,0%	69,2%	30,8%	100%
Divorciado/separado	0	5	0	5
·	0,0%	100%	0,0%	100%
Total				
	3	22	5	30
	10%	73,3%	16,7%	100%
Teste Exato de Fisher	p=0,130			

conclusão.

O único cruzamento que apresentou significância estatística foi em relação ao apoio familiar. Observou-se que 100% dos participantes que perceberam apoio somente da esposa apresentavam "ansiedade média". Houve predomínio daqueles que sentiram apoio familiar na "ansiedade média" e daqueles que não o sentiram na "ansiedade alta".

Tabela 9 - Associação das características dos participantes/dados sociodemográficos e sintomas de Ansiedade –Traço

Sintomas de Ansiedade –Traço	Sem sintomatologia ou Ansiedade leve (<33)	Ansiedade média (33 a 49)	Ansiedade alta (>49)	Total
Sexo	•			
Mulheres	2 50%	2 50%	0 0,0%	4 100%
Homens	9 34,6%	15 57,7%	2 7,7%	26 100%
Total	11 36,7%	17 56,7%	2 6,7%	30 100%
Teste Exato de Fishe	·	33,77	0,1 70	10070
Idade	•			
19-29	4 50%	3 37,5%	1 12,5%	8 100%
30-39	3 30%	6 60%	1 10%	10 100%
>40	4 33,3%	8 66,7%	0 0,0%	12 100%
Total	11 36,7%	17 56,7%	2 6,7%	30 100%
Teste Exato de Fishe		00,170	5,1 75	10070
Ocupação Profissional				
Apenas aposentadoria	8 47,1%	8 47,1%	1 5,9%	17 100%
Apenas BPC	. 1	7	1	9
Trabalham	11,1% 2	77,8% 2	11,1% 0	100%
Total	50% 11	50% 17	0,0%	100% 30
Teste Exato de Fishe	36,7% er n=0 359	56,7%	6,7%	100%
Nível escolar	51 p=0,000			
Sem escolaridade	0	1	0	1
Fundamental/mé-	0,0% 8	100% 16	0,0% 2	100% 26
dio	30.8%	61.5%	7.7%	100%
Técnico/superior incompleto	3 100%	0 0,0%	0 0,0%	3 100%
Total Teste Exato de Fishe	11 36,7% er p=0,110	17 56,7%	2 6,7%	30 100%

continua...

Sintomas de Ansiedade –Traço	Sem sintomatologia ou Ansiedade leve (<33)	Ansiedade média (33 a 49)	Ansiedade alta (>49)	Total
Nível da lesão				
Cervical	3	7	2	12
	25%	58,3%	16,7%	100%
Torácica	8	9	0	17
	47,1%	52,9%	0,0%	100%
Lombar	0	1	0	1
Total	0,0% 11	100% 17	0,0%	100%
Total	36,7%	56,7%	2 6,7%	30 100%
Teste Exato de Fisher		30,7 %	0,770	100%
Teste Exato de Fisher	μ=0,337			
Tempo de lesão				
< 1 ano	0	2	0	2
	0,0%	100%	0,0%	100%
1 a 5 anos	5	7	2	14
	35,7%	50%	14,3%	100%
> 5 anos	6	8	0	14
	42,9%	57,1%	0,0%	100%
Total	11	17	2	30
T . F . I F: I	36,9%	56,7%	6,7%	100%
Teste Exato de Fisher	p=0,563			
Classe Social				
B1	2	0	0	2
	100%	0,0%	0,0%	100%
B2	3	3	0	6
	50%	50%	0,0%	100%
C1	5	7	1	13
C2	38,5%	53,8%	7,7%	100%
<b>C</b> 2	0 0,0%	7 87,5%	1 12,5%	8 100%
D-E	0,0 %	0	0	100 %
D-L	100%	0,0%	0,0%	100%
Total	11	17	2	30
. • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	36,7%	56,7%	6,7%	100%
Teste Exato de Fisher		,	-,	
	• '			
Renda atual	_	_	_	
< 1000	2	8	0	10
1000 1000	20%	80%	0,0%	100%
1000 a 1999	5	4	2	11
. 2000	45,5%	36,4%	18,2%	100%
> 2000	4	5	0	9
Total	44,4%	55,6%	0,0%	100%
Total	11 36.7%	17 56 7%	2 6 7%	30 100%
Teste Exato de Fisher	36,7% n=0.201	56,7%	6,7%	100%
I ESIE EXAID DE FISHEI	μ-0,201			

continuação...

Sintomas de Ansiedade –Traço	Sem sintomatologia ou Ansiedade leve (<33)	Ansiedade média (33 a 49)	Ansiedade alta (>49)	Total
Apoio familiar				
Sim	9	14	1	24
	37,5%	58,3%	4,2%	100%
Não	1	1	1	3
	33,3%	33,3%	33,3%	100%
Apenas da esposa	1	2	0	3
	33,3%	66,7%	0,0%	100%
Total	11	17	2	30
	36,7%	56,7%	6,7%	100%
Teste Exato de Fisher	p=0,449.			
Atividade de autocuidado				
Realiza todas ou	10	14	0	24
algumas	41,7%	58,3%	0,0%	100%
Não realiza	1	3	2	6
	16,7%	50%	33,3%	100%
Total	11	17	2	30
	36,7%	56,7%	6,7%	100%
Teste Exato de Fisher		·	,	
Estado civil				
Solteiro	6	5	1	12
	50%	41,7%	8,3%	100%
Casado	3	9	1	13
	23,1%	69,2%	7,7%	100%
Divorciado/separado	2	3	0	5
	40%	60%	0,0%	100%
Total	11	17	2	30
	36,7%	56,7%	6,7%	100%
Teste Exato de Fisher	p=0,691			

conclusão.

O cruzamento das variáveis apresentou significância apenas em relação ao autocuidado, sendo que a "ansiedade alta" esteve presente somente naqueles participantes que não conseguiam realizar qualquer atividade de autocuidado, apresentando também baixo percentual de pessoas dependentes "sem sintomatologia ansiosa ou leve".

## 5.4 Etapa Quantitativa: papéis ocupacionais

Os participantes referiram a incumbência percebida em relação aos papéis ocupacionais por eles desempenhados no passado, presente e futuro e a importância

atribuída a cada um desses papéis.

Tabela 10 - Distribuição da frequência e porcentagem dos padrões de papéis ocupacionais desempenhados no passado, presente e futuro (n=30)

Nº de	Perda	Perda	Ganho	Ganho	Contínuo	Contínuo	Mudança	Ausência
papéis	1	2	1	2	1	2		
0	14	11	30	21	28	1	7	3
	46,7%	36,7%	100%	70%	93,3%	3,3%	23,3%	10%
1	9	8		6	2	2	16	4
	30%	26,7%		20%	6,7%	6,7%	53,3%	13,3%
2	2	5		1		7	4	4
	6,7%	16,7%		3,3%		23,3%	13,3%	13,3%
3	4	5		2		8	1	8
	13,3%	16,7%		6,7%		26,7%	3,3%	26,7%
4	1	1				6	2	6
	3,3%	3,3%				20%	6,7%	20%
5						3		5
						10%		16,7%
6						2		
						6,7%		
7						1		
						3,3%		

Esse resultado evidencia que poucos participantes passaram a assumir algum novo papel ocupacional após a lesão. Nota-se também que 23 pessoas (76,7%) desejavam mudar esta condição e futuramente desempenhar de um a quatro novos papéis.

Tabela 11 - Média, Mediana e Desvio-padrão dos papéis ocupacionais no passado, presente e futuro (n=30)

	Perda	Perda	Perda	Ganho	Ganho	Ganho	Contínuo	Contínuo	Contínuo	Mudança	Ausência
	1	2	total	1	2	total	1	2	total		
N Válido	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
N Omisso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Média	0.97	1.23	2.20	0.00	0.47	0.47	0.07	3.27	3.33	1.17	2.83
Mediana	1.00	1.00	1.50	0.00	0.00	0.00	0.00	3.00	3.00	1.00	3.00
Desvio-padrão	1.189	1.223	1.750	0.000	0.860	0.860	0.254	1.596	1.626	1.053	1.577
Mínimo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Máximo	4	4	6	0	3	3	1	7	7	4	5

Os valores médios com maiores números de papéis desempenhados foram os contínuos, em seguida a ausência, as perdas e por fim os ganhos.

Tabela 12 - Distribuição da frequência e porcentagem total das Perdas, Ganhos e Contínuos (n=30)

Válido	Total de Perdas	Total de Ganhos	Total Contínuos
0	4	21	1
	13,3%	70%	3,3%
1	11	6	2
	36,7%	20%	6,7%
2	2	1	7
	6,7%	3,3%	23,3%
3	6	2	8
	20%	6,7%	26,7%
4	4		6
	13,3%		20%
5	1		3
	3,3%		10%
6	2		2
	6,7%		6,7%
7			1
			3,3%

Os resultados relavam que 26 (86,7%) participantes vivenciaram a perda de pelo menos um papel após a lesão, variando de uma e seis perdas. Em relação aos ganhos, a maioria não assumiu novos papéis após a lesão, e apenas nove (30%) deles tiveram entre um a três ganhos. Apenas um (3,3%) participante não apresentou nenhum papel "contínuo", ou seja, não continuou desempenhando nenhum papel do passado, e o restante variou entre um e sete papéis "continuo", porém com predomínio de dois, três e quatro papéis preservados no presente.

Tabela 13 - Distribuição da frequência e porcentagem dos padrões de papéis, segundo cada papel ocupacional desempenhado no passado, presente e futuro (n=30)

Papéis	Perda 1	Perda 2	Ganho 1	Ganho 2	Contínuo 1	Contínuo 2	Mudança	Ausência
Estudante				2 6,7%			9 30%	19 63,3%
Trabalhador	5 16,7%	20 66.7%				4 13.3%	1 3,3%	
Voluntário	3 10%	4 13,3%		3 10%		2 6,7%	11 36,7%	7 23,3%
Cuidador	6 20%	3 10%		4 13,3%	1 3,3%	6 20%	4 13,3%	6 20%
Serviço doméstico	4 13,3%	5 16,7%		2 6,7%		12 40%	1 3,3%	6 20%
Amigo	3 10%					25 83,3%	1 3,3%	1 3,3%
Membro da família	1 3,3%					28 93,3%		1 3,3%
Religioso				1 3,3%		3 10%	4 13,3%	22 73,3%
Passatempo/amador	3 10%	7 23,3%		1 3,3%		12 40%	3 10%	4 13,3%
Participante em organizações	4 13,3%	2 6,7%		1 3,3%		3 10%	1 3,3%	19 63,3%

### 5.4.1 Descrição dos padrões segundo cada papel

**Estudante:** Duas pessoas (6,7%) não exerciam esse papel quando sofreram a lesão, porém o desempenhavam no momento da coleta de dados e pretendiam mantê-lo no futuro. Nove pessoas (30%) não desempenhavam esse papel antes ou à época da coleta, mas desejavam exercê-lo futuramente. Outros 19 participantes (63,3%) não desempenhavam esse papel no passado ou no presente e também não projetavam assumi-lo no futuro.

**Trabalhador**: Os participantes que exerciam esse papel apenas antes da lesão totalizaram 25 pessoas (83,4%), das quais cinco (16,7%) não pretendiam exercê-lo no futuro e 20 (66,7%%) sim. Quatro (13,3%) assumiram esse papel no passado e ainda o mantinham, sendo que todos pretendiam continuar exercendo no futuro. Um participante (3,3%) nunca havia desempenhado esse papel, nem no passado nem no presente, porém pretendia exercê-lo no futuro.

**Voluntário:** Sete (23,3%) participantes perderam esse papel, pois o desempenhavam no passado e não mais no presente, dos quais três (10%) não pretendiam voltar a exercê-lo no futuro e quatro (13,3%) sim. Três pessoas (10%) assumiram esse novo papel, tendo em vista que não o desempenharam no passado, mas o faziam no presente e pretendiam mantê-lo no futuro. Dois (6,7%) assumiram esse papel tanto no passado quanto no presente e pretendiam mantê-lo futuramente. Os participantes que não atuaram como voluntários no passado nem no presente, mas desejavam atuar no futuro somaram 11 pessoas (36,7%). Outros sete (23,3%) não desempenharam o papel no passado ou no presente e também não pretendiam assumi-lo no futuro.

**Cuidador:** Nove pessoas (30%) perderam esse papel, pois o exerciam antes da lesão e não mais no presente, das quais seis (20%) também não pretendiam exercê-lo no futuro e três (10%) sim. Quatro (13,3%) participantes ganharam esse novo papel, pois não o desempenhavam no passado, mas o faziam no presente e assim desejavam permanecer no futuro, sendo que todos esses ganhos foram relacionados ao nascimento de bebês na família ou à união com parceiros que possuíam filhos. Sete (23,3%) atuaram como cuidadores no passado e também no presente, sendo que um (3,3%) não pretendia mantê-lo no futuro e seis (20%) sim. As pessoas que não desempenharam este papel no passado nem no presente totalizaram dez (33,3%), porém quatro (13,3%) desejavam assumi-lo futuramente e

seis (20%) não.

**Serviço doméstico**: Nove participantes (30%) perderam esse papel, pois o exerciam no passado e não mais no presente, dos quais quatro (13,3%) não pretendiam assumi-lo no futuro e cinco (16,7%) sim. Duas pessoas (6,7%) ganharam esse papel, pois não o desempenhavam no passado, mas sim no presente e pretendiam mantê-lo no futuro. Outras 12 pessoas (40%) exerceram tal papel no passado e no presente e desejavam exercê-lo também no futuro. Sete (23,3%) não o desempenharam no passado nem no presente, mas um (3,3%) gostaria de assumi-lo futuramente e seis (20%) não.

**Amigo:** Três participantes (10%) exerciam o papel de amigo no passado, mas não no presente e nem o desejavam para o futuro. Outros 25 (83,3%) desempenharam tal papel no passado, no presente e gostariam de mantê-lo no futuro. Dois (6,6%) não o exerceram no passado nem no presente, mas um deles (3,3%) desejava assumi-lo no futuro e outro (3,3%) não.

**Membro da família**: Uma pessoa (3,3%) havia exercido esse papel no passado, mas não o mantido no presente e também não pretendia exercê-lo futuramente. Outros 28 (93,3%) participantes o desempenharam tanto no passado como no presente e desejavam mantê-lo no futuro. Uma pessoa (3,3%) nunca havia exercido esse papel e não pretendia exercê-lo.

**Religioso:** Um participante (3,3%), embora não tivesse exercido esse papel no passado, havia o assumido no presente e pretendia mantê-lo no futuro. Três (10%) o exerceram tanto no passado como no presente e pretendiam mantê-lo no futuro. Aqueles que não o exerceram no passado nem no presente totalizaram 26 pessoas (86,6%), porém quatro delas (13,3%) expressaram o desejo de desempenhálo futuramente e 22 (73,3%) não.

Passatempo/amador: Dez pessoas (33,3%) perderam esse papel, pois o exerceram no passado e não mais no presente, das quais três (10%) pretendiam desempenhá-lo futuramente e sete (23,3%) não. Uma pessoa (3,3%) ganhou esse papel, pois não o desempenhava no passado, mas o fazia no presente e pretendia dar continuidade no futuro. As pessoas que desempenharam o papel no passado, no presente e desejavam mantê-lo no futuro somaram 12 (40%). Sete (23,3%) não o desempenhavam no passado e nem no presente, das quais três (10%) gostariam de exercê-lo no futuro e quatro (13,3%) não.

Participação em organizações: Seis pessoas (20%) desempenharam

esse papel no passado, porém não mais no presente, das quais quatro (13,3%) não pretendiam exercê-lo futuramente e duas (6,7%) sim. Uma pessoa (3,3%) que não o desempenhava no passado, mas o fazia no presente, expressou o desejo mantê-lo no futuro. Três (10%) o desempenharam tanto no passado quanto no presente e assim desejavam prosseguir no futuro. Outras 20 pessoas (66,6%) não o desempenharam no passado nem no presente, mas uma delas (3,3%) expressou o desejo de assumir este papel no futuro e 19 (63,3%) não.

Tabela 14 - Ordem de classificação dos papéis ocupacionais em relação a perdas, ganhos, contínuo, mudança e ausência

	Perda	Ganho	Contínuo	Mudança	Ausência
10	Trabalhador	Cuidador	Membro da família	Voluntário	Religioso
2º	Passatempo	Voluntário	Amigo	Estudante	Estudante/ participação em organizações
30	Serviço doméstico/cuidador	Serviço doméstico/ estudante	Passatempo/ser viço doméstico	Religioso/ cuidador	Voluntário

Considera-se pertinente apresentar essas três classificações, pois se fossem evidenciados apenas os papéis classificados nos primeiros lugares em cada categoria, corria-se o risco de serem interpretados erroneamente, visto que alguns emergiram em maiores frequências/porcentagens em duas ou mais categorias. Exemplo disso refere-se ao papel de cuidador, que se encontrava em primeiro lugar na categoria de ganho, com quatro (13,3%) participantes. Todavia, se analisadas as perdas, tal papel estava a ocupar a terceira colocação, porém com nove (30%) participantes, sendo considerada, portanto, uma taxa percentual maior em relação aos ganhos.

Tabela 15 - Distribuição da frequência e porcentagem da importância designada a cada papel (n=30)

Papéis	Nenhuma	Alguma	Muita
	importância	importância	importância
Estudante	8	13	9
	26,7%	43,3%	30%
Trabalhador		9 30%	21 70%
Voluntário		19 63,3%	11 36,7%
Cuidador	2	12	16
	6,7%	40%	53,3%
Serviço doméstico	5	16	9
	16,7%	53,3%	30%
Amigo		5 16,7%	25 83,3%
Membro da família		1 3,3%	29 96,7%
Religioso	2	7	21
	6,7%	23,3%	70%
Passatempo/amador	1	11	18
	3,3%	36,7%	60%
Participação em organiza-	8	18	4
ções	26,7%	60%	13,3%

Nota-se que os papéis considerados menos importantes foram os de estudante e participação em organizações, e aqueles eleitos como os mais importantes os de membro da família, amigo, trabalhador e religioso.

Para a aplicação da Lista de Identificação dos Papéis Ocupacionais, é necessário partir do pressuposto de que alguém exerce o papel de religioso somente se participar de grupos ou atividades pertinentes à sua religião (excluindo-se o culto religioso) pelo menos uma vez por semana. Dessa forma, esse papel acaba sendo pouco referido, embora seja possível observar, quando analisada a importância designada a este papel, uma alta porcentagem de pessoas que o consideram importante. Vale ainda ressaltar que, apesar de não poderem ser classificados em tal papel ocupacional, os resultados mostram 12 (40%) participantes que frequentavam

sessões religiosas ou realizavam alguma atividade religiosa em casa. Outros dez (33,3%), que não expressavam qualquer apego religioso antes da lesão, desenvolveram crenças posteriormente, ou até mesmo realizavam atividades em casa ou frequentavam sessões religiosas, porém com menos assiduidade. Assim, pode-se inferir que a alta porcentagem de pessoas que não pretendiam exercer esse papel no futuro não esteja relacionada de fato à presença ou não de uma crença religiosa.

# 5.5 Etapa Quantitativa: correlação entre depressão, ansiedade e papéis ocupacionais

Para correlacionar os escores do Inventário de Depressão de Beck e a Lista de Identificação dos Papéis Ocupacionais e a Escala de Ansiedade IDATE-Traço/Estado foi realizada a correlação de Spearman para dados não paramétricos.

Tabela 16 - Correlação entre depressão e papéis ocupacionais

Inventário de Beck	Perda	Ganho	Contínuo	Mudança
Coeficiente de Correlação	.481**	-0.196	508**	0.018
Sig 2 extremidades	0.007	0.300	0.004	0.926
N	30	30	30	30

As correlações apresentaram significância estatística entre as variáveis Depressão e Perda, mostrando relação positiva entre as variáveis, na qual as pessoas com mais perdas de papéis alcançaram os escores mais altos de depressão. Houve significância estatística também no Contínuo, onde a relação negativa revela que os participantes que continuaram assumindo o maior número de papéis apresentaram os menores escores de depressão.

Tabela 17 - Correlação entre Ansiedade- Estado e Papéis Ocupacionais

IDATE- Estado	Perda	Ganho	Contínuo	Mudança
Coeficiente de Correlação	,478**	-0,274	-,732**	0,026
Sig 2 extremidades	0,008	0,142	0,000	0,891
N	30	30	30	30

As correlações apresentaram significância estatística com relação positiva para as Perda e negativa para o Contínuo, de modo que aqueles com mais perdas de papéis apresentaram escores mais altos de ansiedade-Estado, e indivíduos que continuaram desempenhando um maior número de papéis após a lesão apresentaram escores mais baixos de ansiedade.

Tabela 18 - Correlação entre ansiedade-Traço e Papéis Ocupacionais

IDATE-Traço	Perda	Ganho	Contínuo	Mudança
Coeficiente de Correlação	,463**	-0,342	-,704**	-0,014
Sig 2 extremidades	0,010	0,065	0,000	0,941
N	30	30	30	30

As correlações também apresentaram significância estatística positiva para Perda e negativa para Contínuo, pois as pessoas com mais perdas de papéis apresentaram escores mais altos de ansiedade-Traço, e aquelas que continuaram desempenhando um maior número de papéis após a lesão alcançaram escores mais baixos de ansiedade.

# 5.6 Etapa Qualitativa: estratégias de promoção de saúde mental para pessoas com lesão medular

Inicia-se nesse momento a apresentação dos resultados qualitativos

coletados por meio da realização de entrevistas semiestruturadas com dez profissionais do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Para garantir o anonimato dos participantes, eles foram identificados por letras, as quais serão apresentadas a seguir, seguidas do tempo de atuação de cada um no serviço (Tabela 18).

