



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

BRUNA LYZ MORAIS CAMINHA

SINAIS E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM PESSOAS COM LESÃO MEDULAR

CAMPINA GRANDE – PB

2020

BRUNA LYZ MORAIS CAMINHA

SINAIS E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM PESSOAS COM LESÃO MEDULAR

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento aos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Silva Coura

CAMPINA GRANDE – PB

2020

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

C183s Caminha, Bruna Lyz Morais.
Sinais e sintomas depressivos em pessoas com lesão medular [manuscrito] / Bruna Lyz Morais Caminha. - 2020.
72 p. : il. colorido.
Digitado.
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2020.
"Orientação : Prof. Dr. Alexandro Silva Coura , Departamento de Enfermagem - CCBS."
1. Traumatismos da medula espinhal. 2. Transtornos de adaptação. 3. Depressão. I. Título
21. ed. CDD 614

BRUNA LYZ MORAIS CAMINHA

SINAIS E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM PESSOAS COM LESÃO MEDULAR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública.

Aprovada em: 17/09/2020.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Alexandre Silva Coura (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dra. Inacia Sátiro Xavier de França
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Diego de S. Dantas
DEFISIGIS/MAPE 1087470
CREFITO 158044-F
UFPE

Prof. Dr. Diego de Sousa Dantas
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

DEDICATÓRIA

Ao meu amor, Tacila Rodrigues Arruda, por se fazer presente em todos os momentos da minha pós-graduação, apoiando-me, incentivando-me, acompanhando-me e ajudando-me em meio a todas as dificuldades existentes. E, acima disso, amando-me todos os dias. Eu a amo.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por me guiar durante toda a minha vida, iluminando-me e me concedendo discernimento a cada escolha feita.

À minha **família**, que me amou incondicionalmente e sempre esteve presente em todas as etapas decisivas da minha vida.

Aos meus avós, **Neide e José**, que me incentivaram, apoiaram e financiaram todos os meus estudos, fazendo o possível e o impossível para que eu pudesse chegar até este nível acadêmico.

Aos meus pais, **Elisângela e Leonardo**, por terem me concedido a vida e por terem me amado e feito por mim tudo aquilo que era possível e estava ao seu alcance.

A tia **Tháisa** e tia **Sabrina**, que tiveram participação efetiva na minha criação e educação, contribuindo para a formação do meu caráter amorosamente.

Ao meu amor, **Tacila**, por ter me amado todos os dias e por ter se dedicado tanto a nossa família, para que eu pudesse me dedicar totalmente ao mestrado.

À minha sogra, **Socorro**, por fazer por mim o que somente uma mãe faria.

A **Emanuelle**, por se manter uma amiga presente, por me apoiar, ouvir e aconselhar, por me ajudar sempre que preciso.

A **Mayara**, amiga, colega de profissão e Mestre em Saúde Pública, por sanar todas as minhas dúvidas, as quais surgiram durante o período de desenvolvimento do projeto de dissertação.

Aos meus **amigos e colegas**, pela amizade de sempre.

À **Universidade Estadual da Paraíba**, todos os seus servidores e corpo docente, especialmente do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Campus I.

Ao Prof. Dr. **Alexsandro Silva Coura**, por toda sua orientação e dedicação, apoio e incentivo, facilitando a conclusão desta Dissertação.

À Prof^a Dra. **Inacia Sátiro**, que se fez presente em vários momentos importantes do decorrer do curso e pela sua participação na minha banca de qualificação e de finalização do mestrado.

Ao Prof. Dr. **Diego Dantas**, por aceitar participar da minha banca e por trazer contribuições relevantes.

Ao **GEPETSE**, que me acrescentou inúmeros conhecimentos e experiências importantes, desde o primeiro período da graduação até o momento da finalização do Mestrado acadêmico em Saúde Pública.

EPÍGRAFE

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

(Arthur Schopenhauer)

Caminha BLM. **Sinais e sintomas depressivos em pessoas com lesão medular**, 2020. 72 fls. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande-PB, 2020.

RESUMO

Introdução: A incidência e a prevalência de pessoas acometidas por lesão medular têm aumentado todos os anos, seja ela por etiologia traumática ou patológica. Além disso, mais da metade dos acometidos podem desenvolver a depressão como complicação secundária, agravando o quadro clínico dos pacientes e diminuindo a qualidade de vida relacionada a saúde dos mesmos, necessitando de tratamento e reabilitação por tempo indeterminado prestado por equipe multiprofissional de saúde. **Objetivo:** Analisar a ocorrência de sinais e sintomas depressivos associados a níveis de dependência funcional modificada ou completa em pessoas com lesão medular. **Método:** Trata-se de um estudo do tipo transversal com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado no município de Campina Grande – Paraíba, entre 2019 e 2020, com pessoas que possuem deficiência física por lesão medular e não possuíam nenhuma deficiência causada por outra doença ou agravo. Só participaram da pesquisa aqueles que estavam cadastrados em alguma unidade básica de saúde da cidade, tanto na zona rural, como na urbana. A amostra foi determinada a partir do censo da população, totalizando 52 indivíduos. Quanto a coleta de dados, foi realizada em um único momento, no qual foram aplicados um questionário socioeconômico e clínico, e dois instrumentos validados para captar sinais e sintomas depressivos dos indivíduos e para avaliar a capacidade funcional. No tocante ao processo de análise de dados, foram realizados testes estatísticos no software SPSS para verificar possíveis associações ($p < 0,05$) e medidas de frequência. Vale ressaltar que, por se tratar de pesquisa com seres humanos, a mesma seguiu todas as exigências da Resolução nº 466/2012 e aplicou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a todos os participantes, conforme legislação. Além de ter sido aprovada por um Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** Nesta amostra, a maior parte dos acometidos por lesão medular são homens (75%), não brancos (79%), católicos (51,9%), com escolaridade reduzida (55,8%), assalariados (82,7%), sem companheiras (75%), com lesão medular decorrente de trauma que atingiu a região torácica (32,5%) e idade inferior a 50 anos (65,4%). Além disso, foi detectada a presença de sinais e sintomas depressivos na maioria da população (63,5%), associados a dependência para se alimentar ($p=0,039$), banhar-se ($p=0,018$) e se vestir – parte superior ($p=0,021$) e inferior ($p=0,038$). **Conclusão:** Pessoas acometidas por lesão medular apresentam

sinais e sintomas depressivos associados a dependência para se alimentar, banhar-se e, vestir-se (parte superior e inferior).