Tabela 19 - Participantes e respectivos tempos de atuação no serviço

Α	5 anos
В	3 anos
С	1 ano
D	3 anos
E	15 anos
F	6 anos
G	4 anos
н	5 anos
I	5 anos
J	4 anos

Foram entrevistados profissionais de saúde de cada categoria profissional atuante no referido serviço. O conteúdo das entrevistas foi analisado segundo o referencial da Análise de Conteúdo de Bardin, conforme as etapas de Pré-Análise, Exploração do Material e Tratamento dos Resultados. Após a leitura exaustiva, foram demarcados os dados que seriam analisados e identificados os temas que emergiram dos discursos dos profissionais. Posteriormente, fez-se o cálculo das frequências com que apareciam e, em seguida, houve a construção de sete categorias analíticas onde decorreram mais 12 categorias empíricas através das respostas dos participantes. As categorias são apresentadas a seguir (Quadro 2):

Quadro 2 - Categorias identificadas no estudo

Categorias analíticas	Categorias empíricas
A relação entre ansiedade, depressão e	Existência de uma relação entre ansiedade,
perda de papéis ocupacionais.	depressão e perda de papéis ocupacionais na
	visão dos profissionais de saúde (100%).
Frequência com que os profissionais	A maioria das pessoas com lesão medular
acreditam que os pacientes com lesão	apresenta ansiedade e depressão na visão dos
medular apresentam ansiedade e	profissionais de saúde (100%).
depressão.	
Estratégias de enfrentamento dos	Cada paciente enfrenta de uma forma na visão dos
pacientes com lesão medular na visão dos	profissionais (100%).
profissionais de saúde.	Influência familiar no enfrentamento após a lesão
	medular na visão dos profissionais de saúde
	(30%).
	` '
	Força de vontade individual no enfrentamento
	após a lesão medular na visão dos profissionais de
	saúde (30%).
Estratégias dos profissionais de saúde no	Encaminhamento para o médico e psicólogo do
cuidado à ansiedade e à depressão em	serviço em casos de pacientes com sinais de
pacientes com lesão medular.	ansiedade ou depressão como estratégia (100%).
Serviços especializados em saúde	Falta de serviços especializados em saúde
mental/reabilitação psicossocial que	mental/reabilitação psicossocial que trabalhem a
trabalhem a favor de pessoas com lesão	favor de pessoas com lesão medular (90%).
medular.	Desconhecimento em relação a serviços de saúde
	mental/reabilitação psicossocial que trabalhem a
	favor de pessoas com lesão medular (10%).
Serviços de saúde oferecidos para pessoas	Apenas Centros de Reabilitação Física como
com lesão medular.	serviços oferecidos para pessoas com lesão
	medular (100%).
Suficiência dos serviços de saúde	Serviços de saúde oferecidos a pessoas com lesão
oferecidos a pessoas com lesão medular.	medular sendo considerados suficientes (30%).
	Necessidade de melhora nos serviços de saúde
	oferecidos a pessoas com lesão medular (40%)
	Necessidade de serviços que ofereçam a
	manutenção da saúde após alta da reabilitação
	(30%).
	` '

#### 1 - A relação entre ansiedade, depressão e perda de papéis ocupacionais

Dos profissionais entrevistados, 100% afirmaram observar relação entre ansiedade e depressão com a perda dos papéis ocupacionais nos pacientes que possuem lesão medular.

Nos fragmentos a seguir, é possível apreender a visão dos profissionais a respeito desta relação:

1.1 - Existência de uma relação entre ansiedade, depressão e perda de papéis ocupacionais na visão dos profissionais de saúde (100%)

D "Sim, com certeza. É, eles ficam muito ansiosos naquilo que eles estão deixando de fazer, você entendeu? Então assim, eles focam no que eles vão poder realizar aqui de novo ou não. Então é, tem essa ansiedade em relação a isso "Ah, eu vou poder voltar a trabalhar?", "Ah, eu fazia tal esporte, eu vou poder praticar isso, né?"

F "Sim! Eu acredito até pela vivência profissional já dos 20 anos de formada...Uma coisa é você atender o paciente dentro do hospital, porque o papel dele lá dentro do hospital ele já encara, tipo assim, "eu tô internado e tô doente", então isso, pra ele dentro do hospital, ele tem o choque de realidade de saber que ele vai ficar sem os movimentos das pernas ou, no caso dos tetraplégicos, eles sabem só que nós, da atenção domiciliar, identificamos um sofrimento muito maior dentro do domicílio. Porque na hora que ele recebe alta, todo mundo que recebe alta encara que, tipo assim, "sarei", tô indo pra casa. Agora, quando ele chega ao domicílio, ele não sarou e ele tem que, a partir daí, aprender a viver com essas limitações, então isso deixa, eles ficam extremamente é, onde dá o baque mesmo. É onde eles caem a ficha literalmente de agora mudou tudo."

G" Ah, eu creio que sim. Sim, com certeza!!... a grande maioria tem um período de depressão pós-lesão. Pelo menos um período teve, e eu atribuo muito a essa questão de ficar mesmo inativo, de perder as questões sociais, questões profissionais, eu acredito.

# 2 - Frequência com que os profissionais acreditam que os pacientes com lesão medular apresentam ansiedade e depressão

Em relação à frequência com que os participantes estimaram que um paciente apresente ansiedade e depressão após a lesão, 100% referiram que a

maioria deles os apresenta.

2.1 - A maioria das pessoas com lesão medular apresenta ansiedade e depressão na visão dos profissionais de saúde (100%)

B "Eu acho que em quase 100%. Assim, de princípio né, porque a vida deles muda muito, né? Então a maioria é independente, tem sua vida tudo e aí acontece algum problema, um acidente, alguma coisa assim e aí eles passam a depender de tudo para fazer tudo. Então assim, depois de um tempo, eu acho que até assim, uma grande parte tem uma boa aceitação, consegue ter um pouco de independência dentro das limitações tudo, mas assim, a princípio, é muito difícil, acho que pra todos. Acho que todos passam por esse processo. É um luto, né? Não deixa de ser, né?"

D "Na grande maioria, poucos são os casos que eu peguei até hoje que lidou bem com a situação."

G "Eu acho que assim é, dos pacientes que eu já atendi hoje, é eu acho que seria menos de 10% que eu vi que não tiveram um comprometimento emocional grande e se adaptaram bem novamente à sociedade e hoje tocam suas vidas assim de forma normal. Inclusive eu sou até padrinho de casamento de uma delas que se adaptou, casou depois da lesão né, tem vida normal, segue a rotina dela."

F "Eu acredito que em graus diferentes... mas, eu acredito que em 100% exista o sofrimento psíquico."

## 3 - Estratégias de enfrentamento dos pacientes com lesão medular na visão dos profissionais de saúde.

Em relação à adoção de diferentes formas de enfrentamento, 100% dos participantes afirmaram observar diferenças na forma como cada paciente vivencia as situações após a lesão.

### 3.1 - Cada paciente enfrenta de uma forma na visão dos profissionais (100%)

B "Eu acho que em todas, em qualquer situação, cada pessoa enfrenta de uma maneira. Têm pacientes que lidam super bem com a dependência, né? Assim, depois de um tempo, já consegue, mesmo sendo cadeirante, consegue fazer, consegue retornar boa parte assim do que fazia antes. E tem os que não, que

ficam lá naquela situação, ficam acamados mesmo e deprimidos."

Em relação à adoção de diferentes formas de enfrentamento, seis profissionais (60%) opinaram sobre fatores que, segundo eles, podem interferir nesta escolha. Os participantes B, D e F (30%) ressaltaram a importância da influência familiar, e A, G e I (30%) expressaram que o paciente ter força de vontade é a melhor forma de enfrentar a situação.

- 3.2 Influência familiar no enfrentamento após a lesão medular na visão dos profissionais de saúde (30%)
  - B "...se é uma família que tem uma boa energia, que é unida, que são positivos, eu acho que é mais fácil da coisa mudar. Agora se é um paciente que não tem assim muito vínculo familiar, aí é mais difícil."
  - D "..., principalmente depois que tem um é âmbito familiar, isso conta muito, entendeu a questão de valores de crença, né? Como se diz, religião, né? A forma de vida que uma pessoa, que o indivíduo levava anteriormente. Tudo isso são fatores que influenciam no enfrentamento da situação."
  - F "...alguns enfrentam com uma maior facilidade essa realidade, mas eu acredito, sinceramente, que a forma do enfrentamento tem muito a ver com a característica psicológica, psíquica de formação familiar de antes até do acidente."
- 3.3 Força de vontade individual no enfrentamento após a lesão medular na visão dos profissionais de saúde (30%)

A "acho que uma grande parte é da pessoa em si, que a gente já vê casos que a família está super, super empenhada, mas o paciente não vai nesse sentido que você falou. Mas tem uns que, às vezes, não têm família, tem uns que são sozinhos e, mesmo assim, desenvolvem bem, né? Mas acho que a maior parte é da pessoa em si."

G "Essa minha paciente mesmo que eu acompanhei, que eu tô acompanhando agora, muitas vezes eu vejo assim que ela tem uma força de vontade tão grande assim, ela fala assim: "ah, eu vou fazer tal coisa" aí, às vezes, a mãe tá perto e a mãe, tipo assim: "não, mas você não pode, como que você vai fazer?" e você vê, na vontade dela, que ela: "não, eu consigo, porque não". E muitas vezes, a mãe

já veio falar comigo: "ah, que eu fui lá e peguei ela, sei lá, lavando a louça, por isso ela tá com dor nas costas hoje", "eu falo pra ela que ela não pode fazer essas coisas, que ela não pode". Não, pode! Tudo bem, às vezes, realmente a dor nas costas dela seja por causa que ela ficou lavando muita louça, agora eu não posso proibir ela de lavar louça, eu reabilito ela pra isso. E a mãe não, a mãe quer ficar uma super proteção, muitas vezes as duas acabam entrando em atrito."

I "Eu acho que depende da força de vontade do paciente. Da pessoa querer, porque tem familiar que insiste, faz de tudo pelo paciente e a pessoa não quer nem saber, e têm aqueles que não têm tanto suporte e vão atrás de melhorar."

## 4 - Estratégias dos profissionais de saúde no cuidado à ansiedade e à depressão em pacientes com lesão medular

Em situações nas quais eram observados sinais de ansiedade ou depressão em algum paciente com lesão medular, as estratégias referidas por 100% dos profissionais entrevistados neste estudo residiam em encaminhá-lo para o médico clínico geral e psicólogo da equipe. O médico e o psicólogo confirmaram essa conduta nas entrevistas e referiram discutir o caso conjuntamente. Quando necessário, o médico prescrevia a medicação.

4.1 – Encaminhamento para o médico e psicólogo do serviço em casos de pacientes com sinais de ansiedade ou depressão como estratégia (100%)

F "Aí a gente já pede a interferência do psicólogo, se a gente nota que não tá sendo suficiente a parte médica para fazer a medicação, e aí a gente vai fazendo dentro do limite da nossa equipe."

H "Primeiramente encaminhamento para médica e para o psicólogo da própria equipe."

### 5 - Serviços especializados em saúde mental/reabilitação psicossocial que trabalhem a favor de pessoas com lesão medular

Nos casos em que os profissionais percebiam que a assistência oferecida pelo serviço não estava sendo suficiente e o paciente se encontrava em severo sofrimento psíquico, nove participantes (90%) afirmaram desconhecer um serviço especializado em saúde mental no município para onde pudessem encaminhá-lo, e outros 10% não souberam informar.

5.1- Falta de serviços especializados em saúde mental/reabilitação psicossocial que trabalhem a favor de pessoas com lesão medular (90%)

B "Não! É a gente, até faz guia para psiquiatria, mas é muito complicado porque tem, muito assim, voltado para álcool ou droga, sabe? Para casos extremos assim. É exatamente, eu acho que isso é uma deficiência que a gente tem... Mas a gente faz, a gente até tenta encaminhar para o especialista, mas assim demora bastante."

D "Não! É uma parte que assim, apesar de Rio Preto eu acho, ser uma parte de saúde muito boa, mas aqui não tem. É uma das grandes dificuldades que a gente encontra, entendeu? De não ter onde eu encaminhar mesmo quando um paciente tá numa reabilitação e vai desvincular da outra equipe eu não tenho como desvincular dele, entendeu?"

I "Não, até pra ir em psiquiatra é difícil aqui. Tem que passar pelo clínico do posto para depois..."

5.2 - Desconhecimento em relação a serviços de saúde mental/reabilitação psicossocial que trabalhem a favor de pessoas com lesão medular (10%)

A "Essa parte do fluxo aí, eu não sei muito certinho. Não sei se tem encaminhamento para um psiquiatra ou, de repente, você quis dizer já passou por um psiquiatra e não deu certo, mas eu acho que tem um setor para encaminhar. Assim, o duro é quando o paciente é acamado, não sei se o fluxo é só, às vezes, para um cuidador, o cadeirante é mais fácil, se o acamado também vai ser possível ou não."

#### 6 - Serviços de saúde oferecidos a pessoas com lesão medular

Em relação aos serviços disponíveis para esta população, os participantes mencionaram apenas serviços de Reabilitação Física como o Instituto de Reabilitação Lucy Montoro, Núcleo Municipal de Reabilitação, Núcleo Integrado de Reabilitação (NIR) e Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD).

6.1- Apenas Centros de Reabilitação Física como serviços de saúde oferecidos a pessoas com lesão medular (100%)

F "nós temos hoje, a nível municipal, o Núcleo municipal de Reabilitação, que trabalha com a reabilitação desses pacientes, e tem também no município a rede Lucy Montoro, que ajuda e faz a parte de reabilitação após a fase aguda. O SAD fica mais com a fase aguda ou até surgir vaga nos centros de reabilitação ou então, muitas vezes, esses pacientes já saem do hospital com lesões que impossibilitam frequentar os centros de reabilitação. A gente faz primeiro o tratamento das lesões e já inicia uma reabilitação dentro da realidade do domicílio, que é o que é possível fazer no domicílio para que ele não perca mais funcionalidade até aguardar a vaga ou tenha condição clínica de frequentar os centros de reabilitação."

G "hoje tem o núcleo, tem a rede Lucy Montoro, tá aqui em Rio Preto, tem o NIR, que é para baixa complexidade... alguns níveis de lesão medular a gente poderia até encaixar lá no NIR, né? Apesar que sempre quando fala em lesão medular a gente pensa no Núcleo. Então assim, do nosso serviço aqui que a gente encaminha, são esses dois serviços, né? Núcleo e Lucy Montoro. A AACD não sei se trabalha com essa parte, geralmente eu não encaminho para lá, mas já vi gente encaminhando para a AACD. Quando fala lesão medular, eu encaminho para o Núcleo ou para o Lucy, que são as referências aqui em Rio Preto."

#### 7- Suficiência dos serviços de saúde oferecidos a pessoas com lesão medular

Quando questionados a respeito dos serviços prestados no município serem ou não suficientes para esta população, três participantes (30%) os consideraram suficientes e quatro (40%) afirmaram serem bons, embora ainda necessitassem de melhorias. Outros três participantes (30%) mencionaram não haver serviços públicos que dessem continuidade ao processo de atenção ao paciente após a alta nos centros de reabilitação, aspecto por eles considerado um indicativo de insuficiência do sistema.

### 7.1- Serviços de saúde oferecidos a pessoas com lesão medular sendo considerados suficientes (30%)

A "Olha, eu acho que pode ser sim, que eu vejo até da própria população se surpreender de ter: "nossa, vocês têm tal serviço, tem tal serviço, tal", se surpreende. Então, eu acho que eles ficam bem satisfeitos com o serviço que a gente tem sim, e a gente tem muito paciente que é só SUS e está indo super bem, então acho que satisfaz."

D "Sim, por exemplo, eu não sou daqui, eu sou de Monte, que é uma cidade menor, e lá não tem, não tem nada em questão de reabilitação. Tem fisio no município, mas não tem TO, tem uma fono para atender toda população. Então ela não dá conta, então assim, com certeza falta. Rio preto é referência, né? Então ele foge à regra dos outros municípios se a gente for olhar por aí, só Rio Preto aqui da região que tem isso, né? Depois vai Ribeirão e tal, mas acho que fora isso..."

7.2 - Necessidade de melhora nos serviços de saúde oferecidos a pessoas com lesão medular (40%)

E "É considerada referência, né, que tem a Faculdade de Medicina, uma ótima faculdade, mas ainda, geralmente em termos de saúde, sempre a cidade deixa a desejar. Não está 100% apta ainda para esses casos de medula."

F "Eu acredito sim que os dois serviços dos dois centros de reabilitação tenham grande capacidade de reabilitação, mas eu acredito também que a gente poderia oferecer algo mais entendeu, por exemplo, eu não sei até que ponto indicação, mas vamos supor é a parte de hidroginástica, a parte de outras terapêuticas que poderiam melhorar ainda mais as condições clínicas desse paciente."

H "Eu acho que não que eles sejam suficientes. Os serviços em si são muito bons, mas precisaria de um número maior de vagas de repente para atendimento dessa população que fica muito tempo na fila de espera."

7.3 - Necessidade de serviços que ofereçam a manutenção da saúde após alta da reabilitação (30%)

B "...a manutenção deles, né? Depois que a gente dá alta, é normalmente na alta que a gente encaminha eles para algum Núcleo ou para o Núcleo municipal ou para o Lucy. Normalmente é para o Núcleo ou para o NIR, mas, depois de um tempo, eles recebem alta também de lá né e aí ficam sem acompanhamento."

F "...A manutenção pós para que eles possam fazer, porque chega num ponto que esse paciente não tem mais ganho dentro do centro de reabilitação. E aí eles não fazem a manutenção porque eles recebem alta, porque eles chegaram no limite de ganho deles e aí depois, eles não têm onde seguir com exercícios físicos mesmo, como se fosse uma academia para o cadeirante, para o paciente debilitado, o que deveria ter."

G "...às vezes, a gente encaminha, é feita a reabilitação, muitas vezes a equipe multi lá desse Núcleo avalia, acha que o paciente não vai ter muito mais ganho com aquilo e, às vezes, bate diferentemente da minha opinião porque, às vezes, eu acho: "ah, não, se você ficar mais um pouquinho ganha", mas, ou seja, reabilitou para uma transferência para uma coisa assim, que ele já está mais independente na vida, de alta e taca esse paciente na rua e, tipo assim, ele não tem como fazer, continuar. Isso aí é fato, não tem... A única opção que ela tem de manutenção de uma atividade física é ela partir para o esporte. Tá, é excelente, é bacana, só que eu tenho essa minha paciente, ela não gosta de esporte, ela não quer nadar para competir e esse centro, geralmente a pessoa entra lá e quer tal e ela não quer nadar também, ela não gosta de natação... Sei lá, às vezes, ela queria fazer uma academia, mesmo trabalhar com reforço muscular, ir numa academia, num centro para treinar o equilíbrio, fazer um ortostatismo, uma prancha ortostática, ela queria isso e não tem, entendeu? Ou ela dar continuidade na manutenção pelo esporte que às vezes ela nem gosta. Que nem, ela teve que lutar boxe uma época adaptado para cadeirante fazer uma coisa que ela não gosta porque é a única opção que tem no município... A pessoa que queria fazer uma atividade de exercício de academia e de manutenção, isso não tem. Isso eu ouvi da boca dos pacientes."

O presente estudo objetivou analisar sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com lesão medular e investigar sua correlação com a incidência da perda dos papéis ocupacionais, bem como as estratégias adotadas por profissionais de saúde para a promoção da saúde mental desta população. No entanto, foram obtidos diversos outros dados acerca de pessoas com lesão medular, de modo que a discussão dos resultados terá início pela caracterização dos pacientes participantes com base nos dados clínicos e sociodemográficos coletados da Ficha de Identificação.

Embora o presente estudo tenha sido realizado apenas com pacientes que apresentavam lesões traumáticas, vale pontuar que, na fase de análise de prontuários, foram identificados somente dois pacientes com lesão não traumática no sistema do referido serviço, o que corrobora a informação de alguns estudos epidemiológicos sobre haver maior incidência etiológica no Brasil e no mundo de lesão medular traumática (FIMINO, et al 2012).

O nível da lesão predominou na região torácica, sendo o segmento da coluna vertebral mais frequentemente atingido dada sua maior extensão (ARAÚJO JÚNIOR et al., 2011; SANTIAGO et al., 2012). As lesões cervicais ficaram em segundo lugar, sendo consideradas mais graves pelo fato deste nível ser mais alto e ocasionarem sequelas sensitivas e motoras mais significativas (ARAÚJO JÚNIOR et al., 2011).

A maioria dos participantes era do sexo masculino, com média de idade de 40 anos, porém diversos participantes apresentavam idade superior e tinham sofrido a lesão há muitos anos. Dados do National SCI Statistical Center (2016) registram 80% dos casos de lesão medular nos Estados Unidos em homens. Nas análises que comparam a incidência de lesão medular na população mundial, o Brasil ocupa o segundo lugar, sendo este considerado um grave problema social, que acomete principalmente indivíduos adultos jovens do sexo masculino, ativos, na faixa etária de 40 anos ou menos e com menor grau de escolaridade (FIMINO et al., 2012; ARAÚJO JÚNIOR et al., 2011). Grande parte dos participantes do presente estudo também possuía baixo grau de escolaridade e rendas por eles referidas como baixas ou médias antes da lesão, notando-se redução após o trauma. Esses dados evidenciam a vulnerabilidade a que elas e suas famílias podem estar expostas, o que confirma os resultados de alguns estudos que identificaram predomínio de vítimas de lesão medular em períodos de desenvolvimento da carreira e conquista de autonomia financeira (OTTOMANELLI; LIND, 2009). É comum que essas pessoas exerçam a

função de provedoras do lar, o que pode agravar os problemas financeiros para toda a família. Nesses casos, além de ser necessário que a vítima abandone o emprego, o mesmo pode ocorrer com outra pessoa da família que assuma o papel de cuidadora, o que compromete ainda mais a renda familiar (NOGUEIRA et al., 2013).

Importante mencionar que somente aqueles que conseguem se aposentar por invalidez e necessitam de assistência integral de outra pessoa têm direito a um acréscimo de 25% no valor da aposentadoria, de acordo com a Lei 8.213/91. (BRASIL, 1991). Todavia, considera-se tal quantia pouco ou nada significativa diante do desemprego de uma ou mais pessoas da casa, das novas atribuições e responsabilidades inerentes ao cuidado do indivíduo com lesão medular no ambiente domiciliar e das diversas demandas referentes a medicações, recursos materiais, equipamentos e exigência de um ambiente adaptado que favoreça e promova o atendimento das necessidades de saúde do familiar lesionado (FYFFE; BORTTICELLO; MYASKOVSKY, 2011; NOGUEIRA et al., 2013). Nesse contexto, a perspectiva de alto comprometimento da renda familiar com os gastos em saúde pode impor severas repercussões na vida dessas pessoas, a ponto de precisarem limitar o consumo de bens e serviços essenciais à vida diária, expondo-se a situações de risco social (BOING et al., 2014).

Apenas dois participantes (comerciantes) referiram continuar exercendo a profissão de outrora, embora tenham mencionado queda nos rendimentos por não serem mais ativos como antes. Os demais tiveram que se adaptar a trabalhos informais. Estima-se que apenas 12% dos indivíduos com lesão medular retornem aos seus empregos anteriores à lesão (OTTOMANELLI; LIND, 2009).

No presente estudo, aqueles que conseguiram se aposentar ou receber o BPC afirmaram se limitar ao recebimento daquela quantia por toda a vida, visto que, em virtude da baixa escolaridade ou do trabalho anterior exigir habilidades motoras, não dispunham de outra opção. Alguns ainda relataram o desejo de retornar ao trabalho, porém não o faziam por medo de perderem o direito à aposentadoria ou ao benefício. Nesse sentido, apenas um participante desistiu de sua aposentadoria para atuar em uma nova área, porém referiu preconceito dos colegas de trabalho pela necessidade de auxílio para a realização de alguns afazeres.

De acordo com pesquisas realizadas com indivíduos desempregados e portadores de deficiência, 79% desejam trabalhar e muitas pessoas com lesão medular atualmente desempregadas julgam-se capazes e almejam encontrar um

trabalho (OTTOMANELLI; LIND, 2009). No entanto, em estudo feito por Santiago et al. (2012) apenas 12,6% dos participantes voltaram a exercer alguma atividade remunerada após a lesão, o que permite inferir que a aposentadoria por invalidez é a forma mais prevalente de obtenção de renda entre os acometidos por lesão medular. Vale ressaltar que, embora essa situação signifique uma garantia de renda para essas pessoas, também pode representar um estigma, visto serem frequentemente rotuladas como incapazes.

O desejo de trabalhar pode confrontar-se com o medo de perder o benefício, ou perder posteriormente o emprego caso optem pelo retorno às atividades ocupacionais regularizadas e desistam da aposentadoria (SANTIAGO et al., 2012). Segundo a World Health Organization (2013), a lesão medular está associada a taxas mais baixas de participação econômica, sendo que a média global das taxas de emprego para pessoas com lesão medular é de apenas 37%.

Revisão feita por Ottomanelli e Lind (2009) evidenciou fatores associados à empregabilidade de pessoas com lesão medular, incluindo educação, tipo de emprego, gravidade da deficiência, idade, tempo da lesão, sexo, estado civil, apoio social, aconselhamento vocacional, problemas médicos relacionados à lesão, papel do empregador, meio ambiente e interesses profissionais. O nível de escolaridade talvez seja o mais forte preditor de retorno ao trabalho para essas pessoas, uma vez que aquelas com formação acadêmica têm maior probabilidade de retornarem ao trabalho, enquanto indivíduos com menos de 12 anos de estudo encontram-se em desvantagem. Isso pode ser observado nas taxas de reemprego, as quais apontam que 95% das pessoas com lesão medular têm 16 ou mais anos de estudo (OTTOMANELLI; LIND, 2009). A baixa taxa de emprego nesta população não pode, portanto, ser associada apenas a limitações físicas, pois também envolve fatores como transporte, falta de experiência profissional, educação ou treinamento, dificuldade de acesso, barreiras arquitetônicas, discriminação por parte dos empregadores e insegurança em relação à perda de benefícios. Isso se deve não apenas à necessidade de adquirir a própria renda, mas também ao desejo e à importância de recuperar o papel e a identidade social (TEIXEIRA et al., 2014).

Observa-se uma desvantagem dos participantes deste estudo em termos de escolaridade, pois muitos abandonaram os estudos precocemente e dedicavam-se apenas ao trabalho, sendo que, após a lesão, as condições de transição do ensino médio para o superior ou da educação em geral para o emprego tornaram-se

prejudicadas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013; LASPRILLA et al., 2009). O nível de educação, renda e o status ocupacional anteriormente apresentados predizem a situação de emprego após a lesão, de tal forma que pessoas com baixos níveis de escolaridade e ocupações de pouco status apresentam menor probabilidade de serem remuneradas após a lesão. Em contrapartida, aquelas mais qualificadas, com diploma universitário, são mais propensas a maiores ganhos (LASPRILLA et al., 2009; KRAUSE et al., 2006)

A vulnerabilidade dessas pessoas não se inicia no momento em que entram em um automóvel, saem de casa ou são atingidas por arma de fogo, mas decorre do que vivenciaram ou não durante anos, visto que o acesso à informação sobre o risco a que estão expostas e a respeito das consequências de uma lesão podem ser escasso nessa população. Anteriormente, a prevenção de doenças era entendida como resultado de informação e vontade pessoal, dependendo, portanto, apenas de uma mudança de comportamento realizada voluntariamente pelo indivíduo (PAULILO; JEOLAS, 2000). No entanto, esse conceito vem sendo ampliado no campo das reflexões para além do comportamento individual, que só pode ser compreendido como produto da interação de múltiplos fatores sociais, econômicos, culturais e políticos, os quais nem sempre se dependem unicamente de uma vontade individual, aqui entendida como domínio totalmente racional e consciente. A vulnerabilidade deve, portanto, ser pensada sob os planos social, programático/institucional e individual, sendo que a esfera social exerce grande influência, incluindo condições socioeconômicas, acesso à informação, escolaridade, garantia de acesso aos serviços de saúde, entre outros (PAULILO; JEOLÁS, 2000).

Poucos participantes, e até mesmo aqueles com capacidade de locomoção reduzida ou sem movimento de membros superiores não possuíam cadeira de rodas motorizada. Segundo Hunt et al. (2004), pessoas com escolaridade abaixo do ensino médio e detentoras de menores rendas são mais propensas a possuir apenas cadeiras de rodas manuais e padronizadas, em vez de cadeiras personalizadas e adequadas às suas necessidades. Fyffe, Botticello E Myaskovski (2011) relatam ainda outras vantagens vivenciadas após a lesão por pessoas com altos níveis de escolaridade: além de utilizarem cadeiras de rodas personalizadas, são mais propensas a dirigir veículos adaptados e possuem mais acesso à tecnologia assistiva, o que melhora a independência e favorece a autonomia, podendo resultar em melhores quadros psicológicos, sociais e de trabalho. Já cadeirantes menos

favorecidos podem se deparar com maior inacessibilidade em espaços públicos, e isso limita que executem tarefas e não fornece condições para a utilização dos espaços mobiliários e equipamentos com segurança e autonomia. A desigualdade de acesso se faz presente, portanto, em termos de oportunidades de trabalho e estudo, bem como para participação em atividades esportivas, culturais e de lazer (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013)

Cerca de 70% dos participantes viviam em áreas consideradas periféricas, sendo elas áreas rurais ou bairros afastados do centro da cidade e de serviços especializados, porém todas as regiões da cidade contavam com UBS ou UBSF (PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2014). Apenas metade deles apresentava condições de sair de casa sem ajuda, mesmo que apenas para uma volta no bairro, mas todos referiram dificuldades em relação a acessibilidade como manobrar a cadeira em grandes rampas ou entrar em ônibus, por exemplo, o que levava à opção de frequentemente permanecerem em casa. Para Fyffe, Botticello e Myaskovski (2011), em casos assim, pode-se dizer que um fator de vulnerabilidade social apresenta impacto na saúde e qualidade de vida dessas pessoas, as quais sofrem influências de desigualdades sociais refletidas nos diferentes locais onde vivem. Isso evidencia a localização geográfica como um importante determinante social da saúde e sugere que a distribuição desigual de recursos e infraestrutura entre áreas geográficas contribui para acentuar as diferenças em grupos já vulneráveis socialmente e acometidos por desigualdades em termos de saúde e bem-estar (MACINKO; STARFIELD, 2001; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

A World Health Organization (2013) e a National SCI Statistical Center (2016) assinalam os acidentes de trânsito como os principais causadores de lesão medular, seguidos de quedas e violência. Entretanto, tais resultados refletem a situação mundial e dos Estados Unidos, respectivamente. No Brasil, estudos como o desenvolvido por Gaspar et al. (2003) mostram que, na cidade de São Paulo, a maioria das lesões medulares foi causada por acidentes com arma de fogo. No presente estudo, embora os acidentes de trânsito em geral tenham emergido como os principais responsáveis pela lesão medular, se desmembradas as causas em acidentes de motocicleta e carro, assim como apresentado na Tabela 1, aqueles causados por arma de fogo foram os que mais originaram lesões nos participantes, seguidos por acidentes de motocicleta e carros.

A violência urbana definiu novos perfis de mortalidade e comorbidades,

principalmente relacionados às vítimas de lesões por arma de fogo, sendo os homens jovens com baixa escolaridade e de cor parda e preta as principais vítimas atualmente (PEREIRA; GOMES; RODRIGUES, 2015; RIBEIRO; SOUZA; SOUSA, 2017). Outros dados apontam os homicídios como os principais causadores da morte de jovens entre 15 e 29 anos de idade no Brasil, especialmente negros, do sexo masculino, que vivem nas periferias e em áreas metropolitanas dos centros urbanos (SOUTO et al., 2017). Entretanto, o uso de armas de fogo na sociedade brasileira e seus impactos na saúde das pessoas lesionadas, sobretudo no que se refere a sequelas e incapacidades temporárias ou permanentes, ainda são pouco abordados, sendo necessário aprofundar o conhecimento sobre as características individuais e o contexto social e político em que ocorrem tal lesão (PEREIRA; GOMES; RODRIGUES, 2015; RIBEIRO; SOUZA; SOUSA, 2017).

Outro fato importante que expressa uma mudança social dos grupos vulneráveis a este tipo de lesão no contexto brasileiro data da década de 1980. Nesta época, tais vítimas possuíam, em sua maioria, renda familiar acima de 15 salários mínimos, mas, após este período, houve um evidente declínio deste padrão econômico entre essa população, o que se atribui ao momento histórico marcado por alterações socioeconômicas no país, como também associam esse momento com um aumento nas facilidades proporcionadas para a aquisição de bens de consumo, inclusive carros e motocicletas, por meio de financiamentos (SOUZA et al., 2013).

Soares et al. (2015) revela que o Brasil, nos últimos anos, tem registrado um alarmante número de acidentes de motocicleta, fato que causou aumento no número de vítimas deste tipo de acidente. Este mesmo estudo caracterizou tais vítimas e identificou 40,0% delas com ensino fundamental incompleto, outros 20% analfabetas e apenas 3,5 % com ensino superior completo. Em relação ao nível socioeconômico, metade não possuía renda mensal, o equivalente a 55% da amostra, aquelas que recebiam entre um e dois salários mínimos por mês somaram 31,2% dos casos, e os participantes que ganhavam menos de um salário mínimo por mês totalizaram 10,0%. Somente aqueles com ensino superior tinham rendimentos superiores a três salários mínimos por mês, e a maioria das vítimas não possuía carteira de habilitação (SOARES et al., 2015). Outro estudo realizado por Franco et al. (2015) desenvolvido no Brasil objetivou caracterizar os acidentes automobilísticos cujas vítimas foram encaminhadas a um determinado hospital e encontrou que a maioria (95%) se envolveu em acidentes com motocicleta e apenas 5% carro.

Observa-se, portanto, uma significativa mudança no perfil epidemiológico das pessoas com lesão medular nas últimas décadas, pois anteriormente apenas as classes mais favorecidas possuíam meios de transporte, principalmente carros, e se encontravam mais vulneráveis aos acidentes. Em contrapartida, nos dias atuais, mediante o acesso das classes populares aos bens de consumo, este perfil mudou, de modo que indivíduos menos favorecidos economicamente possuem veículos de transporte, sobretudo motocicletas, e tornaram-se os usuários mais vulneráveis a acidentes e lesões graves, uma vez que as motos expõem mais os condutores na comparação com outros meios de transporte (FRANCO et al. 2015; SOUZA et al., 2013).

Para Abramovay et al. (2002), a situação de vulnerabilidade, aliada às preocupantes condições socioeconômicas, agrava diretamente os processos de integração social e, em algumas situações, fomenta o aumento da violência e da criminalidade. A violência associada à pobreza não é consequência direta, mas sim um processo pelo qual as desigualdades sociais e a negação do direito ao acesso a bens e equipamentos de lazer, esporte e cultura podem refletir nas especificidades de cada grupo social, desencadeando comportamentos violentos (ABRAMOVAY et al., 2002).

Esses resultados sustentam a hipótese de que um fator social pode desencadear outro, tendo em vista que pessoas de baixa renda estudam menos, substituem precocemente os estudos por emprego e os trabalhos que desenvolvem possivelmente renderão menor ganho financeiro. Trata-se de uma situação que frequentemente faz com realizem atividades laborais que exijam mais esforço físico do que intelectual. Essas pessoas apresentam ainda maior vulnerabilidade a acidentes que ocasionam traumas incapacitantes, podendo culminar em uma preocupante redução de oportunidades de trabalho após a lesão. Destaca-se ainda que indivíduos com menores rendas tornam-se mais propícios a dirigir motocicletas, as quais são menos seguras em relação aos carros, por terem valores mais acessíveis. Da mesma forma, apresentam maior risco de se envolverem em acidentes com armas de fogo, dado o meio e a situação em que vivem, o que, por sua vez, aumenta o risco de sofrerem uma lesão medular (PEREIRA; GOMES; RODRIGUES, 2015; RIBEIRO; SOUZA; SOUSA, 2017; MELO; GARCIA, 2017).

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (2011), em todo o mundo as pessoas com deficiência apresentam piores perspectivas de saúde, níveis mais baixos de escolaridade, participação econômica menor e taxas de pobreza mais

elevadas em comparação àquelas sem deficiência. Isso decorre do fato de enfrentarem maiores barreiras para o acesso a serviços essenciais como saúde, educação, emprego, transporte e informação, sendo tais dificuldades acentuadas em comunidades mais pobres.

Pode-se, portanto, afirmar que o período anterior à lesão é capaz de determinar algumas dificuldades que o indivíduo enfrentará durante o processo de recuperação/reabilitação e readaptação para retorno às rotinas e nova forma de viver. Determinantes sociais de saúde como fatores econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos comportamentais influenciam a ocorrência de problemas nesta esfera, e seus fatores de risco na população têm sido marcados por iniquidades sociais e de saúde, sobretudo em territórios periféricos urbanos e regiões geográficas e culturais distantes dos centros urbanos de cidades brasileiras grandes e médias (FIORATI; ARCÊNCIO; SOUZA et al., 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Além de existir uma grande parcela de pessoas com lesão causada por violência, os participantes evitavam sair de casa em algumas situações para não enfrentar também barreiras e a falta de acessibilidade aos locais. A persistência de grupos e pessoas em situação de exclusão social em determinados territórios eleva os índices de vulnerabilidade social, agrava esta condição e dificulta o acesso a serviços e equipamentos públicos, bens materiais ou não e a oportunidades que permitem o fluir da vida em um patamar de dignidade (FIORATI; ARCÊNCIO; SOUZA et al., 2016). A exclusão ou o difícil acesso a serviços de saúde, renda, trabalho, educação, habitação, transporte e mobilidade, cultura, lazer, meio ambiente sustentável e redes de suporte social ocasiona a persistência de iniquidades em saúde nesses territórios, ou seja, contribui para a manutenção de grupos que sofrem problemas de saúde e morte evitáveis, injustos e desnecessários (COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2008; FIORATI; ARCÊNCIO; SOUZA et al., 2016). Em áreas marcadas por elevados índices de vulnerabilidade social, é possível observar aumento de pessoas e grupos que freguentemente se tornam vulneráveis a ambientes precários, à violência e a certas enfermidades, com determinantes sociais que podem, inclusive, resultar em morte precoce (COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2008).

Neste estudo, quase todos os participantes frequentaram Centros de Reabilitação, tal como identificado na pesquisa feita por Souza et al. (2013), cujos dados também foram coletados no estado de São Paulo. Entretanto, cabe mencionar

que esta é uma particularidade da região onde está inserido o município cenário do presente estudo, o qual possui três Centros públicos especializados na reabilitação de pessoas com lesão medular. Serviços especializados e públicos concentrados em uma região não são, contudo, a realidade de todos os lugares. A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2011), no Relatório Mundial sobre a Deficiência, trouxe o depoimento de uma pessoa com lesão medular em relação à reabilitação:

Sendo oriundo de um país onde não há muita conscientização nem muitos recursos para lidar com vítimas de lesão medular, minha volta para casa foi, realmente, um enorme desafio. Morando em uma casa sem recursos de acessibilidade, meus familiares tiveram que continuar me levando para cima e para baixo todos os dias. A fisioterapia tornou-se uma necessidade crucial e, em razão dos custos contínuos, minha mãe assumiu a tarefa de fazer a minha fisioterapia e ser minha cuidadora. Durante o processo de minha reabilitação, foi quase impossível conseguir tratamento nos períodos de doença ou usar as clínicas de fisioterapia devido à imensa lista de espera...

Embora grande parte dos participantes deste estudo recebesse atendimento público e especializado em reabilitação, poucos continuaram realizando algum tipo de terapia após a alta, e aqueles que o fizeram optaram por manter apenas a fisioterapia. De acordo com a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2011), na classe de terapeutas de reabilitação incluem-se os terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos e fonoaudiólogos. Quando os pacientes recebem alta de serviços públicos especializados, os custos de manutenção acabam sendo particulares, e isso faz com que a maioria deixe de realizar as terapias. A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2011) ainda afirma que países subdesenvolvidos, com populações de baixa renda devem focar na criação e expansão gradativa dos serviços de reabilitação, priorizando as abordagens mais efetivas do ponto de vista de custos. Já os governos precisam desenvolver, implantar e monitorar as políticas, os mecanismos regulatórios e o padrão dos serviços de reabilitação, assim como promover a igualdade de acesso a esses serviços. Devem, ainda, disponibilizar novos mecanismos de financiamento para aumentar a cobertura e o acesso a serviços de reabilitação mediante custos acessíveis aos pacientes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011).

Todos os participantes possuíam cadastro no serviço de atendimento domiciliar, mas muitos não estavam sob acompanhamento em nenhum serviço de atenção à saúde no período da coleta de dados, principalmente aqueles que já tinham

recebido alta dos serviços de reabilitação, sendo preciso, caso identificada a necessidade de alguma atenção especifica à saúde, agendar consultas em ambulatórios de especialidades, postos de saúde ou atualizar o cadastro no serviço para voltar a ser atendido.

Os participantes não foram diagnosticados com transtornos relacionados à saúde mental e, no que se refere ao tratamento medicamentoso, apenas um terço referiu fazer uso de medicamentos psiquiátricos, embora não seja possível afirmar neste estudo a real necessidade do uso de medicações nessa população, podemos afirmar que a maioria dos participantes não estavam satisfeitos com o acompanhamento psicológico que receberam, visto que acreditavam ser por um período curto e com intervenções limitadas as suas reais necessidades. Em pesquisa, Fann et al. (2011) mostraram que, dos participantes considerados deprimidos após a lesão medular, apenas 12% relataram receber tratamento medicamentoso para saúde mental nos últimos três meses e 29% faziam uso de antidepressivo no momento da coleta, sendo os mais comuns os inibidores seletivos de recaptação de serotonina e inibidores da recaptação de serotonina-noradrenalina. Somente 17% dos participantes deprimidos estavam recebendo orientações de farmacoterapia ou psicoterapia para depressão (FANN et al., 2011).

No presente estudo, apesar do elevado número de pessoas com movimentos de membros superiores preservados (paraplegia), diversos participantes necessitavam de auxílio para todas ou grande parte das atividades de autocuidado. Esse fato suscita uma reflexão sobre a importância da intervenção dos profissionais atuantes na reabilitação extrapolar os limites da prática ritualística e rotineira, a fim de construir um modelo de assistência que privilegie a real necessidade do cliente enquanto agente participante do seu processo de cuidado. Conhecer a realidade de vida do sujeito é uma das melhores formas de transmitir orientações válidas e efetivas para a aquisição de independência funcional no domicílio e na comunidade, podendose considerar o uso de tecnologias assistivas voltadas para as especificidades do usuário (RABEH; CALIRI, 2010; SILVA, 2015).

Outro resultado encontrado no presente mostra que pouco menos da metade dos participantes era casada, e o restante solteiro ou divorciado/separado. Revisão feita por Post & van Leeuwen (2012) revelou que, nos Estados Unidos, a maioria das pessoas com lesão medular é solteira (54,2% na alta da reabilitação), e as taxas de divórcio entre elas são maiores na comparação com a população da

mesma idade e sexo. Para Cavalcante et al. (2008), trata-se de um resultado esperado, por ser comum haver desequilíbrio nos relacionamentos após transtornos graves, especialmente aqueles que geram distúrbios sexuais como a lesão medular. Entretanto, é possível que os relacionamentos construídos após a lesão, quando a pessoa já apresenta autoimagem e autoestima mais fortalecidas, acabem sendo mais estáveis (CAVALVANTE et al.;2008).

No presente estudo, prevaleceram cuidadores de pessoas com lesão medular do sexo feminino, sobretudo mães e esposas, corroborando estudo feito por Nogueira et al. (2013), no qual 89,8% dos cuidadores eram mulheres, sendo também esposas e mães as principais cuidadoras. Entretanto, a maioria dos participantes referiu sentir apoio de toda a família após a lesão. Em estudo feito por Campos, 85,7% dos participantes sentiram apoio familiar após a lesão, sendo esta considerada uma condição essencial para a readaptação da pessoa e reconstrução de sua vida, pois, ainda que somente ela possua a deficiência, todos os familiares são afetados por este evento e é neles que ela se projeta, se reflete e se apoia (Kornhaber et al., 2018; Schoeller et al. 2012). Além do apoio familiar, o social também exerce grande influência na qualidade de vida, de modo que se a rede social (amigos, profissionais e comunidade) estiver ativa, o processo de readaptação torna-se facilitado (FERREIRA; GUERRA, 2014; MURTA; GUIMARÃES, 2007).

Muitos afirmaram ter uma vida social ativa, o que se considera um bom sinal, visto que a participação social de pessoas com deficiência é requisito fundamental para a qualidade de vida e promoção da saúde. Nesse sentido, destacase que os processos de readaptação devem ser norteados por um conceito de funcionalidade que também contemple a esfera social da pessoa, na perspectiva de promover mudança de ambientes e de cultura para que não encontrem obstáculos à plena participação social (AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, 2011; PHILLIPS, 2013).

No que diz respeito aos resultados referentes a depressão, houve uma média dos escores de 11,8, que classificaram os participantes com sintomas de depressão "leve/moderada". Em relação a frequência e porcentagem, pouco menos da metade dos participantes apresentou escores "sem depressão/mínima", em seguida "leve/moderada", depressão "moderada/grave" e "grave", revelando um pouco mais da metade com sintomas de depressão variando entre leve e grave. Esses dados estão próximos dos apresentados por Almeida et al. (2013) em estudo

feito com a mesma população, utilizando o mesmo instrumento e o mesmo ponto de corte, no qual os autores evidenciaram 50% de pessoas sem depressão/mínima, 28% com sintomas de depressão leve/moderada, 16% moderada/grave e 6% grave. Outra pesquisa realizada por Khazaeipour, Sevedeh-Mohadeseh e Naghdi, (2015) com a mesma população e instrumento, porém com ponto de corte diferente, identificou metade (50,7%) dos participantes com sintomas de depressão mínima, 20,9% sintomas leves, 17,9% depressão moderada e 10,4% grave, o que se coaduna com os resultados do presente estudo, embora as classificações tenham sido desmembradas de forma diferente em ambos. Conceição et al. (2010) também utilizaram o Inventário de Depressão de Beck com ponto de corte distinto e apresentaram maiores percentuais de sintomas de depressão grave, sendo 35,2% leve/moderada e 36,8% moderada/grave.

A média dos escores de ansiedade-estado no presente estudo foi de 41,7 e ansiedade-estado de 37,7, onde ambas indicaram sintomas de ansiedade média. Sobre frequência e porcentagem, na ansiedade-traço, 36,7% dos participantes apresentaram escores compatíveis com "sem sintomatologia ou ansiedade leve", mas apenas 10% obtiveram essa mesma classificação na ansiedade-estado, revelando que 63,4% apresenta sintomas de ansiedade-traço médio a alto e 90% com sintomas de ansiedade-estado médio a alto. Koka et al. (2014), em estudo feito com a mesma população, encontraram índice de 38,5% de pessoas com ansiedade severa, 36,4% com ansiedade média e 25% mínima. Pesquisa realizada por Migliorini, New e Tonge (2009) com indivíduos portadores de lesão medular traumáticas e não traumáticas revelou 30% deles com ansiedade, mas não houve significância estatística entre ambos os grupos. Cuenca et al. (2015) avaliaram apenas homens com lesão medular e 35,3% apresentaram sinais de ansiedade.

Após a avaliação dos sintomas de depressão e ansiedade foram realizadas as associações com as variáveis relacionadas às caraterísticas dos participantes e não se identificou significância entre depressão, ansiedade-traço/estado e sexo. Este resultado ajuda a compreender a variedade de resultados encontrados na literatura, pois alguns indicam os homens com mais sintomas depressivos e outros as mulheres, não sendo possível afirmar neste estudo haver maior depressão ou ansiedade em um sexo específico. Em pesquisa feita por Teixeira et al. (2014), os homens com lesão medular apresentaram percentual de 58,3% de depressão normal/leve e 17,3% moderada/grave, e as mulheres, 20.8% normal/leve e 3,6% moderada/grave. Neste

mesmo estudo, os homens tiveram sintomatologia ansiosa estatisticamente significante maior que as mulheres (TEIXEIRA et al., 2014). Lasprilla et al. (2011) avaliaram essa população um e cinco anos após a lesão e constataram que, no primeiro ano, não houve maior probabilidade de depressão entre os sexos, porém no quinto os resultados apresentaram maior probabilidade de transtorno depressivo em mulheres. Tanto a ansiedade como a depressão foram significantemente maiores em mulheres no estudo feito por Al-Owesie, Moussa e Robert (2012), tal como na pesquisa de Williamson & Elliott (2013), que apresentou maior porcentagem de mulheres com nível clinicamente significativo em relação a sentirem-se deprimidas, identificando também um nível significativamente maior de sentimentos de ansiedade em mulheres. Em contrapartida Koka et al. (2014) encontrou evidências da ansiedade ser mais frequente em homens.

Kalpakjian e Albright (2006) relataram taxas de prevalência similares entre mulheres e homens: 7,9% das mulheres apresentaram provável transtorno depressivo maior e 9,7% para outros transtornos depressivos, e os homens alcançaram 9,9% e 10,3%, respectivamente, não havendo diferenças significantes. Resultado semelhante foi apresentado no estudo de Anderson et al. (2007), que também não encontrou diferenças significativas na presença de depressão em pessoas com lesão medular de acordo com o sexo.

Entre indivíduos que não sofreram lesão medular, dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram prevalência de depressão em mulheres (ABELHA, 2014), porém, quando considerada a disfunção física, acredita-se que o sofrimento psíquico entre os homens com lesão medular possa ser tão presente quanto nas mulheres, em virtude dos papéis a eles relacionados na sociedade ocidental serem mais exigentes (papéis relativos ao desempenho sexual, reprodutivo e progenitor, bem como de provedor financeiro da família), o que pode ocasionar uma maior sensação de impotência (FREITAS et al., 2009; SINHA et al., 2017; TORRECILHA et al., 2014).

A idade também não foi uma variável associada significantemente a depressão e a ansiedade no presente estudo. Entretanto existem estudos como o de Teixeira et al. (2014) que evidenciaram maiores taxas percentuais de sintomas depressivos em pessoas dos 31 aos 50 anos de idade. Já Bombardier et al. (2012) apresentaram maiores pontuações médias na faixa etária de 20 a 29 anos em comparação a outras. Lasprillaa et al. (2011), em avaliação no primeiro e quinto ano

após a lesão, trouxeram resultados significativamente associados com a maior probabilidade do desenvolvimento de transtorno depressivo maior em pessoas entre 35 e 55 anos nos dois tempos. Entretanto, nos resultados de Al-Owesie (2012), a idade não se mostrou um preditor significativo no desenvolvimento de ansiedade e depressão nessa população. Assim, se analisados os resultados dos estudos, observa-se predomínio de pessoas no início da fase adulta até a meia idade, sendo esses números considerados amplos o suficiente para afirmar não existir uma idade exata que concentre as maiores taxas de sofrimento psíquico, mas sim a associação da idade com outros fatores clínicos e sociais, de acordo com a situação de vida de cada pessoa.

Em termos de classe econômica, trabalho e renda atual, o presente estudo não evidenciou associação significante com os sintomas de depressão e ansiedade, embora tivéssemos poucos participantes trabalhando para realizar a comparação com aqueles que trabalham a literatura descreve que a falta de ocupação, como a frequentemente vivenciada por pessoas aposentadas por deficiência, desempregados ou sem participação na comunidade, constitui um fator social que eleva as taxas de depressão na comparação com indivíduos que possuem ocupações (ANDERSON et al, 2007; BOMBARDIER et al, 2012; KALPAKJIAN et al 2006; LASPRILLA et al, 2011). Um estudo revelou ainda que a ausência de ocupação profissional está associada ao uso de estratégias consideradas menos efetivas no processo de adaptação e, consequentemente, menos efetivas na gestão do estresse decorrente do quadro clínico pós-lesão (TEIXEIRA et al., 2014). Segundo Anderson et al. (2007), além do desemprego, a baixa renda familiar também está associada a maiores riscos de depressão. Migliorini, New e Tonge (2009) associaram não somente os sintomas depressivos, mas também os de ansiedade em pessoas com menores rendas. Outros estudos realizados com pessoas sem disfunção física descreveram a falta de ocupação profissional relacionada a níveis mais elevados de ansiedade, somatização, angústia e estresse, apresentando baixa autoestima, baixa autoconfiança, inatividade e isolamento social (DIMAS; PEREIRA. CANAVARRO, 2013) (BARROS; OLIVEIRA, 2009).

No estudo em tela, também não houve significância na associação do nível escolar com sintomas de ansiedade e depressão, entretanto diversas pesquisas apresentaram maior número de sintomas em pessoas com menor nível escolar. Nesse sentido, pontua-se a ausência de participantes com ensino superior completo no

presente estudo para fins de comparação com a literatura. Lasprilla et al. (2011) assinalaram maior probabilidade de transtorno depressivo maior após cinco anos de lesão em pessoas menos escolarizadas. Bombardier et al. (2012) também pontuaram maior gravidade de depressão em pessoas que não concluíram o ensino médio, e Khazaeipour, Sevedeh-Mohadeseh e Naghdi. (2015) associou o ensino universitário com menor frequência de depressão. No estudo de Teixeira et al. (2014), os participantes que possuíam lesão medular e tinham menos de nove anos de escolaridade foram os que apresentaram mais sintomas de ansiedade em comparação com aqueles que possuíam mais tempo de estudo. Em contrapartida, pesquisa de Al Owesie et al. (2012) foi a única encontrada que associou maior número de sintomas de ansiedade e depressão em pessoas com nível universitário se comparadas àquelas com menor escolaridade nessa população.

O nível da lesão não apresentou significância no presente estudo, mas os resultados de Ferreira et al. (2014) relataram maiores sintomas depressivos em pessoas com tetraplegia se comparadas às paraplégicas, embora os próprios autores tenham afirmado não se tratar de um resultado comumente encontrado em pesquisas com essa população. Outro estudo avaliou depressão e ansiedade-traço/estado e não apresentou diferença significativa entre ambas e o nível da lesão (MURAKI et al., 2000).

No estudo em tela, não foi encontrada significância na associação de depressão e ansiedade-traço/estado com o tempo de lesão. Estudo feito por Hankok et al. (1993) também não identificou essa associação, embora pesquisas mais recentes evidenciem diminuição nos sintomas depressivos e ansiosos ao longo dos anos em pessoas com lesão medular (BOMBARDIER et al., 2012; HOFFMAN et al., 2011; KENNEDY; ROGERS, 2000; LASPRILLA et al., 2011; RICHARDSON; RICHARDS, 2008). A depressão é um sintoma presente em algumas pessoas, mas aquelas capazes de regular suas próprias emoções e encontrar soluções para seus problemas expressam sinais de felicidade que podem estar relacionados à personalidade, ao bom apoio social recebido e a uma conexão espiritual. Alguns apresentam ainda mais resiliência que outros, o que pode estar associado a uma diminuição dos sintomas depressivos e aumento do funcionamento físico no decorrer dos anos (DUGGAN et al, 2016; SILVERMAN et al., 2015).

Muitos participantes referiram sentir apoio familiar após a lesão, porém não houve significância na associação com depressão e ansiedade-traço, mas sim com

ansiedade-estado. Estudos revelam que o suporte social de família, amigos e profissionais é uma das variáveis que melhor predizem a adaptação, tanto física como mental (FERREIRA; GUERRA, 2014; GIL, 1999). Embora o humor depressivo possa ter uma diátese medida pela qualidade das experiências familiares ao longo da infância e adolescência, são as características atuais da vinculação e o apoio social que melhor explicam o humor depressivo na idade adulta. A natureza dessas experiências pode aumentar a vulnerabilidade à depressão, sendo que a combinação entre a história das experiências acumuladas na interação com o mundo e os contextos atuais de vida pode tornar o indivíduo resiliente ou vulnerável à depressão (MONTEIRO, 2009). A Associação de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos (ABRATA) traz em seu Manual para Transtorno de Ansiedade que, além do tratamento médico e psicoterapêutico, é fundamental a participação da família e dos amigos no tratamento dos transtornos de ansiedade. Muitas vezes, pessoas com ansiedade, familiares e amigos ignoram a natureza do transtorno e desconhecem que seu apoio e encorajamento são imprescindíveis para ajudar o doente a aderir melhor ao tratamento e melhorar sua condição (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FAMILIARES. AMIGOS E PORTADORES DE TRANSTORNOS AFETIVOS, 2011).

Houve significância apenas na associação das atividades de autocuidado e ansiedade-traço. Estudos mencionam, entre os fatores de proteção que contribuem positivamente tanto para o autocuidado quanto para a resiliência de pessoas com lesão medular, a forte rede de apoio social, a qual contempla um "ambiente social positivo" anterior à lesão, traços de personalidade como o otimismo, espiritualidade, habilidades e mecanismos de enfrentamento e oportunidades de participação social (LAVELA, 2016; MONDEN et al., 2014). Outro estudo ainda refere que pessoas com mais sintomas de depressão demonstram níveis mais baixos de independência funcional e mobilidade do que aquelas que não os apresentam. Em contrapartida, indivíduos com maiores expectativas de recuperação das habilidades funcionais expressam menos comportamento depressivo e demonstram uma mudança mais significativa nas atividades da vida diária após a reabilitação (ELLIOTT; FRANK, 1996). Estudo realizado com pessoas sem lesão medular mostrou relação entre ansiedade e depressão nas atividades de autocuidado, sendo que a depressão foi observada com maior frequência em pessoas consideradas dependentes nas atividades básicas em relação àquelas independentes neste quesito (POSSATTO et al., 2015). Os níveis de ansiedade registrados por indivíduos dependentes e independentes nas atividades de autocuidado foram de 80% e 20,9%, respectivamente. A maior prevalência indica que a dependência nas atividades básicas é capaz de gerar sentimentos de medo, tensão excessiva e instabilidade emocional, podendo, inclusive, desencadear sofrimento psíquico (POSSATTO et al., 2015).

A associação entre o estado civil e a depressão apresentou significância no presente estudo, uma vez que os participantes casados alcançaram maiores frequências na gravidade dos sintomas de depressão se comparados aos solteiros e divorciados/separados. Esses dados propiciam repensar o entendimento de que pessoas casadas, por terem o apoio afetivo de seus parceiros, dispõem de mais suporte de enfrentamento ao sofrimento psíquico, e permitem inferir que o maior sofrimento psíquico em pessoas com lesão medular casadas pode estar relacionado com a ansiedade decorrente da perda dos papéis ocupacionais de esposa e/ou marido. Estudo envolvendo apenas mulheres com lesão medular mostrou que as casadas ou que mantinham relacionamentos semelhantes aos matrimônios tiveram, em média, escores de depressão mais altos do que aquelas que não estavam em um relacionamento parecido com um casamento (KALPAKIJIAN et al., 2011; ROBINSON-WHELEN et al., 2014) avaliaram os efeitos do estado civil em relação ao bem-estar e mostraram que ser casado confere pouco ou nenhum benefício adicional ao bemestar, embora tenha sido significativamente associado a um declínio na sintomatologia depressiva ao longo do tempo. Resultados de outro estudo evidenciaram que pessoas com lesão medular solteiras tiveram mais qualidade de vida, e as casadas apresentaram maior insatisfação (SHIN, 2012b). No entanto, pesquisa feita por Lasprilla et al. (2011) não identificou associação entre essas variáveis.

Embora o presente estudo não tenha apresentado muitas variáveis sociodemográficas, clínicas ou pessoais associadas a sintomas de ansiedade e depressão, tal como observado previamente na revisão da literatura, acredita-se que tais resultados possam divergir de uma região para outra ou em distintos países, pois cada lugar oferece diferentes oportunidades em termos de cultura, educação, inclusão, apoio e acessibilidade. Dessa forma, recomenda-se que a elaboração de intervenções futuras baseie-se em resultados de pesquisas locais, mais condizentes com as necessidades específicas de cada população.

Considera-se que este estudo proporcionou analisar, além das perdas dos

papéis ocupacionais, os novos papéis desempenhados pelos participantes, bem como identificar aqueles que foram mantidos, nunca desempenhados e/ou eram ou não almejados para o futuro. Evidenciou-se ainda a importância desses papéis na vida dos participantes, o que será melhor detalhado neste momento.

Em relação aos papéis ocupacionais, embora tenha sido identificado um número significante de perdas e de pessoas que desejavam a mudança exercendo futuramente um papel nunca antes exercido, houve baixo número de indivíduos desempenhando novos papéis. Poucos são os estudos na literatura que abordam o tema papéis ocupacionais e lesão medular, mas um deles corrobora o resultado da presente investigação, visto que apresentou maior número de papéis desempenhados no passado, com perda expressiva no presente e aumento na expectativa de assumilos futuramente, notando-se o papel de membro da família com maior predominância nos três tempos (SOUZA et al., 2013). No presente estudo, houve média alta de papéis contínuos, porém, se observados outros resultados, nota-se que o papel de membro da família e amigo podem ter sido os responsáveis pelo maior valor em relação a outras categorias, sendo provável que quase todos os participantes mantivessem esses papéis no presente e desejassem mantê-los no futuro. Resultado semelhante foi encontrado no estudo realizado por Cruz, Emmel, (2012) com pessoas que possuíam alguma deficiência física: no tempo presente, o papel de membro da família se sobressaiu em relação aos demais, e o de amigo apresentou as maiores perspectivas para o futuro.

Os papéis de membro de família e amigo, juntamente com o de trabalhador e religioso, foram os que receberam maior importância por parte dos participantes, tal como no estudo realizado com idosos, em que os papéis de maior importância foram os de serviços domésticos, amigo, membro da família, religioso e passatempo/amador (Elliott, 1987). No estudo em tela, o papel de passatempo/amador também alcançou alto percentual de pessoas que o consideravam muito importante, porém com menor ênfase em comparação ao papel de trabalhador, podendo ocorrer por se tratar de uma população que diferentemente dos idosos vivenciou uma abrupta ruptura das atividades em fase de produtividade no trabalho.

Outro resultado importante decorre de não ter sido considerado exercício do papel religioso apenas frequentar culto, missa ou preleções espíritas religiosas, visto que a Lista adotada para esta classificação neste estudo previa que o participante também frequentasse e colaborasse com a instituição em outros

momentos. Assim, o papel religioso, juntamente com os de estudante e participações em organizações, obteve os maiores percentuais em "ausência". Entretanto, vale pontuar, que a maioria dos participantes expressava alguma crença religiosa, principalmente após a lesão, e atribuía muita importância a esse papel. Para Coura et al. (2013), isso decorre do fato do trauma acontecer inesperadamente, sem que as estejam preparadas para enfrentá-lo, necessitando pessoas espiritual. Nesse sentido, algumas perdas, inclusive, resultam em uma violação da pessoa em toda a sua existência, pois ela não vivencia apenas o sofrimento físico, mas também o psicológico que levam muitas vezes ao apego a espiritualidade. Nesse contexto, a esperança alimentada pela fé e sustentada por uma crença religiosa ajuda a superar estados de desesperança e/ou impotência (COURA et al., 2013).

Após enfrentar os diversos obstáculos e à medida que o sujeito se adapta e desenvolve a capacidade de cuidar de si mesmo, a religião vai se tornando cada vez mais presente (COURA et al., 2013). De acordo com estudo de Rodrigues (2015), os tempos imediatos ao acidente são responsáveis pelo desenvolvimento e amadurecimento da religiosidade, funcionando também como veículo propulsor da socialização e participação em atividades, dada a integração de alguns em grupos de paróquia local. Orar e frequentar locais de culto, principalmente igrejas, constituem exemplos de práticas religiosas frequentemente mencionadas por pessoas que sofreram a lesão e também por seus familiares (RODRIGUES, 2015).

O papel com maiores perdas foi o de trabalhador, notando-se grande porcentagem de pessoas querendo retornar ao trabalho. Krause (2003) investigaram o tempo de retorno ao trabalho após a lesão medular nos Estados Unidos e encontraram média de 4,8 anos. Pesquisa de Ramakrishnan et al. (2011) a esse mesmo respeito, porém na Malásia, identificou média semelhante, de 4,9 anos após a lesão, mas concluiu que possuir menos tempo de educação e mais idade no momento da lesão estão associados com mais tempo para retornar ao trabalho. No Brasil, estudo realizado na Rede Sarah Kubitschek apresentou índice de 55,7% de pessoas que realizam atividades laborais após a lesão, mas não necessariamente as mesmas de anteriormente (VERA; COUTINHO; FIGUEIRA, 2011). Observam-se, com base nesses dados, diferenças significativas em relação aos resultados de nosso estudo, onde tivemos apenas 13,3% dos participantes realizando atividades laborais pós-trauma, dos quais apenas 3,3% trabalhavam formalmente. Ressalta-se ainda que, embora a maioria dos participantes possuísse a lesão há anos e tivesse média de

idade de 40 anos, quase todos não estavam trabalhando.

O passatempo/amador também foi um dos que apresentaram número considerável de perdas. Em pesquisa sobre os conceitos de lazer para as pessoas com lesão medular, Raposo e Lopez (2002) identificaram, em primeiro lugar, que as pessoas consideram o lazer uma "diversão"; em segundo, um "descanso"; e em terceiro, "fazer o que gosta". Como grupos de interesse, foram citados eventos artísticos, intelectuais, esportivos, manuais, turísticos e sociais. Os autores concluíram ainda que o lazer é um componente importante para a qualidade de vida de todos, especialmente no caso de pessoas com lesão medular, que por vezes se encontram em um momento de reestruturação de vida. Assim, as limitações motoras não devem impedir que realizem ou participem de inúmeras atividades, inclusive de lazer (RAPOSO; LOPEZ, 2002).

Participar de organizações não foi considerado pelos participantes um papel importante, e ao de estudante também foi atribuída pouca importância, talvez porque muitos não pretendessem estudar no futuro. No entanto, um número considerável referiu o desejo de retomar os estudos futuramente. Aqueles que não gostariam de voltar a estudar alegaram não terem mais idade para isso, e aqueles que desejavam mencionaram a preferência por cursos profissionalizantes em uma nova área de atuação. Esses dados corroboram estudo realizado por Masiero (2008), em que apenas 23,3% dos participantes com lesão medular retomaram os estudos após o trauma, grande parte deles cursos de capacitação profissional como os de informática.

Após analisar a incumbência atribuída e a importância designada a cada papel ocupacional pelos participantes, fez-se a correlação entre esses papéis e a ansiedade e depressão, sendo que houve correlação positiva entre a perda dos papéis ocupacionais com ansiedade-traço/estado e depressão. Os resultados confirmaram que os participantes com maiores perdas apresentavam mais sintomas de ansiedade e depressão. Em contrapartida, os resultados apresentaram correlação negativa entre os papéis Continuo e ansiedade-traço/estado e depressão, revelando que aqueles que exerciam maior número de papéis contínuos tiveram menos sintomas de ansiedade e depressão.

Não foram identificados na literatura estudos que correlacionassem ansiedade ou depressão com papéis ocupacionais em pessoas com lesão medular, mas estudo de Santos e Santos (2015) investigou, em outra população (idosos

atendidos em um ambulatório de geriatria), se a presença de sintomas depressivos influenciava o desempenho de papéis ocupacionais, não encontrando associação significativa entre as variáveis. Outro estudo com amostra de idosos independentes apresentou significância entre as perdas relacionadas a papéis desempenhados no passado e não mais no presente, entretanto tal significância foi observada em ambos os grupos: sem e com depressão (REBELLATO, 2012).

Diferentemente da população idosa que consegue assimilar suas perdas gradativamente, acredita-se que pessoas com lesão medular, geralmente em fase produtiva de trabalho, construção da família e de bens, sofrem uma ruptura mais brusca pela perda inesperada de papéis. A disfunção física causada pela lesão medular pode ser um preditor para as perdas de papéis e, caso a pessoa apresente sintomas de ansiedade ou depressão associados ao funcionamento social, este quadro será agravado. Indivíduos com sintomas de depressão apresentam baixo nível de atividades, relacionamentos íntimos de qualidade prejudicada e contato restrito com as redes sociais (BEATTIE, 2005). Inúmeras vezes, a depressão leva ao isolamento social, sendo um dos seus principais sintomas a anedonia (perda de interesse em atividades anteriormente apreciadas), embora o isolamento social também constitua um forte fator de risco para o desenvolvimento depressão (CRUWYS et al., 2014). Nota-se, então, uma via de mão dupla: não somente o sofrimento psíquico pode levar a uma maior dificuldade em retomar os papéis ocupacionais desempenhados anteriormente, como um episódio de depressão é frequentemente desencadeado por um evento negativo específico na esfera social, de modo que a redução da conectividade social não é apenas um sintoma da depressão, mas parece exercer também um papel causal em seu desenvolvimento (CRUWYS et al., 2014).

Em relação às entrevistas com os profissionais de saúde, observa-se, na categoria analítica "A relação entre ansiedade, depressão e perda de papéis ocupacionais", que originou a categoria empírica "Existência de uma relação entre ansiedade, depressão e perda de papéis ocupacionais na visão dos profissionais de saúde", que 100% dos entrevistados acreditavam na relação entre a perda dos papéis ocupacionais e a ansiedade e depressão, o que corrobora os resultados até aqui apresentados.

Na categoria analítica "Frequência que os profissionais acreditam que os pacientes com lesão medular apresentam ansiedade e depressão", que originou a

categoria empírica "A maioria das pessoas com lesão medular apresentam ansiedade e depressão na visão dos profissionais de saúde", nota-se que a frequência com que todos os profissionais acreditavam que ansiedade e depressão estivessem presentes nesta população não condiz com os resultados até aqui apresentados, nem mesmo com os achados das pesquisas identificadas na literatura. Sabe-se que o sofrimento psíquico está presente nessa população e, com base nos resultados deste estudo, possui relação com a perda de papéis, mas não é possível afirmar que 100% ou quase todas as pessoas com lesão medular se encontram em sofrimento psíquico, tal como afirmaram nas entrevistas alguns profissionais. Determinadas frases como "Acredito que 100%" ou "Acredito que todos" refletem a afirmação de Berto e Barreto (2011), para os quais algumas pessoas, de certa forma, esperam essa postura de indivíduos com esse tipo de lesão dadas as diversas limitações físicas por eles vivenciadas. Todavia, é importante destacar que algumas pessoas são capazes de não entrar em estágio de sofrimento após um trauma por alguns motivos principais: continuam desempenhando ou resgatam papéis ocupacionais; mantêm autonomia e independência; e em virtude das experiências vivenciadas em período anterior e posterior à lesão, o que inclui vantagens socioeconômicas (BERTO; BARRETO, 2011; BOMBARDIER et al., 2012; KORNHABER et al., 2018; LASPRILLA et al., 2011).

Todos os entrevistados do estudo, na categoria analítica "Estratégias de enfrentamento dos pacientes com lesão medular na visão dos profissionais de saúde", expressaram através da categoria empírica "Cada paciente enfrenta de uma forma na visão dos profissionais" acreditar que existem diferentes formas de enfrentar a lesão, as quais variam de uma pessoa para outra. Entretanto, como emergiram opiniões divergentes sobre as melhoras formas de fazer isso, foram construídas outras duas categorias empíricas. A primeira, "Influência familiar no enfrentamento após a lesão medular na visão dos profissionais de saúde", reúne a crença de que o bom enfrentamento após o trauma depende da adoção de estratégias focadas no problema, como busca de suporte social, incluindo principalmente a família, e percepção do controle da saúde, sendo este um processo que ocorre mediante a interação da pessoa com o ambiente, de modo que um mesmo sujeito pode adotar diferentes formas de enfrentamento em cada situação, a depender dos recursos ambientais e individuais disponíveis (MURTA; GUIMARÄES, 2007). Na segunda categoria empírica, "Força de vontade individual no enfrentamento após a lesão medular na visão dos profissionais de saúde", os profissionais expressaram uma concepção diferente, pois, para eles, a força de vontade da pessoa era o elemento mais importante para um bom enfrentamento após o trauma.

Alguns estudos trazem como fator importante para o enfrentamento da lesão medular os recursos que envolvem mecanismos internos, nos quais as características da personalidade como a determinação e a coragem são consideradas relevantes para enfrentar a nova condição (RODRIGUES, 2015). Para Pereira (2006), tanto estratégias comportamentais quanto cognitivas são adotadas após a lesão, o que denota a disponibilidade de diferentes recursos por parte dos indivíduos, sendo o enfrentamento a expressão de um conjunto de modalidades que promovem a adaptação em um processo contínuo e diversificado. Observam-se, nesses estudos e nos discursos de alguns profissionais, concepções ainda biologizantes, visto que não emergiram respostas relacionadas aos determinantes sociais envolvidos no enfrentamento e resgate da saúde, e isso expressa a persistência de um conflito entre duas concepções e suas respectivas práticas, fundamentalmente distintas: a biomédica tradicional e a da determinação social da saúde. A visão de que o enfrentamento é algo que depende da força de vontade ou da coragem exclusivamente da pessoa pode retratar uma visão individualizante e organicista da deficiência que, muitas vezes, oculta um discurso que atribui mérito a alguns e demérito a outros de forma injusta (CONIL, 2008; PAIM, 2008).

Na categoria analítica "Estratégias dos profissionais de saúde no cuidado à ansiedade e à depressão em pacientes com lesão medular", todos os entrevistados foram incluídos na categoria empírica "Encaminhamento para o médico e psicólogo do serviço em casos de pacientes com sinais de ansiedade ou depressão como estratégia", o que revela que a maioria, quando percebe o paciente em sofrimento psíquico, adota a estratégia de encaminhá-lo para o médico ou psicólogo do serviço. No entanto, o acompanhamento psicológico após o trauma deve fazer parte de um trabalho multidisciplinar, cujo objetivo é a reabilitação biopsicossocial do sujeito. O trabalho do psicólogo nesses casos visa à reestruturação da autoimagem e autoestima diante da deficiência física, abordando as perdas, mas ressaltando principalmente as potencialidades residuais. Assim, é importante que os profissionais da área da saúde disponham de conhecimentos aprofundados sobre o diagnóstico, para não transmitirem ao paciente informações irreais, devendo sempre serem éticos para não comprometer o processo de reabilitação (BRASIL, 2015). Entretanto, a atuação dos profissionais da saúde nos dias atuais ainda se encontra limitada, visto

que, após a reabilitação funcional e o acompanhamento em saúde mental, ainda não há uma reabilitação que atue na mudança ambiental, que crie caminhos de acessibilidade, recuperação ou ressignificação de papéis. Nesse sentido, embora a reabilitação funcional e o tratamento da saúde mental devam ser apenas uma parte da reabilitação do sujeito, ou até mesmo o início de sua reinserção na sociedade, este processo ainda se encontra fragmentado e, em muitos lugares, não considera as especificidades da pessoa ou o contexto onde ela vive (KRONENBERG; FRANSEN; POLLARD, 2005).

Na categoria analítica "Serviços especializados em saúde mental/reabilitação psicossocial que trabalhem a favor de pessoas com lesão medular", constataram-se a falta de serviços especializados e a dificuldade encontrada por profissionais da saúde no encaminhamento do paciente com lesão medular para o médico psiquiatra quando ele vivencia severo sofrimento psíquico. Nesse sentido, 90% dos relatos foram incluídos na categoria empírica "Falta de serviços especializados em saúde mental/reabilitação psicossocial que trabalhem a favor de pessoas com lesão medular". Blatt, Dias e Marchi (1996) constataram que médicos não psiquiatras apresentam dificuldade em detectar e tratar o sofrimento psíquico e, embora não seja necessário e nem viável encaminhar todos os pacientes com alguma queixa para um especialista, é importante que um médico avalie com cautela aqueles que necessitam de encaminhamento e ofereça um olhar atento e tratamento eficaz aos demais (BLATT; DIAS; MARCHI, 1996). Ainda no que se refere à falta de serviços especializados em saúde mental e reabilitação psicossocial a essa população, pode-se levantar a hipótese de que um dos grandes dificultadores dessa inserção é uma divisão de tradição cartesiana, que ainda separa a mente do corpo, assim como a fragmentação que se aplica a doenças físicas e psíquicas, como se fossem de naturezas distintas (CASTRO; ANDRADE; MULLER, 2006). Outra "Desconhecimento em relação a serviços categoria empírica, mental/reabilitação psicossocial que trabalhem a favor de pessoas com lesão medular", revelou um entrevistado (10%) não sabendo informar a existência desse tipo de serviço. Nossa cultura parece ainda não apreender a completa relação entre a mente e o corpo, principalmente a influência psicossocial no processo de reabilitação de uma pessoa com deficiência física (ARAGÃO, 2002; CASTRO; ANDRADE; MULLER, 2006).

A interligação entre o psíquico, físico social/ocupacional parece ser ainda

tratada de forma isolada em virtude do predomínio de um modelo biomédico da deficiência, bem como de um outro funcionalista de reabilitação, os quais emergiram na categoria analítica "Serviços de saúde oferecidos para pessoas com lesão medular", que resultou na categoria empírica "Apenas Centros de Reabilitação Física como serviços oferecidos a pessoas com lesão medular". Além do próprio serviço (SAD) que atende a população apenas em períodos específicos de tratamento ou recuperação, os entrevistados citaram um número considerável de serviços de reabilitação funcional, mas, em contrapartida, não souberam informar qualquer serviço especializado em saúde mental/reabilitação psicossocial para essa população. Isso deve-se, principalmente, à predominância na sociedade global atual da racionalidade instrumental, que se apoia na técnica e na ciência, nomeadamente biomédica, enquanto ideologia, sobrepondo-se a uma construção interdisciplinar e intersetorial que contemple também outros domínios de saber e setores da sociedade (ARAGÃO, 2002; MÜLLER NETO; ARTMANN, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Em relação à categoria analítica "Suficiência dos serviços de saúde oferecidos a pessoas com lesão medular", houve respostas diferentes e, portanto, alguns relatos foram incluídos na categoria empírica "Serviços de saúde oferecidos a pessoas com lesão medular sendo considerados suficientes", visto que a região é considerada privilegiada em relação a outras do país. Entretanto, outros entrevistados foram incluídos na categoria empírica "Necessidade de melhora nos serviços de saúde oferecidos às pessoas com lesão medular", pois expressaram a crença de que tais serviços eram bons, mas precisavam de melhorias. Alguns participantes foram ainda incluídos na categoria empírica "Necessidade de serviços que ofereçam a manutenção da saúde após alta da reabilitação", pois citaram a necessidade de serem oferecidos também serviços que trabalhassem em prol da manutenção da saúde após a alta da reabilitação física. A deficiência precisa ser "repensada" como um desenvolvimento e questão social, em que os direitos e as necessidades da pessoa com deficiência devem ser satisfeitos por meio da inclusão de atitudes sociais, juntamente, quando apropriado, de um processo de reabilitação que contemple as necessidades pessoais. Ações como a Reabilitação Baseada na Comunidade-RBC existem, mas é necessário que o governo, por meio de políticas públicas e em parceria com os serviços de saúde, desenvolva ações de inclusão prática, a fim de tornar as pessoas e o meio agentes facilitadores no desenvolvimento ocupacional, sendo ele abordado em contextos individuais e familiares ou no sentido mais amplo da comunidade maior (KRONENBERG; FRANSEN; POLLARD, 2005). O Ministério da Saúde estabelece, em sua Diretriz à Pessoa com Lesão Medular, que o cuidado integral à saúde dessa população deve ter como resultado final a manutenção de sua saúde física e mental, assim como o desenvolvimento da sua autonomia e inclusão social, a fim de efetivar possibilidades de uma vida plena (BRASIL, 2015).

Além de serviços para a manutenção da saúde, as pessoas com lesão medular necessitam dispor de opções acessíveis de lazer e prática de atividades físicas ou esportivas adaptadas para diferentes gostos, sendo esta uma via para a inserção social, mas, sobretudo, um meio de promoção de saúde, mediante um olhar atento às necessidades dessa população, no sentido de prevenir incapacidades mediante a adoção de um estilo de vida ativo que proporcione impacto positivo em diversos aspectos da saúde, em qualquer fase da vida (SOUZA et al., 2009). Embora em geral as pessoas com deficiência física necessitem de reabilitação funcional e atenção psicológica, sendo ambas de extrema importância, tais ações perdem o sentido caso essas pessoas não tenham acesso ao meio e as oportunidades da mesma forma que pessoas sem deficiência. Uma pessoa reabilitada funcionalmente, porém estigmatizada e vista como geradora de custos no mercado de trabalho, não pode ser considerada reabilitada ou inserida na sociedade. Entretanto, muitas empresas ainda não estão dispostas a custear gastos que envolvem, por exemplo, a quebra de barreiras arquitetônicas. (SANTOS et al., 2012). Defende-se que a cultura, o esporte, turismo e lazer sejam prioritariamente assegurados e apropriados, bem como o acesso à informação e ao sistema de transportes, mas é notório que tal acesso esbarra na necessidade de eliminar barreiras tanto preconceituosas como físicas (SANTOS et al., 2012).

No Brasil, as condições de vida das pessoas com deficiência são ainda desconhecidas, pois a maioria vive reclusa nos próprios lares ou em instituições, sendo que a sociedade e o Estado ainda pouco sabem das necessidades e dificuldades por elas enfrentadas (BAMP; GUILHEM; ALVES, 2010). É notória a necessidade da formulação de políticas públicas direcionadas para assegurar os direitos fundamentais das pessoas com deficiência, no sentido de possibilitar cada vez mais e de forma progressiva a inserção desse tema de extrema importância na agenda política do Brasil, pois isso proporcionaria maior acesso a bens e serviços, além de oportunidades iguais a todos os cidadãos. Entende-se que políticas públicas devem permitir, ou ao menos facilitar, a concretização dos direitos fundamentais,

ocasionando a inclusão e a integração social das pessoas com deficiência, de modo a construir uma sociedade justa e igualitária. Somente por meio da prática social e luta pelos direitos poderá ocorrer uma efetiva transformação e ser de fato protegida a dignidade humana (MARIANO et al., 2017).

As limitações do estudo são: o tamanho da amostra a qual poderia abarcar outros serviços, cidades ou regiões, visto que o presente estudo coletou dados em um único serviço de atenção à saúde; a não existência de instrumentos específicos para avaliar sintomas de ansiedade e depressão em pessoas com deficiência física, visto que alguns sintomas somáticos presentes nos instrumentos podem confundir-se com sintomas físicos da lesão medular; a não associação dos sintomas de ansiedade, depressão e papéis ocupacionais com outros fatores clínicos como dor, infecções e úlcera por pressão, e outros fatores sociais (raça, área geográfica de moradia e trabalho, acesso à educação, meio cultural, possibilidade de acesso a bens e a serviços, acessibilidade, transporte, oportunidades de trabalho, histórico de vida anterior à lesão, entre outros condicionantes sociais); a não separação dos participantes por áreas geográficas de moradia; a não inclusão dos participantes pacientes na etapa qualitativa, cujo depoimento e percepções em relação à problemática seriam de extrema importância para entender as experiências dos mesmos, e assim complementar os resultados.

O estudo teve como potencial: ser um tema novo e pertinente ao relacionar sintomas de ansiedade e depressão com os papéis ocupacionais em pessoas com lesão medular; apresentar resultados que afirmam a existência de uma relação entre o sofrimento psíquico e a perda de papéis ocupacionais entre os participantes pacientes, proporcionando que novos estudos possam através destes resultados realizarem investigações mais aprofundadas sobre o tema; apresentar resultados que mostram a importância da mudança de visão dos serviços, governo e sociedade em geral para que de fato essa população seja incluída na sociedade, e através da criação de novas Politicas Publicas de Saúde consigam exercer seus papéis ocupacionais como todos os cidadãos, com qualidade na saúde física e mental.

Conclui-se que grande parte dos participantes com lesão medular deste estudo apresentou sintomas de ansiedade e depressão e esses foram correlacionados positivamente à perda de papéis ocupacionais após a lesão.

A média dos sintomas de depressão foi leve/moderada e de ansiedadetraço/estado foram de sintomas médios, o que exige um olhar atento para essa população em relação a duas condições que envolvem sua saúde: as perdas funcionais relacionadas à lesão e o sofrimento psíquico dela advindo, uma vez que esses comprometimentos podem levar a perdas tanto de papéis ocupacionais importantes quanto de habilidades necessárias à vida cotidiana. Sendo assim, esses fatores interferem incisivamente na qualidade, no interesse e no valor atribuído à vida.

O fato de homens não terem apresentado vantagem em termos de vivenciar menor sofrimento psíquico, como observado em estudos com a população em geral, pode ter sido influenciado pela situação de muitos entrevistados serem os provedores do lar ou estarem em plena fase de produtividade econômica, construção familiar e carreira, além de muitas vezes perderem funções sexuais consideradas importantes pela sociedade. Em relação ao estado civil, o predomínio de pessoas casadas com maiores sintomas depressivos em relação aos solteiros e divorciados/separados, leva a hipótese de que ter um companheiro afetivo para compartilhar as situações diárias não proporciona, necessariamente, maior estabilidade emocional, podendo também impor maiores responsabilidades em relação ao sustento da casa e, consequentemente, maiores preocupações, aflições, angústia ou medo.

As atividades de autocuidado associadas aos sintomas de ansiedade-traço sugerem que a capacidade dos participantes em conseguir, por meio de uma habilidade, manter meios básicos de sobrevivência humana de forma independente faz com que adquiram maior autoconfiança para reagir às situações diárias e contribui para o desenvolvimento de menos sintomas ansiosos.

Através dos resultados pudemos observar que o estado emocional transitório pode sofrer influência do apoio recebido. A ansiedade percebida pelo próprio sujeito por meio de tensão ou apreensão pode ser minimizada quando ele sabe que pode contar com o apoio de pessoas, o que gera maior segurança, naturalidade, satisfação e confiança.

Em relação aos papéis ocupacionais, embora tenha sido encontrada média mais alta de papéis "contínuos", que são aqueles que continuam a ser

desempenhados após a lesão, pode-se considerar que os papéis de amigo e membro da família foram os grandes responsáveis por esse resultado, uma vez que eram exercidos pela maioria dos participantes no passado, presente e com pretensão no futuro, além de serem por eles considerados os mais importantes. O papel de passatempo/amador revelou muitos participantes mantendo suas atividades de lazer e outros não, onde alguns dos que perderam desejam retomar este papel e alguns poucos referem não projetá-los para o futuro, o que demonstra certa desesperança de alguns e esperança de outros em relação ao que ainda irá acontecer.

O papel de trabalhador foi o que apresentou maiores perdas e emergiu como um dos considerados de maior importância para a vida pelos participantes. Trata-se de um papel que afeta sobremaneira a vida dessa população, dada a dificuldade de retornar ao trabalho após a lesão, principalmente no caso de pessoas com baixo nível escolar ou que anteriormente exerciam atividades laborais que exigiam habilidades físicas. Mesmo a maioria tendo referido não haver exercido o papel religioso no passado, presente e não projetá-lo para o futuro com base nos critérios da Lista de Identificação dos Papéis Ocupacionais, notou-se a importância atribuída a este papel e o apego espiritual referido pelos participantes, principalmente após a lesão.

Embora tenham sido baixas as taxas percentuais dos papéis considerados com nenhuma importância, participar de organizações e ser estudante foram aqueles considerados menos importantes, ambos também com grande número de "ausência" nos três tempos. Em relação ao papel de estudante, muitos haviam deixado de estudar há anos, de modo que foram assim classificados somente aqueles que realmente o desempenhavam no período da lesão, sob risco de serem considerados perdas. Esses dados mostram a desvalorização do papel de estudante pelos participantes, sugerindo que as pessoas que deixam estudar cedo para trabalhar apresentam uma visão limitada em relação a importância da capacitação através do estudo para o crescimento profissional e pessoal.

Não foram muitos aqueles que expressaram o desejo de futuramente desempenharem um papel ainda não exercido, mas os mais citados foram os de voluntário e estudante. Além disso, alguns papéis assumidos no passado, perdidos no presente e sem pretensão no futuro foram citados por um considerável número de participantes. Esses dados sugerem uma falta de interesse em exercer papéis futuros ou podem refletir um desencorajamento ou uma desesperança em relação ao

amanhã, ou até mesmo uma visão de incapacidade imposta pela própria pessoa. A falta de acesso e de oportunidades impõe-se como fator desestimulante até mesmo para sair de casa. Ainda que a região onde este estudo foi desenvolvido seja privilegiada por oferecer serviços de qualidade de reabilitação, atenção domiciliar e hospitais especializados, constatou-se a ausência de um olhar diferenciado, uma vez que serviços para manutenção da saúde física e mental e atividades sociais ainda eram escassos. As opções oferecidas para esporte, cultura e lazer eram igualmente limitadas e evidenciou-se que a falta de acessibilidade dificultava ainda mais o retorno dessas pessoas à sociedade. Essa população precisa ser de fato incluída na sociedade, uma vez que deixar de sair de casa para não ter que enfrentar as barreiras que dificultam o acesso e se deparar com o preconceito das outras pessoas não podem ser considerados pela sociedade situações normais.

Uma vez constatada a relação entre ansiedade e depressão com as perdas de papéis ocupacionais, sendo que os participantes com mais perdas apresentaram maior sofrimento psíquico e aqueles que continuaram exercendo papeis anteriores à lesão vivenciaram menor sofrimento, infere-se não ser a lesão a causadora deste sofrimento, mas sim as consequências por ela impostas a partir do instante em que o sujeito percebe estar impossibilitado de desempenhar determinados papéis. Acreditase, então, que a pessoa possa vivenciar de forma brusca ou lentamente as perdas de acordo com suas especificidades psicológicas, embora, em geral, a percepção de queda nas ocupações as torne mais propícias ao sofrimento psíquico.

Outro fato preocupante diz respeito à depressão ter como alguns de seus sintomas o isolamento social e a falta de interesse em realizar atividades que antes proporcionavam prazer. Assim, uma vez que o sujeito apresenta sintomas depressivos após a perda de um ou mais papéis, retomar àquela ocupação pode se tornar ainda mais difícil. A situação em que o sujeito se encontra pode se tornar uma via de mão dupla onde tanto a perda de papéis pode gerar o sofrimento psíquico, quanto o sofrimento pode manter, prolongar ou gerar novas perdas.

Acredita-se ser necessário conferir maior atenção à associação de doenças físicas com quadros psiquiátricos, visto que perder ou retomar um papel desempenhado anteriormente, assim como ressignificar outros, pode não estar relacionado apenas à disfunção física, mas a uma gama de situações vividas pelo sujeito que o conduzem ao sofrimento psíquico.

As estratégias de promoção de saúde mental a essa população ainda se

encontram limitadas, pois, embora a região disponha de uma considerável quantidade de centros de reabilitação e de um serviço público de atenção domiciliar, não há serviços especializados em saúde mental/reabilitação psicossocial e os próprios participantes pacientes reconhecem a limitação dos serviços em relação ao acompanhamento psicossocial. Situações como esta ainda são comuns na cultura ocidental, onde prevalece uma visão generalizada da reabilitação física que desconsidera a saúde mental, apartando o físico do mental como se os seres humanos fossem divididos em duas dimensões. Na nossa cultura, muitas vezes não é possível identificar os determinantes sociais que atuam em determinadas situações, e isso acaba imputando ao sujeito a responsabilidade exclusiva por seu estado de saúde, sendo esta ainda uma cultura que analisa e atribui valor às relações sociais com base na meritocracia. O desejo pessoal de melhorar e resgatar papéis são de extrema importância, mas não é correto desconsiderar ou omitir que a falta de acesso a bens e serviços impõe desvantagens a essas pessoas no que se refere à reinserção na sociedade. Para que um sujeito possa ser de fato reabilitado, é necessário um olhar da sociedade não apenas para os méritos pessoais, mas também a atitudes promotoras de oportunidades, que cuidem da saúde mental e promovam redes de apoio com olhar biopsicossocial voltado para todo o contexto de vida da pessoa anteriormente à lesão, durante e após a reabilitação.

No presente estudo não houve participantes com ensino superior completo, profissões consideradas de status, ou rendas altas e os que recebiam quantias melhores promoviam o sustento de toda a família. Muitos recebiam valores baixos, principalmente se levarmos em consideração os novos gastos após a lesão, e viviam em regiões periféricas ou rurais. É possível levantar a hipótese de que a situação social de vida anterior pode ter influência na exposição aos riscos de sofrer uma lesão medular, e em como será o processo de reinserção do sujeito e as oportunidades em meio a sociedade.

É preciso que mais estudos com amostras maiores sejam realizados, a fim de evidenciar quais variáveis estão associadas com o retorno aos papéis ocupacionais após uma lesão medular. Um estudo comparativo, com pessoas que apresentem lesão medular e residam em países ou regiões desenvolvidas econômica e educacionalmente, com maior acessibilidade e oportunidades no período tanto anterior quanto posterior à lesão, e com populações em situação de maior vulnerabilidade seria de extrema importância para identificar se a região ou o contexto

onde o sujeito vive pode levar a desvantagens no retorno de papéis na sociedade. Recomenda-se, além de associar sintomas clínicos ao sofrimento psíquico e a papéis ocupacionais, que novos estudos investiguem as associações entre raça, escolaridade, classe social, área geográfica, apoio social, prestígio, capital social, acesso a bens e serviços, entre outros, em nosso país, visto que pesquisas internacionais são de extrema importância para maior conhecimento da problemática. Entretanto, é preciso considerar sobretudo a realidade brasileira, mostrando à sociedade a vulnerabilidade a que essa população pode se encontrar, a fim de auxiliar na elaboração de políticas públicas de saúde voltadas para a inclusão, acessibilidade e garantia de oportunidades justas e direitos igualitários para todos.



<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

ABELHA, L. Depressão, uma questão de saúde pública. Cadernos de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 223, 2014.

ABRAMOVAY, M. et al. **Juventude, Violência e Vulnerabilidade Social na América Latina: Desafios para Políticas Públicas**. Brasília: UNESCO, BID, p. 1-95, 2002. Disponível em: <a href="http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127138por.pdf">http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127138por.pdf</a>>. Acesso em: 20 jun. 2018

ALEXANDER, M. S. et al. Outcome Measures in Spinal Cord Injury: Recent Assessments and Recommendations for Future Directions. **Spinal Cord**, Houndmills, v. 47, n. 8, p. 582-591, 2009. doi:10.1038/sc.2009.18.

ALMEIDA, S. A. et al. Depressão em indivíduos com lesão traumática de medula espinhal com úlcera por pressão. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 282-288, 2013.

AL-OWESIE, R. M.; MOUSSA, N. M.; ROBERT, A. A. Anxiety and depression among traumatic spinal cord injured patients. **Neurosciences**, Riyadh Saudi Arabia, v. 17, n. 2, p. 145-150, 2012

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. Occupational therapy practice framework: domain and process (2<sup>nd</sup>). **American Journal of Occupational Therapy**, Boston, v. 62, n. 6, p. 625-683, 2008.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** - DSM-V. Porto Alegre: Artmed, 2014

ANDERSON, C. J. et al. Depression in adults who sustained spinal cord injuries as children or adolescents. **Journal of Spinal Cord Medicine**, Jackson Heights, v. 30, p. S76-S82, 2007. (Supplement 1).

ANDRADE, L.; GORESTEIN C.; VIEIRA FILHO, A.H.; TUNG, T.C; ARTES, R. Psychometric properties of the Portuguese version of the State-Trait Anxiety Inventory applied to college students: factor analysis and relation to the Beck Depression Inventory. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, Ribeirão Preto, v.34, n.3, p. 367-374, 2001

APÓSTOLO, J. L. A.; MENDES, A. C.; AZEVERO, Z. A. Adaptation to Portuguese of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 863-871, 2006.

ARAGÃO, L. M. C. **Habermas:** filosofo e sociólogo do nosso tempo. [s. l.]: Tempo Brasileiro, 2002.

ARAUJO JÚNIOR, F.A. et al. Traumatismo raquimedular por ferimento de projétil de arma de fogo: avaliação epidemiológica. **Coluna/Columna**, São Paulo, v.10 n, 4, p. 290-291, 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério Brasil 2016**. São Paulo: ABEP, 2016. Disponível em: <www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em:

19 maio 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FAMILIARES, AMIGOS E PORTADORES DE TRANSTORNOS AFETIVOS. **Transtorno de Ansiedade Manual**. Informativo. 2011. Disponível em: <a href="http://www.abrata.org.br/new/arquivosfolder/OS%202348%20-%20Manual%20Paciente%20Abrata%202%20-%2010-08-11.pdf">http://www.abrata.org.br/new/arquivosfolder/OS%202348%20-%20Manual%20Paciente%20Abrata%202%20-%2010-08-11.pdf</a>. Acesso em: 25 maio 2018

AVLUK, O. C. et al. Effects of chronic pain on function, depression, and sleep among patients with traumatic spinal cord injury. **Annals of Saudi Medicine**, Riyadh, v. 34, n. 3, p. 211-216, 2014.

BARROS, C. A.; OLIVEIRA, T. L. Saúde Mental de Trabalhadores Desempregados. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 86-107, 2009.

BAMPI, L.N.C.; GUILHEM, D.; ALVES, E. D. Social Model: A New Approach of the Disability Theme. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, p. 816-823, 2010.

BEATTIE, G. S.. **Social Causes of Depression**. Rochester Institute of Technology. 2005. Disponível em: <a href="http://www.personalityresearch.org/papers/beattie.html">http://www.personalityresearch.org/papers/beattie.html</a>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

BECK, A.T.; STEER, R.A.; GARBIN, M.G. Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-Five Years of Evaluation. **Clinical Psychology Review,** v. 8, p.77-100,1988.

BENTO, A. V. **Estudos correlacionais**. 2009. Disponível em: <a href="http://www3.uma.pt/bento/index2.html">http://www3.uma.pt/bento/index2.html</a>. Acesso em: 20 maio 2017.

BERTO, C. D.; BARRETO, B. D. M. Pessoas com lesão medular traumática: as alterações biopsicossociais e as expectativas vividas. **Unoesc & Ciência**, Joaçaba, v. 2, n. 2, p. 174-183, 2011.

BLATT, A. M.; DIAS, C. C.; MARCHI, R. Detecção, encaminhamento de transtorno mental por médicos não psiquiatras. **Revista de Ciências Médicas PUC Campinas**, Campinas, v. 5, n. 3, p. 106-109, 1996.

BOING, A. C. et al. Influência dos gastos em saúde no empobrecimento de domicílios no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 797-807, 2014.

BOMBARDIER, C. H. et al. An Exploration of Modifiable risk factors for depresson after spinal cord injury: which factors should we target? **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Philadelphia, v. 93, n. 5, p. 775-781, 2012.

BOMBARDIER, C. H. et al. Depression trajectories during the first year after spinal cord injury. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Philadelphia, v. 97, n. 2, p. 196-203, 2016.

BORDALO, A. A. Estudo transversal e/ou longitudinal. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, v. 20, n. 4, 2006.

BRASIL. **Resolução nº 466, 12 de dezembro de 2012**. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Plenário do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde: Brasília, 12 dez. 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Disponível em: <a href="http://u.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/27/PORTARIA-825.pdf">http://u.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/27/PORTARIA-825.pdf</a>>. Acesso em: 11 jul. 2016

BRASIL. Lei de Benefícios da Previdência Social Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências, Brasília, DF, 24 jul.1991.

BRUZONI, A. I. et al. Qualidade de Vida na Lesão Medular Traumática. **Revista Neurociências**, São Paulo v. 19, n.1, p. 139-144, 2011.

CAMPOS, R. R. et al. Sintomas depressivos em pessoas com lesão medular traumática crônica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 18, n. 3, p. 433-438, 2013.

CASTRO, M. G.; ANDRADE, T. M. R.; MULLER, M. C. Conceito mente e corpo através da história. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 39-43, 2006.

CAVALCANTE, K.M.H. et al. Vivência da sexualidade por pessoas com lesão medular. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 9, n. 1, p.27-35,2008.

CESARINO, M. B. et al. A difícil interface controle de vetores - atenção básica: inserção dos agentes de controle de vetores da dengue junto às equipes de saúde das unidades básicas no município de São José do Rio Preto, SP. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 1018-1032, 2014.

COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008.

CONCEIÇÃO, M. I. G. et al. Avaliação da depressão em pacientes com lesão medular. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva**, Curitiba, v. 7, n. 2, p. 43-59, 2010.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia da Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. S7-

- S27, 2008. (Suplemento 1).
- CORDEIRO, J. R. Validação da lista de identificação de papeis ocupacionais em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) no Brasil. 2005. 123 f. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005.
- COSTA, A. P.; SÁNCHEZ-GÓMEZ, M. C.; CILLEROS, M. V. M. A prática na Investigação Qualitativa: exemplos de estudos. Aveiro: Ludomédia, 2017.
- COURA, A. S. et al. Ability for self-care and its association with sociodemographic factors of people with spinal cord injury. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1150-1157, 2013.
- CRESWELL, J. W. et al. **Best practices for mixed methods research in the health sciences**. [s. l.]: National Institutes of Health, Office of Behavioral and Social Sciences Research, 2011.
- CRUZ, D. M. C.; EMMEL, M.. L. G. Papéis ocupacionais de pessoas com deficiências físicas: Diferenças de gênero e ciclos de desenvolvimento. **Revista Baiana de Terapia Ocupacional**, Salvador, v. 1, n. 1, p. 4-24, 2012.
- CRUZ, D. M. C.; EMMEL, M.. L. G. Associations among occupational roles, independence, assistive technology, and purchasing power of individuals with physical disabilities. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 484-491, 2013.
- CRUWYS, T. Depression and Social Identity: An Integrative Review. **Personality and Social Psychology Review**, Mahwah, v. 18, n. 3, p. 215-238, 2014.
- CUENCA, A. I. C. et al. Psychological Impact and Sexual Dysfunction in Men with and without Spinal Cord Injury. **Journal of Sexual Medicine**, Malden, v. 12, n. 2, p. 436-444, 2015.
- CUFF, L. et al. Depression, pain intensity, and interference in acute spinal cord injury. **Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation**, Frederick, v. 20, n. 1, p. 32-39, 2014.
- DIJKERS, P. J. M. Quality of life of individuals with spinal cord injury: A review of conceptualization, measurement, and research findings. **Mount Sinai School of Medicine**, New York, v. 42, n. 3, p. 87-110, 2005.
- DIMAS, I. N.; PEREIRA, M. P.; CANAVARRO, M. C. Ajustamento psicossocial, ajustamento diádico e resiliência no contexto de desemprego. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 31, n. 1, p. 3-16, 2013.
- DUGGAN, C. et al. Resilience and Happiness After Spinal Cord Injury: A Qualitative Study. **Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation**, Spring, v. 22, n.2, p.99–110, 2016.
- ELLIOTT, M. S.; BARRIS, R. Occupational role performance and life satisfaction in

- elderly persons. **Occupation, Participation and Health**, Los Angeles, v. 7, n. 4, p. 315-324, 1987.
- ELIOTT, T. R.; FRANK, R. G. Depression Following Spinal Cord Injury. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Philadelphia, v. 77, n. 8, p. 816-823, 1996.
- FALAVIGNA, A. et al. Depression Subscale of the Hospital Anxiety and Depression Scale applied preoperatively in spinal surgery. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 70, n. 5, p. 352-356, 2012.
- FANN, J. R. et al. Depression after spinal cord injury: comorbidities, mental health service use, and adequacy of treatment. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Philadelphia, v. 92, n. 3, p. 352-359, 2011.
- FANN, J. R. et al. Depression treatment preferences after acute traumatic spinal cord injury. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Philadelphia, v. 94, n. 12, p. 2389-2395, 2013.
- FECHIO, M. B. et al. A repercussão da lesão medular na identidade do sujeito. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 38-42, 2009.
- FIMINO, G.C et al. Avaliação da funcionalidade motora e respiratória em pacientes com lesão medular. **Revista Científica do Hospital Santa Rosa**, Cuiabá v.4, n.4, p.21-30, 2012.
- FERREIRA, M.; GUERRA, M. P. Adaptação a lesão vertebro-medular. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 15, n. 2, p. 380-395, 2014.
- FIORATI, R C.; ARCÊNCIO, R. A.; SOUZA, L. B. Social inequalities and access to health: challenges for society and the nursing field. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão-Preto, v. 24, e2687, 2016.
- FIORAVANTI A. C. M. et al. Avaliação da estrutura fatorial da escala ansiedadetraço IDATE. **Avaliação Psicológica**, Campinas, v. 5, n. 2, p. 217-224, 2006.
- FRANCO, M. S. P. et al. Caracterização de pacientes vitimas de acidentes de transito admitidos em hospital regional da Paraíba. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 8, n. 2, p. 123-129, 2015.
- FREIRE, M. A. et al. Escala Hamilton: estudo das características psicométricas em uma amostra do sul do Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 4, p. 281-289, 2014.
- FREITAS, W. M. F. et al. Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 85-90, 2009.
- FYFFE, D.C.; BOTTICELLO, A.L.; MYASKOVSKI, L. Vulnerable Groups Living with Spinal Cord Injury. **Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation**, Fall, v.17, n. 2, p.1-9, 2011

GAMA, M. M. A. et al. Ansiedade-traço em estudantes universitários de Aracaju (SE) **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, São Cristóvão, v. 30, n. 1, p. 19-24, 2008.

GANDINI, R. C. et al. Inventário de Depressão de Beck – BDI: validação fatorial para mulheres com câncer. **Psico-USF**, Campinas, v. 12, n. 1, p. 23-31, 2007.

GASPAR, A.P. et al. Avaliação epidemiológica dos pacientes com lesão medular atendidos no Lar Escola São Francisco. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v.10, n.2, p. 73-77, 2003.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GILL, M.. Psychosocial Implications of Spinal Cord Injury. **Critical Care Nursing Quarterly**, Frederick, v. 22, n. 2, p. 1-7, 1999.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S. G. Validation of a portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory Brazilian Subjects. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, Ribeirão Preto, v. 29, n. 4, p. 453-457, 1996

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S. G. Inventário de depressão de Beck: Propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica da USP**, São Paulo, v.25: 245–250, 1998.

GUETERMANN, T. C.; FETTERS, M. D.; CRESWELL, J. W. Integrating Quantitative and Qualitative Results in Health Science Mixed Methods Research Through Joint Displays. **Annals of Family Medicine**, Leawood, v. 13, n. 6, p. 554-561, 2015

HALLETT, J. D. et al. Role change after traumatic brain injury. **American Journal of Occupational Therapy**, Boston, v. 48, n. 3, p. 241-246. 1995.

HANKOK, K. M. et al. Anxiety and depression over the first year of spinal cord injury: a longitudinal study. **International Medical Society of Paraplegia**, Houndmills, v. 31, n. 6, p. 349-357, 1993.

HASSANPOUR, K.; HOTZ-BOENDERMAKER, S.; DOKLADAL, P. Low depressive symptoms in acute spinal cord injury compared to other neurological disorders. **Journal of Neurology**, Berlin, v. 259, n. 6, p. 1142-1150, 2012.

HOFFMAN, J. M. et al. A longitudinal study of depression from 1 to 5 years after spinal cord injury. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Philadelphia, v. 92, n. 3, p. 411-418, 2011.

HUBA, Y.; KONOPKINA, L.; PERTSEVA, T. Comparison of diagnostic value of patient health questionnaire 9 (PHQ-9) and Beck depression inventory (BDI) questionnaire for preliminary diagnosing of depression in COPD patients (pts). **European Respiratory Journal**, Sheffield, v. 44, p. 4721, 2014. (Supplement 58).

HUNT, P.C. et al. Demographic and socioeconomic factors associated with disparity in wheelchair customizability among people with traumatic spinal cord injury. **Archives** 

of Psysical Medicine and Rehabilitation, Philadelphia, v.85,n.11, p.1858-1864, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Informações completas dados IBGE, São José do Rio Preto. São José do Rio Preto: IBGE, 2018. Disponível em: <a href="https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-jose-do-rio-preto/panorama">https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-jose-do-rio-preto/panorama</a>. Acesso em: 16 jun. 2018.

JANUARY, A.M. et al. Mental Health and Risk of Secondary Medical Complications in Adults With Pediatric-Onset Spinal Cord Injury. **Top Spinal Cord Injury Rehabilitation**, Winter, v. 20, n.1, p.1–12, 204.

KALPAKIJIAN, C. Z.; ALBRIGHT, K. J. An examination of depression through the lens of spinal cord injury. Comparative prevalence rates and severity in woman and men. **Women's Health Issues**, New York, v. 16, n. 6, p. 380-388, 2006.

KALPAKIJIAN, C. Z. et al. Measuring Depression in Persons With Spinal Cord Injury: A Systematic Review. **Journal of Spinal Cord Medicine**, Jackson Heights, v. 32, n. 1, p. 6-24, 2008.

KALPAKIJIAN, C. Z. et al. Marital Status, Marital Transitions, Well-Being and Spinal Cord Injury: An Examination of the Effects of Sex and Time. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Philadelphia, v. 92, n. 3, p. 433-440, 2011.

KENNEDY, P.; ROGERS, B. A. Anxiety and Depression After Spinal Cord Injury: A Longitudinal Analysis. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Philadelphia, v. 81, n. 7, p. 932-937, 2000.

KHAZAEIPOUR, Z.; SEVEDEH-MOHADESEH, S. M.; NAGHDI, M. Depression following spinal cord injury: its relationship to demographic and socioeconomic indicators. **Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation**, Frederick, v. 21, n. 2, p. 149-155, 2015.

KLYCE, D. W. et alhttps://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Fann%20JR%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\_uid=25748144. Distinguishing grief from depression during acute recovery from spinal cord injury. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Philadelphia, v. 96, n. 8, p. 1419-1425, 2015.

KRAUSE, J. S. Years to employment after spinal cord injury. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Philadelphia, v. 84, n. 9, p. 1282-1289, 2003.

KRAUSE, J.S.; TERZA, J.V. Injury and Demographic Factors Predictive of Disparities in Earnings After Spinal Cord Injury. **Archives Physical Medicine and Rehabilitation**, Philadelphia, v. 87, p. 1318-1326, 2006

KRAUSE, J. S. et al. Comparison of the patient health questionnaire and the older adult health and mood questionnaire for self- reported depressive symptoms after spinal cord injury. **Rehabilitation Psychology**, Washington, v. 54, n. 4, p. 440, 2009.

KOKA, I. et al. Anxiety and depression level and related factors in patients with spinal cord injury. **Acta Medica Mediterranea**, Palermo, v. 30, p. 290-295, 2014. KORNHABER, R. et al. Resilience and the rehabilitation of adult spinal cord injury survivors: A qualitative systematic review. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 74, n. 1, p. 23-33, 2018.

KROENKE, K.; SPITIZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. W. The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 16, n. 9, p. 606-613, 2001.

KRONENBERG, F; FRANSEN, H; POLLARD, N. The WFOT position paper on community-basead rehabilitation: a call upon the profession to engage with people affected by occupational apartheid. **Journal World Federation of Occupational Therapists Bulletin**, London, v. 5, p. 5-13, 2005.

LANGARO, F. N.; BENETTI, S. P. C. Subjetividade contemporânea: narcisismo e estados afetivos em um grupo de adultos jovens. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 197-215, 2014.

LASPRILLA, J.C.A. et al. Ethnicity/racial differences in employment outcomes following spinal cord injury. **Neurorehabilitation**, Reading, v.24, n.1, p.37-46, 2009.

LASPRILLA, J. C. A. et al. Factors predicting depression among persons with spinal cord injury 1 to 5 years post injury. **NeuroRehabilitation**, Reading, v. 29, n. 1, p. 9-21, 2011.

LAVELA, S. L.; ETINGEN, B; MISKEVICS, S. Factors Influencing Self-Care Behaviors in Persons with Spinal Cord Injuries and Disorders. **Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation**, v. 21, n. 1, p. 27-38, 2016.

LE, J.; DORSTYN, D. Anxiety prevalence following spinal cord injury: a meta-analysis. **Spinal Cord**, v. 54, n. 8, p. 570-578, 2016.

LEITE, C. D. et al. Representações de ansiedade e medo de atletas universitários. **Revista Brasileira de Psicologia do Esporte**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 36-46, 2016.

MACDONALD'S, M. R.; NIELSON, W. R.; CAMERON, M. G. Depression and activity patterns of spinal cord injured persons living in the community. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Philadelphia, v. 68, n. 6, p. 339-343, 1987.

MACINKO, J.; STARFIELD, B. The utility of social capital in research on health determinants. **Milbank Quarterly**, New York, v. 79, n. 3, p. 387-427, 2001.

MANZINI, E. J. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE PESQUISA E ESTUDOS QUALITATIVOS, 2, 2004, Bauru. A pesquisa qualitativa em debate. **Anais**... Bauru: USC, 2004. 10 p.

MARCOLINO, J.A.M. et al. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão: Estudo da Validade de Critério e da Confiabilidade com Pacientes no Pré-Operatório. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 52-62, 2007.

- MARIANO, B. T. et al. **Políticas públicas de inclusão e acessibilidade**. 2017. Disponível em: <a href="https://jus.com.br/artigos/58014/politicas-publicas-de-inclusao-e-acessibilidade">https://jus.com.br/artigos/58014/politicas-publicas-de-inclusao-e-acessibilidade</a>>. Acesso em: 21 jun. 2018.
- MASIERO, C. M. T. **A resiliência de pessoas com lesão medular que estão no mercado de trabalho, uma abordagem psicossomática**. 2008. 170 f. Dissertação (mestrado) Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2008.
- MELO, A.C.M.; GARCIA, L.P. Atendimentos de jovens vítimas de agressões em serviços públicos de urgência e emergência, 2011: diferenças entre sexos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.333-1341,2017
- MICHOPULOS, I. et al. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample. **Psychiatrikē**, Atenas, v. 18, n. 3, p. 217-224, 2008.
- MIGLIORINI, C.; CALLAWAY, L.; NEW, P. W. Preliminary investigation into subjective well- being, mental health, resilience, and spinal cord injury. **Journal of Spinal Cord medicine**, v. 36, n. 6, p. 660-665, 2013.
- MIGLIORINI, C. E.; NEW, P. W.; TONGE, B. J. Comparison of depression, anxiety and stress in persons with traumatic and non-traumatic post-acute spinal cord injury. **Spinal Cord**, Houndmills, v. 47, n. 9, p. 783-788, 2009.
- MINAYO, M.C.S. Limits and Possibilities to Combine Quantitative and Qualitative Approaches" Qualitative versus Quantitative Research. World's largest Science, Technology & Medicine Open Access book Publisher, 2017.
- MITCHELL, M. C.; BURNS, N. R.; DORSTYN, D. S. Screening for depression and anxiety in spinal cord injury with DASS-21. **Spinal Cord**, Houndmills, v. 46, n. 8, p´. 547-551, 2008.
- MONDEN, K. R. et al. Resilience following spinal cord injury: A phenomenological view. **Spinal Cord**, Houndmills, v. 52, n. 3, p. 197-201, 2014.
- MONTEIRO, I. M. S. O Contributo das Experiências Familiares, Vinculação e Apoio Social para a Depressão no Adulto. 2009. 43 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, Lisboa, 2009.
- MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 731-747, 2011.
- MÜLLER NETO, J. S.; ARTMANN, E. Política, gestão e participação em saúde: uma reflexão ancorada na Teoria da Ação Comunicativa de Habermas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3407-3416, 2012.
- MURAKI, S.; et al. The effect of frequency and mode of sports activity on the

psychological status in tetraplegics and paraplegics. **Spinal Cord**, Houndmills, v. 38, n. 5, p. 309-314, 2000.

MURTA, S. G.; GUIMARÃES, S. S. Enfrentamento à lesão medular traumática. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 12, n. 1, p. 57-63, 2007.

NATIONAL SCI STATISTICAL CENTER. Spinal Cord Injury (SCI) Facts and Figures at a Glance. **UAB Pshysical Medicine e Rehabilitation**.2016.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa: Características, usos e possibilidades. **Caderno de Pesquisa em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 3, 1996.

NOGUEIRA, P. C. et al. Cuidadores de indivíduos com lesão medular: sobrecarga do cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 607-614, 2013.

OAKLEY, F. et al. The role checklist: devolepment and impirical assessment of reliability. **Ocupational Therapy Journal of Research**, Oxford, v. 6, p. 157-170, 1986.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial sobre Deficiência**. Capitulo Reabilitação. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2011. p. 99-128.**n a Sample of Brazilian Women in the Context of Primary Health Care.** Perspectives in Psychiatric Care, **Hillsdale**, **v. 45**, **n. 3**, **p. 216-227**, **2009**.

OTTOMANELLI, L.; LIND, L. Review of Critical Factors Related to Employment After Spinal Cord Injury: Implications for Research and Vocational Services. **Journal of Spinal Cord Medicine**, Jackson Heights, v. 32, n. 5, p. 503-531, 2009.

PAIM, J. S. A Reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 625-644, 2008.

PAULILO, M. Â. S.; JEOLAS, L. S. Jovens, drogas, risco e vulnerabilidade: aproximações teóricas. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 3, n. 1, p. 39-60, 2000.

PEREIRA, E. L. R.; GOMES, A. L.; RODRIGUES, D. B. Epidemiologia do traumatismo raquimedular por projéteis de armas de fogo em um hospital de referência no estado do Pará. **Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 19-23, 2015.

PEREIRA, M. E. M. S.; ARAUJO, T. C. C. F. Enfrentamento e reabilitação de portadores de lesão medular e seus cuidadores. **PSICO**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, p. 37-45, 2006.

PHILLIPS, R. L. et al. Measuring activity and participation in children and adolescents with disabilities: A literature review of available instruments. **Australian Occupational Therapy Journal**, Melbourne, v. 60, n. 4, p. 288-300, 2013.

POSSATO, J. M. et al. Ansiedade e depressão em idosos: associações com idade, sexo e capacidade funcional. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO, 4., 2015, Campina Grande. **Anais...** Campina Grande: CIEH, 2015.

POST, M.W.; VAN LEEUWEN, C.M. Psychosocial issues in spinal cord injury: a review. **Spinal Cord.** May, v.50, n.5, p.382-9, 2012.

PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO. **Plano municipal de saúde**. Diagnóstico situacional. 2014-2017. 2014. Disponível em: <www.saude.riopreto.sp.gov.br>. Acesso em: 19 jun. 2018

RABEH, S. A. N.; CALIRI, M. H. L. Capacidade funcional em indivíduos com lesão de medula espinhal. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 321-327, 2010.

RAPOSO, A. C.; LOPEZ, R. F. A. L. Conceitos de lazer em portadores de lesão medular. **Revista Digital**, Buenos Aires, v. 8, n. 49, 2002.

RAMAKRISHAN, K. et al. Return to work after spinal cord injury: factors related to time to first job. **Spinal Cord**, Houndmills, v. 49, n. 8, p. 924-927, 2011.

REBELLATO, C. Relações entre papéis ocupacionais e qualidade de vida em idosos independentes residentes na comunidade: um estudo seccional. 2012. 239 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012.

RIBEIRO, A. P.; SOUZA, E. R.; SOUSA, C. A. M. Lesões provocadas por armas de fogo atendidas em serviços de urgência e emergência brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2851-2860, 2017.

RICHARDSON, E. J.; RICHARDS, J. C. Factor Structure of the PHQ-9 Screen for Depression Across Time Since Injury Among Persons With Spinal Cord Injury. **Rehabilitation Psychology**, Washington, v. 53, n. 2, p. 243-249, 2008.

ROBINSON-WHELEN, S. et al. Depression and Depression Treatment in Women With Spinal Cord Injury. **Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation**, Frederick, v. 20, n. 1, p. 23-31, 2014.

ROCHA, D.; DEUSDARA, B. Análise de conteúdo e análise do discurso: o lingüístico e seu entorno. **DELTA**: Documentação de Estudos em Lingüística Teórica e Aplicada, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 29-52, 2006.

RODRIGUES, S. R. A família como suporte à reabilitação da pessoa com deficiência: Paraplégicos e tetraplégicos. 2015. 245 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Reabilitação) – Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal, 2015.

SAKAKIBARA, B. M. et al. A systematic review of depression and anxiety measures used with individuals with spinal cord injury. **Spinal Cord**, Houndmills, v. 47, n. 12, p. 841-851, 2009.

- SAMARA, B. S.; BARROS, J. C. **Pesquisa de Marketing:** Conceitos e Metodologia. 3ª ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.
- SANTOS, S. A. V.; SANTOS, J. L. F. O desempenho de papéis ocupacionais de idosos sem e com sintomas depressivos em acompanhamento geriátrico. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 273-283, 2015.
- SANTOS, T. R. et al. Politicas publicas direcionadas às pessoas com deficiência: uma reflexão crítica. **Revista Ágora**, Vitória, n. 15, p. 210-219, 2012.
- SANTI, A; MARIOTTI, M. C; CORDEIRO, J. R. Lista de identificação de papéis ocupacionais em um centro de tratamento de hemodiálise: contribuições para a intervenção de terapia ocupacional estudo piloto. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 289-296, 2012.
- SANTIAGO, L.M.M. et al. Aspectos sociodemográficos e clínicos de homens com lesão medular traumática em um centro urbano do nordeste brasileiro. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, Santo André, v.37, n. 3, p. 137-142, 2012.
- SCHOELLER, S. D. et al. Mudanças na vida das pessoas com lesão medular adquirida. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v. 14, n. 1, p. 95-103, 2012.
- SHIN, J. et al. Resilience as a Possible Predictor for Psychological Distress in Chronic Spinal Cord Injured Patients Living in the Community. **Annals of Rehabilitation Medicine**, Korea, v. 36, n. 6, p. 815-820, 2012a.
- SHIN, J. C. et al. Depression and Quality of Life in Patients within the First 6 Months after the Spinal Cord Injury. **Annals of Rehabilitation Medicine**, Korea, v. 36, n. 1, p. 119-125, 2012b.
- SILVA, T. G. P. A influência dos papéis ocupacionais na qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. 2011. 115 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.
- SILVA, G. A. **Independência funcional da pessoa com lesão medular:** do trauma à primeira internação. 2015. 212 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.
- SILVERMAN, A.M. et al. Resilience predicts functional outcomes in people aging with disability: a longitudinal investigation. **Archives Physical Medicine and Rehabilitation**. v.96, n.7, p.1262-8, 2015.
- SINHA, V. et al. Reproductive Health of Men with Spinal Cord Injury. **Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation**, Frederick, v. 23, n. 1, p. 31-41, 2017.
- SOARES, L. S. et al. Perfil de vítimas de trauma de acidentes de motocicleta atendidas em um hospital público. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, 2015.

- SOUTO, R.M.C.V. et al. Perfil epidemiológico do atendimento por violência nos serviços públicos de urgência e emergência em capitais brasileiras, Viva 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.9, p. 2811-2823, 2017.
- SOUZA, A. C. et al. A participação de indivíduos com lesão medular em atividades físicas e esportivas. Uma revisão de literatura sobre barreiras e facilitadores. **Revista Digita de Buenos Aires**, Buenos Aires, v. 14, n. 131, 2009.
- SOUZA, F. D. A. et al. Correlação entre papéis ocupacionais e independência de usuários com lesão medular em processo de reabilitação. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 166-175, 2013.
- TAVAKKOLI, S. et al. To Construction and Standardization of the Waiting Anxiety Questionnaire (WAQ) in Iran. **Iranian Journal of Psychiatry**, Tehran, v. 36, n. 6, p. 163-168, 2014.
- TEIXEIRA, A. R. et al. Lesão medular traumática: impacto das variáveis sociodemográficas no ajustamento e saúde mental dos sujeitos afetados. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 15, n. 1, p. 111-121, 2014.
- TORRECILHA, L. A. et al. O perfil da sexualidade em homens com lesão medular. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 27, n. 1, p. 39-48, 2014.
- TSAI, H. et al. Association of internet use depression and among the spinal cord injury population. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Philadelphia, v. 95, n. 2, p. 236-243, 2014.
- VAUSE-EARLAND T. Perceptions of Role Assessment Tools in the Physical Disability Setting. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 45, n. 1, p. 26-31, 1991.
- VENTURINIL, D. A.; DECÉSARO, M. N.; MARCON, S. S. Alterações e expectativas vivenciadas pelos indivíduos com lesão raquimedular e suas famílias. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 589-596. 2007.
- VERA, R. S.; ARAUJO, T. C. C. F. Enfrentamento e lesão medular: um estudo de corte transversal com pacientes em reabilitação. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 22, n. 3, p. 211-220, 2011.
- WEI-LIM, S. W. et al. Anxiety and Depression in Patients with Traumatic Spinal Cord Injury: A Nationwide Population-Based Cohort Study. **PLoS ONE**, Oxford, v. 12, n. 1, e0169623, 2017.
- WILLIAMSON, M. L. C.; ELLIOTT, T. R. Major Depressive Disorder and Factorial Dimensions Among Individuals With Recent-Onset Spinal Cord Injury. **Rehabilitation Psychology**, Washington, v. 58, n. 1, p. 10-17, 2013.
- WILLIANS, R. T. et al. Identifying Depression Severity Risk Factors in Persons With Traumatic Spinal Cord Injury. **Rehabilitation Psychology**, Washington, v. 59, n. 1, p. 50, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2. Geneva: World Health Organization, 2010

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Perspectives on Spinal Cord Injury.** Geneva, World Health Organization, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Meeting Report of Rehabilitation 2030:** A Call for Action. Geneva: World Health Organization, 2017 Disponível em: <a href="http://www.who.int/disbilities/care/Rehab2030MeetingReport2.pdf?ua=1">http://www.who.int/disbilities/care/Rehab2030MeetingReport2.pdf?ua=1</a>>. Acesso em: 24 jun. 2018

# APÊNDICE 1 - Ficha de Identificação (Caracterização dos participantes com lesão medular)

Nome:
Gênero:
Data de Nascimento:Idade:
Profissão anterior à lesão:
Profissão atual:
Recebe auxilio? ( ) sim ( )não Qual?
Média salarial anterior a lesão:
Média salarial após a lesão:
Nível de escolaridade:
Mora com quem?
Total de pessoas que moram na casa( ) Cuidador
Tempo de lesão:
Nível de lesão: ( ) paraplegia ( ) tetraplegia
Como se acidentou:
Sente que tem apoio familiar após a lesão?
Frequenta ou frequentou centro de reabilitação?
Recebeu atendimento multiprofissional?
Faz algum tipo de terapia: ()sim()não Qual?
Já fez algum tipo de terapia?()sim()não Qual?
Em qual fase pós-lesão realizou terapia?
Meio de locomoção:
Como é sua vida social?()ativa()inativa
Sai de casa sozinho?()sim()não
Realiza AVD'S? Quais?
Realiza AVP's ? Quais?
Pratica alguma atividade? Qual?

### APÊNDICE 2 - Critério de Classificação Econômica-Brasil

Nome:			
Data:			



10000000			Quantidade		-	
Variáveis	0	1 2		3	4 ou +	
Banheiros	0	3	7	10	14	
Empregados domésticos	0	3	7	10	13	
Automóveis	0	3	5	8	11	
Microcomputador	0	3	6	8	11	
Lava louça	0	3	6	6	6	
Geladeira	0	2	3	5	5	
Freezer	0	2	4	6	6	
Lava roupa	0	2	4	6	6	
DVD	0	1	3	4	6	
Microondas	0	2	4	4	4.	
Motocicleta	0	1	3	3	3	
Secadora de roupa	0	2	2	2	2	

Se	erviços públicos	
	Não	Sim
Água encanada	0	4
Rua pavimentada	0	2

No grau de instrução do chefe da família, a única mudança foi o peso dado para quem possui superior completo, que passou de 8 para 7.

Escolaridade da pessoa de referência	
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1
Fundamental II completo / Médio incompleto	2
Médio completo / Superior incompleto	4
Superior completo	7

Outra mudança é que a nova regra de classificação divide a população brasileira em seis estratos socioeconômicos denominados A, B1, B2, C1, C2 e DE.

Classe	Pontos
А	45 - 100
B1	38 - 44
B2	29 - 37
C1	23 - 28
C2	17 - 22
D-E	0 - 16

<b>RESULTADOS:</b>	

**APÊNDICE 3 - Lista de Identificação dois Papéis Ocupacionais** 

1	
	Anexos   78
	10. ANEXOS
	ANEXO A - LISTA DE IDENTIFICAÇÃO DE PAPÉIS OCUPACIONAIS
	Data: _/_/_
	Nome: Idade:
	Sexo: Masculino Feminino
	Você é aposentado (a)? ☐ Sim ☐ Não
	Estado civil: Solteiro Casado Separado Divorciado Viúvo
	O propósito desta lista é identificar os papéis em sua vida.
	A lista de identificação, que é dividida em 2 partes, apresenta 10 papéis e define cada um.

### PARTE 1

Ao lado de cada papel, indique, marcando a coluna correspondente, se você desempenhou o papel no passado, se você o desempenha no presente, e se planeja desempenhá-lo no futuro. Você pode marcar mais de uma coluna para cada papel. Por exemplo, se você foi voluntário no passado, não é voluntário no presente, mas planeja isto no futuro, deve marcar as colunas passado e futuro.

PAPEL	PASSADO	PRESENTE	FUTURO
ESTUDANTE:			
Frequentar escola de tempo parcial ou integral.			
TRABALHADOR:			
Emprego remunerado de tempo parcial ou integral.			
VOLUNTÁRIO:			
Serviços gratuitos, pelo menos uma vez por semana, em			
hospital, escola, comunidade, campanha política, etc.			
CUIDADOR:			
Responsabilidade, pelo menos uma vez por semana, em			
prestar cuidados a filho, esposo (a), parente ou amigo.			
SERVICO DOMÉSTICO:			
Pelo menos uma vez por semana, responsável pelo cuidado			
da casa através de serviços como, por exemplo, limpeza,			
cozinhar, lavar, jardinagem, etc.			
AMIGO:			
Tempo empregado ou fazer alguma coisa, pelo menos uma			
vez por semana, com amigo.			
MEMBRO DE FAMILIA:			
Tempo empregado ou fazer alguma coisa, pelo menos uma			
vez por semana, com um membro da familia tai como filno,			
esposo (a), pais ou outro parente.			
RFLIGIOSO:	-		
Envolvimento, pelo menos uma vez por semana, em grupos			
ou atividades filiadas a sua religião (excluindo-se o culto			
religioso).		_	
PASSATEMPO / AMADOR:			
Envolvimento, pelo menos uma vez por semana, em			
atividades de passatempo ou como amador, tais como costurar,	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		
tocar instrumento musical, marcenaria, esportes, teatro,			
participação em clube ou time, etc.			
PARTICIPANTE EM ORGANIZAÇÕES:			
Envolvimento, pelo menos uma vez por semana, em			
organizações tais como Rotary ou Lions Club, Vigilantes do	1		
Peso, etc.			
OUTRO:			
Um papel não listado que você tenha desempenhado,			
I			
papel na linha acima e marque a(s) coluna(s) correspondente(s)	•		

### PARTE 2

Os mesmos papéis são listados abaixo. Junto de cada papel, marque a coluna que melhor indica o valor ou importância que esse papel tem para você. Responda cada papel, mesmo que nunca o desempenhou ou não planeja desempenha-lo.

PAPEL	NENHUMA IMPORTÂNCIA	ALGUMA IMPORTÂNCIA	MUITA IMPORTÂNCIA
ESTUDANTE:			
Frequentar escola de tempo parcial ou integral.			
TRABALHADOR:			
Emprego remunerado de tempo parcial ou integral.			
VOLUNTÁRIO:			
Serviços gratuitos, pelo menos uma vez por			
semana, em hospital, escola, comunidade,			
campanha política, etc.			
CUIDADOR:			
Responsabilidade, pelo menos uma vez por			
semana, em prestar cuidados a filho, esposo (a),			
parente ou amigo.			
SERVIÇO DOMÉSTICO:			
Pelo menos uma vez por semana, responsável			
pelo cuidado da casa através de serviços como, por			
exemplo, limpeza, cozinhar, lavar, jardinagem, etc.			
AMIGO:	*		
Tempo empregado ou fazer alguma coisa, pelo			
menos uma vez por semana, com amigo.			
MEMBRO DE FAMILIA:			
Tempo empregado ou fazer alguma coisa, <i>pelo</i> menos uma vez por semana, com um membro da			
família tal como filho, esposo (a), pais ou outro parente.			
RELIGIOSO:			
Envolvimento, pelo menos uma vez por semana,			
em grupos ou atividades filiadas a sua religião			
(excluindo-se o culto religioso).			
PASSATEMPO / AMADOR:			
Envolvimento, pelo menos uma vez por semana,			
em atividades de passatempo ou como amador, tais	*		
como costurar, tocar instrumento musical,			1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
marcenaria, esportes, teatro, participação em clube			
ou time, etc.			
PARTICIPANTE EM ORGANIZAÇÕES:			
Envolvimento, pelo menos uma vez por semana,			
em organizações tais como Rotary ou Lions Club,			
Vigilantes do Peso, etc.			
OUTRO:			
Um papel não listado que você tenha			
desempenhado, desempenha no momento e/ou			1 3 1 4 4 5
planeja para o futuro. Escreva o papel na linha			
acima e marque a(s) coluna(s) correspondente(s).			

Nome: Data://			_	Idade:		
Sexo: ☐ Masculino ☐ F	eminino					
Você é aposentado (a)?	Sim	□ Não				
Estado civil: Solteiro Casad				rciado [	Viúvo	
	Incum	bência Per	cebida	Import	ância Des	gnac
PAPEL	Passado	Presente	Futuro	Nenhuma	Alguma	M
ESTUDANTE						
TRABALHADOR		,				
VOLUNTÁRIO						
CUIDADOR						
SERVIÇO DOMÉSTICO						
AMIGO						
MEMBRO DE FAMÍLIA						
RELIGIOSO						
PASSATEMPO / AMADOR		н.				
PARTICIPAÇÃO EM ORGANIZAÇÕES						
OUTRO:						

### APÊNDICE 4 - INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

NOME DO PARTICIPANTE:_	 	 	_
DATA:	 	 	

### 1.

- 0 = Não me sinto triste.
- 1 = Sinto-me triste.
- 2 = Ando sempre triste e não consigo evitá-lo.
- 3 = Ando tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais isto.

### 2.

- 0 = Não me sinto particularmente desencorajado em relação ao futuro.
- 1 = Sinto-me desencorajado em relação ao futuro.
- 2 = Sinto que não tenho nada a esperar do futuro.
- 3 = Não tenho qualquer esperança no futuro e sinto que a minha situação não pode melhorar.

### 3.

- 0 = Não me sinto um falhado.
- 1 = Sinto que tive mais fracassos do que a maioria das pessoas.
- 2 = Quando olho para o meu passado, tudo o que vejo é uma quantidade de falhanços.
- 3 = Sinto que sou uma pessoa completamente falhada.

### 4.

- 0 = Sinto-me tão satisfeito como antes.
- 1 = Não me sinto satisfeito com as coisas que anteriormente me satisfaziam.
- 2 = Não me consigo sentir realmente satisfeito com nada.
- 3 = Sinto-me descontente e aborrecido com tudo.

### 5.

- 0 = Não me sinto culpado de nada em particular.
- 1 = Sinto-me culpado uma grande parte das vezes.
- 2 = Sinto-me bastante culpado a maior parte das vezes.
- 3 = Sinto-me sempre culpado.

#### 6.

- 0 = Não sinto que esteja a ser vítima de algum castigo.
- 1 = Sinto que posso vir a ser castigado.
- 2 = Espero vir a ser castigado.
- 3 = Sinto que estou a ser castigado.

### 7.

- 0 = N\(\tilde{a}\)o me sinto desiludido comigo.
- 1 = Estou desiludido comigo.
- 2 = Estou desgostoso comigo.
- 3 = Odeio-me.

#### 8.

- 0 = Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa.
- 1 = Critico-me a mim próprio pelas minhas fraquezas ou erros.
- 2 = Estou constantemente a culpar-me pelas minhas faltas.
- 3 = Acuso-me de todo o mal que acontece.

#### 9.

- 0 = Não penso suicidar-me.
- 1 = Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não consigo concretizá-las.
- 2 = Gostaria de pôr termo à vida.
- 3 = Gostaria de pôr termo à vida se tivesse oportunidade

### 10.

- 0 = Não choro mais do que é habitual.
- 1 = Choro mais agora do que era costume.
- 2 = Passo o tempo a chorar.
- 3 = Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo quando me apetece.

### 11.

- 0 = Não ando mais irritado do que é costume.
- 1 = Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que era costume.
- 2 = Sinto-me constantemente irritado.
- 3 = Não fico irritado com o que anteriormente me irritava.

### 12.

- 0 = Não perdi o interesse pelas pessoas.
- 1 = Interesso-me menos pelas pessoas do que era costume.
- 2 = Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas.
- 3 = Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.

### 13.

- 0 = Tomo decisões tão facilmente como antes.
- 1 = Evito tomar tantas decisões como anteriormente.
- 2 = Agora tenho muito mais dificuldade em tomar decisões.
- 3= Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão.

#### 14.

- 0 = Acho que o meu aspecto é o do costume.
- 1 = Preocupo-me por poder parecer velho ou pouco atraente.
- 2 = Sinto que há constantes mudanças no meu aspecto, que me tornam pouco atraente.
- 3 = Acho que tenho um aspecto horrível (desagradável).

### 15.

- 0 = Sou capaz de trabalhar tão bem como era costume.
- 1 = Agora preciso de esforçar-me mais para começar a fazer qualquer coisa.
- 2 = Tenho de esforçar-me muito para fazer alguma coisa.
- 3 = Não consigo trabalhar.

### 16.

- 0 = Durmo tão bem como antes.
- 1 = Não ando a dormir tão bem.
- 2 = Acordo 1 ou 2 horas mais cedo do que era costume e custa-me voltar a adormecer.
- 3 = Acordo muitas horas antes do que era costume e não consigo voltar a adormecer.

### **17**.

- 0 = Não me sinto mais cansado do que habitualmente.
- 1 = Fico cansado com mais facilidade do que antes.
- 2 = Fico cansado quando faço seja o que for.
- 3 = Sinto-me demasiado cansado para fazer seja o que for.

### 18.

- 0 = O meu apetite é o mesmo de sempre.
- 1 = O meu apetite não é tão bom como costumava ser.
- 2 = O meu apetite piorou muito ultimamente.
- 3 = Não tenho apetite absolutamente nenhum.

#### 19.

- 0 = Não tenho perdido peso ultimamente.
- 1 = Perdi mais de 2,5 Kg de peso.
- 2 = Perdi mais de 5 Kg de peso.
- 3 = Perdi mais de 7,5 Kg de peso.

### 20.

- 0 = Não me tenho preocupado com a minha saúde mais do que o habitual.
- 1 = Estou preocupado com os meus problemas de saúde.
- 2 = Estou tão preocupado com os meus problemas de saúde que me é difícil pensar noutras coisas.
- 3 = Estou tão preocupado com os meus problemas de saúde que não consigo pensar em absolutamente mais nada.

### 21.

- 0 = Não notei qualquer mudança no meu interesse pela vida sexual.
- 1 = Estou menos interessado pela vida sexual que anteriormente.
- 2 = Estou muito menos interessado pela vida sexual.
- 3 = Perdi completamente o interesse pela vida sexual.

### APÊNDICE 5 - IDATE-Traço/Estado

Nome:			
Data:			

### Ansiedade Estado

Muitíssimo=4 Bastante=3 Um Pouco=2 Absolutan	nen	te h	lão	=1
01. Sinto-me calmo	1	2	3	4
02. Sinto-me seguro	1	2	3	4
03. Estou tenso	1	2	3	4
04. Estou arrependido	1	2	3	4
05. Sinto-me à vontade	1	2	3	4
06. Sinto-me perturbado	1	2	3	4
07. Estou preocupado com possíveis infortúnios	1	2	3	4
08. Sinto-me descansado	1	2	3	4
09. Sinto-me ansioso	1	2	3	4
10. Sinto-me "em casa"	1	2	3	4
11. Sinto-me confinate	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso	1	2	3	4
13. Estou agitado	1	2	3	4
14. Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15. Estou descontraído	1	2	3	4
16. Sinto-me satisfeito	1	2	3	4
17. Estou preoculpado	1	2	3	4
18. Sinto-me superexcitado e confuso	1	2	3	4
19. Sinto-me alegre	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

### Ansiedade Traço

Quase sempre=4 Frequentemente=3 Ás vezes=2 Qua	ise	nur	ıca	=1
01. Sinto-me bem	1	2	3	4
02. Canso-me facilmente	1	2	3	4
03. Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
04. Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser	1	2	3	4
05. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	2	3	4
06. Sinto-me descansado	1	2	3	4
07. Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo	1	2	3	4
08. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolver	1	2	3	4
09. Preocupo-me demais com coisas sem importância	1	2	3	4
10. Sou feliz	1	2	3	4
11. Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3	4
12. Não tenho muita confiança em mim mesmo	1	2	3	4
13. Sinto-me seguro	1	2	3	4
14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas	1	2	3	4
15. Sinto-me deprimido	1	2	3	4
16. Estou satisfeito	1	2	3	4
17. As vezes, idéias sem importância entram na minha cabeça e me preocupam	1	2	3	4
18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeca	1	2	3	4
19. Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
20. Fico tenço e perturbado quando penso meus problemas do momento	1	2	3	4

### Resultados:

### APÊNDICE 6 - Questionário/Entrevista semiestruturada (Profissionais SAD)

9) Os serviços oferecidos na região são suficientes para essa população? Se não,

quais você acredita que seriam uteis para uma melhor reabilitação?

## APÊNDICE 7 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os participantes com lesão medular

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Obrigatório para as pesquisas Científicas em Seres Humanos – Resolução CNS nº 466/12– IV)

Sexo: ( ) dade:	F 	 )	M	Data	de	Nascimento:	 
Bairro: Cidade:		 					

II – Dados sobre a pesquisa científica:

Título do Projeto: A relação entre a ansiedade e depressão e a perda dos papéis ocupacionais de pacientes com lesão medular.

Você está sendo convidado(a) pela Terapeuta Ocupacional Aline Ferreira Placeres, mestranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo a participar de uma pesquisa que tem por objetivo analisar se existe relação entre o possível sofrimento mental ocorrido após uma lesão medular com o retorno do sujeito aos seus papéis na sociedade (ex. estudante, membro da família, voluntario, trabalhador etc). A pesquisa também terá como objetivo identificar as formas de promoção de saúde mental do município para as pessoas com lesão medular. A pesquisa será importante para mostrar se problemas de saúde física podem ter relação direta com questões mentais e emocionais como a ansiedade e a depressão, contribuindo para que no tratamento estas questões não sejam vistas de formas isoladas e assim beneficiando a população estudada.

A pesquisa será realizada em um único encontro no domicílio do participante com hora marcada onde o mesmo terá que responder 1 (uma) Ficha de Identificação contendo dados pessoais e mais 4 (quatro) avaliações, a "Lista de Identificação dos Papéis Ocupacionais", que tem por objetivo avaliar os papéis que o participante exercia antes da lesão medular, no período atual e quais ele ainda tem vontade de realizar no futuro, atribuindo valores a importância destes papéis em sua vida, os outros instrumentos são o "Critério de Classificação Econômica do Brasil (CCEB)",

"Inventário de Beck de Depressão e o de Ansiedade", que poderão avaliar se o participante apresenta sinais de depressão e de ansiedade. A coleta ocorrerá em um período de aproximadamente 2 (duas) horas. Não serão feitas gravações, filmagens, nem fotos do participante.

A participação na pesquisa não terá custo financeiro algum ao participante e o mesmo terá total liberdade para não participar da pesquisa, deixar de responder a perguntas que possa se sentir desconfortável ou mesmo pedir para retirar-se da pesquisa em qualquer momento ou ocasião, sem nenhum prejuízo caso assim desejar. Durante as perguntas o participante pode se sentir emocionado, caso o mesmo não se sinta bem a pesquisadora estará preparada para acolhe-lo ou ainda encaminha-lo para atendimento se necessário.

Os dados do participante não serão divulgados isoladamente, apenas de forma agrupada com dados de outros participantes, em eventos ou revistas científicas, garantindo, portanto, a confidencialidade das informações prestadas pelo mesmo.

O participante não pagará e nem receberá nenhum recurso financeiro por participar desta pesquisa.

A pesquisadora garante direito de indenização ao participante na ocorrência de danos relacionados à pesquisa em todas suas fases.

Caso eu não consiga assinar este termo meu cuidador responsável poderá assinar em meu lugar.

Este termo foi elaborado em duas vias, onde uma via assinada pela pesquisadora será entregue ao participante.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo que tem a função de proteger eticamente o participante, sendo assim em caso de dúvidas entrar em contato (dias úteis das 8 h as 17 h) pelo telefone (16) 3315-9197 ou pelo e-mail <a href="mailto:cep@eerp.usp.br">cep@eerp.usp.br</a>. Endereço: Av Bandeirantes, 3.900- Vila Monte Alegra, Ribeirão Preto-SP.

Contato da pesquisadora: (16)99726-2518; E-mail: alineplaceres@yahoo.com.br

Declaração:	
Eu	
objetivo desta pesquisa, como está esc	s e fui devidamente esclarecido(a) sobre o crito neste termo, e declaro que consinto em e não sofri nenhuma forma de pressão ou
Data:Assinatura:.	
Aline Ferreira Placeres (pesquisadora)	Prof.Dra Regina Célia Fiorati (orientadora)

### APÊNDICE 8 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os profissionais da saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Obrigatório para as pesquisas Científicas em Seres Humanos – Resolução CNS no 466/12- IV)

– Dados de identificação Nome:					
Documento de identidade:					
Sexo: ( ) F ( ) dade: Endereço:					
_				 •	•••••
Bairro:					
Cidade:					
Cep:		T	elefone: ( )	 	
Profissional da saúde				 	
Trabalha no SAD a quant					
I – Dados sobre a pesquis	sa científica	:			

Título do Projeto: A relação entre a ansiedade e depressão e a perda dos papéis ocupacionais de pacientes com lesão medular.

Você está sendo convidado(a) pela Terapeuta Ocupacional Aline Ferreira Placeres, mestranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo a participar de uma pesquisa que tem por objetivo analisar se existe relação entre o possível sofrimento mental ocorrido após uma lesão medular com o retorno do sujeito aos seus papéis na sociedade (ex. estudante, membro da família, voluntario, trabalhador etc). A pesquisa também terá como objetivo identificar as formas de promoção de saúde mental do município para as pessoas com lesão medular. A pesquisa será importante para mostrar se problemas de saúde física podem ter relação direta com questões mentais e emocionais como a ansiedade e a depressão, contribuindo para que no tratamento estas questões não sejam vistas de formas isoladas e assim beneficiando a população estudada e os profissionais de saúde que poderão compreender melhor essa problemática.

Após a coleta de dados com os pacientes com lesão medular, os profissionais do SAD Serviço de Atenção Domiciliar irão responder questões abertas em relação a suas experiências trabalhando com essa população. A coleta ocorrerá em um único encontro em um período de aproximadamente 1 (uma) hora, podendo suas falas serem escritas ou gravadas em áudio pela pesquisadora.

Sua participação na pesquisa (profissional de saúde) não terá custo financeiro algum e você terá total liberdade para não participar da pesquisa, deixar de responder a perguntas que possa se sentir desconfortável ou mesmo pedir para retirar-se da pesquisa em qualquer momento ou ocasião, sem nenhum prejuízo caso assim desejar.

Sua entrevista poderá aparecer em eventos ou revistas científicas, algumas questões poderão ser apontadas na integra e outras agrupadas junto as respostas dos outros profissionais, porém terá confidencialidade dos dados pessoais prestados por você.

Você não pagará e nem receberá nenhum recurso financeiro por participar desta pesquisa. A pesquisadora garante direito de indenização ao participante na ocorrência de danos relacionados à pesquisa em todas suas fases.

Este termo foi elaborado em duas vias, onde uma via assinada pela pesquisadora será entregue a você profissional da saúde.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo que tem a função de proteger eticamente o participante, sendo assim em caso de dúvidas entrar em contato (dias úteis das 8 h as 17 h) pelo telefone (16) 3315-9197 ou pelo e-mail <a href="mailto:cep@eerp.usp.br">cep@eerp.usp.br</a>. Endereço: Av Bandeirantes, 3.900- Vila Monte Alegre, Ribeirão Preto-SP. Contato da pesquisadora: Celular: (16) 99726-2518; E-mail: alineplaceres@yahoo.com.br

### 

(orientadora)

Declaração:

(pesquisadora)

### ANEXO 1 Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP



### USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: A relação entre ansiedade e depressão e a perda dos papéis ocupacionais de

pacientes com lesão medular

Pesquisador: Aline Ferreira Placeres

Área Temática: Versão: 3

CAAE: 59287216.6.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER** 

Número do Parecer: 2.270.422

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma solicitação de emenda que objetiva ajustar o título do projeto de acordo com as considerações feitas durante a o Exame de Qualificação da pesquisadora. A alteração consiste em substituir no título do projeto as palavras "sofrimento psíquico" por "ansiedade e depressão". A alteração foi destacada no título e objetivo do projeto.

#### Objetivo da Pesquisa:

No objetivo do projeto, as palavras "sofrimento psíquico" foram substituídas por "ansiedade e depressão":

Analisar as mudanças nos papéis ocupacionais de pacientes com lesão medular traumática e a sua correlação com a incidência de ansiedade e depressão e quais estratégias existem para a promoção da saúde mental dos mesmos.

### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alterações

### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alterações

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902

UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO



### USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 2.270.422

Outros	OFICIO.pdf	11:30:38	Placeres	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Prefeitura.pdf	22/08/2016 16:50:59	Aline Ferreira Placeres	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	PARECER.pdf	22/08/2016 16:49:44	Aline Ferreira Placeres	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 12 de Setembro de 2017

Assinado por: Angelita Maria Stabile (Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO **CEP:** 14.040-902

Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br

### ANEXO 2 - Declaração de Instituição e Infraestrutura





UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 Fone: 55 16 3315-3382 - 55 16 3315-3381 - Fax: 55 16 3315-0518 www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

### DECLARAÇÃO

### Declaro para os devidos fins que:

- o Tenho ciência dos termos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e que cumprirei os mesmos;
- o Que tornarei público os resultados do projeto "A relação entre o sofrimento psíquico e a perda dos papéis ocupacionais em pacientes com lesão medular" sejam eles favoráveis ou não;
- o Que há infra-estrutura necessária para o desenvolvimento do referido projeto. Ribeirão Preto, a.l. de ..J. de 2016.

Aline Ferreira Placeres Responsável pelo projeto Regina Célia Fiorati

Proto Dientadoresia Fiorati urso de Graduação em Terapia Ocup WMRP/USP

Andréia Aparecida Silveire Maloni

io Pret Gerencia do SAD

Andréia Aparecida Silveira Maloni

Teresinha Aparecida Pachá Secretária de Saúde

Obs: Solicitar assinaturas e carimbos de todos os responsáveis direta e indiretamente por essa pesquisa, por exemplo, responsáveis pelo departamento, disciplina, serviço, andar, médicos e chefia de enfermagem responsáveis pelo sujeito da pesquisa (paciente).

## ANEXO 3 - Autorização da Prefeitura Municipal de São José do Rio Preto para a pesquisa



### Prefeitura de São José do Rio Preto Secretaria de Saúde

PARECER DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÂO JOSÉ DO RIO PRETO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA NA REDE PÚBLICA MUNICIPAL DE SAÚDE

A Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto, Estado de São Paulo, neste ato, representada por **Teresinha Aparecida Pachá**, Secretária Municipal de Saúde, em atendimento à solicitação do pesquisador: **Aline Ferreira Placeres** orientada pela **Proff. Regina Célia Fiorati**, vinculada à USP — Universidade DE São Paulo, nos termos da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, DECLARA que:

- a) O projeto de pesquisa "A relação entre sofrimento psíquico e a perda dos papéis ocupacionais de pacientes com lesão medular" contém os elementos essenciais à sua autorização;
- b) A proposta inclui termo de compromisso da pesquisadora aquiescendo às diretrizes da Resolução 466 e do Convênio de Cooperação firmado entre a Secretaria e a Universidade; respeitando as normas e planos de trabalho do SAD; garantindo a cessão do relatório de pesquisa e sua apresentação, no Encontro Científico de Pesquisas no SUS, à equipe técnica da Secretaria; assumindo a publicação dos resultados;
- c) A disponibilização de infraestrutura necessária ao seu desenvolvimento poderá receber contribuição da Secretaria, a critério desta, sempre que não alterar o seu planejamento financeiro e a rotina de trabalho.
- d) Fica autorizada a realização da pesquisa, "A relação entre sofrimento psíquico e a perda dos papéis ocupacionais de pacientes com lesão medular", sendo este o parecer.

São José do Rio Preto, 18 de Julho de 2016.

Teresinha Aparecida Pachá Secretária Municipal de Saúde

Av. Romeu Strazzi, 199 - CEP 15084-010 - Tel.: 17 3216-9766 www.saude.riopreto.sp.gov.br