Descritores: Traumatismos da Medula Espinhal, Transtornos de Adaptação, Depressão, Sinais e Sintomas.

Caminha BLM. **Depressive signs and symptoms in people with spinal cord injury**, 2020.72 pages. Dissertation (Master's) - Postgraduate Program in Public Health, State University of Paraíba, Campina Grande-PB, 2020.

ABSTRACT

Introduction: The incidence and prevalence of people affected by spinal cord injuries increases every year, whether due to traumatic or pathological etiology. In addition, more than half of those affected may develop depression as a secondary complication, aggravate the clinical condition of patients and decrease the quality of life of their health, requiring treatment and rehabilitation for an indefinite period provided by the multidisciplinary health team. **Objective:** To analyze the occurrence of depressive signs and symptoms associated with levels of modified or complete functional dependence in people with spinal cord injury. **Method:** This is a cross-sectional study with a quantitative approach. The study was conducted in the city of Campina Grande - Paraíba, in 2019 - 2020, with people who suffer from physical injuries due to spinal cord injuries and do not have injuries caused by other diseases or injuries. I only participated in researches that were registered in some basic health unit in the city, both in rural and urban areas. A sample was determined from the center of the population, totaling 52 individuals. As for data collection, it was carried out in a single moment, where a socioeconomic and clinical questionnaire was applied, and two validated methods to capture depressive signs and symptoms in the numbers and to assess their functional capacity. Regarding the data analysis process, statistical tests were performed using the SPSS software to check for possible variations ($p < 0.05$) and frequency measures. It is worth mentioning that, as it deals with research with human beings, it follows all the captures of Resolution No. 466/2012 and applies to the Free and Informed Consent Term to all participants, according to regulations. In addition to being submitted to the Research Ethics Committee and having approved the opinion. **Results:** In this sample, most of those affected by spinal cord injury are men (75%), non-white (79%), catholic (51.9%), with low education (55.8%), salaried (82.7 %), without companions (75%), with spinal cord injury resulting from trauma that reached the thoracic region (32.5%) and age below 50 years (65.4%). In addition, the presence of depressive signs and symptoms was detected in the majority of the population (63.5%), when associated with dependence on food ($p = 0.039$), bathing ($p = 0.018$) and dressing - upper part ($p = 0.021$) and lower ($p = 0.038$). **Conclusion:** People affected by spinal cord injury are more likely to show depressive signs and symptoms associated with dependence to eat, bathe and dress (upper and lower).

Descriptors: Spinal Cord Injuries, Adaptation Disorders, Depression, Signs and Symptoms.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Frequência absoluta da escala PHQ- 9 (Patient Health Questionnaire) conforme a quantidade de dias autorreferidos por pessoas com LM; Campina Grande, PB, 2020 (n=52).
(Pag. 37)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Perfil sociodemográfico de pessoas com LM; Campina Grande, PB, 2020 (n= 52). (Pág. 35)

Tabela 2: Aspectos clínicos de pessoas com LM; Campina Grande, PB, 2020 (n=52). (Pág. 36)

Tabela 3: Frequência absoluta e relativa da escala de Medida de Independência Funcional (MIF) de pessoas com LM, Campina Grande, PB, 2020 (n=52). (Pág. 37)

Tabela 4: Associações entre a medida de independência funcional (MIF) e sinais e sintomas depressivos do questionário PHQ-9 de pessoas com LM; Campina Grande, PB, 2020. (Pág. 38)

LISTAS DE SIGLAS E ABREVIATURAS

| | | |
|----------|---------|--|
| A | ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| | APS | Atenção Primária a Saúde |
| | ASIA | Associação Americana de Lesão Medular |
| | AVD'S | Atividades de vida diárias |
| C | CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| | CER | Centros Especializados de Reabilitação |
| E | EUA | Estados Unidos da América |
| G | GEPETSE | Grupo de Estudos e Práticas Epidemiológicas e Tecnologias em Saúde e Enfermagem |
| L | LM | Lesão Medular |
| M | MIF | Medida de Independência Funcional |
| | MS | Ministério da Saúde |
| O | OAHMQ | Questionário de Saúde e Humor para Adultos mais Velhos |
| P | PB | Paraíba |
| | PHQ9 | Questionário sobre a Saúde do Paciente |
| | PNASPeD | Plano Nacional de Assistência à Saúde de Pessoas com Deficiência |
| Q | QVRS | Qualidade de Vida Relacionada a Saúde |
| S | SPSS | Statistical Package for the Social Sciences |
| | SUS | Sistema Único de Saúde |
| T | TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| | TCPR | Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável |
| U | UBS | Unidade Básica de Saúde |
| | UEPB | Universidade Estadual da Paraíba |
| | UTI | Unidade de Terapia Intensiva |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 14 |
| 2 | OBJETIVOS | 17 |
| | 2.1 Objetivo geral | 17 |
| | 2.2 Objetivos específicos | 17 |
| 3 | HIPÓTESE | 18 |
| | 3.1 Hipótese alternativa | 18 |
| | 3.2 Hipótese nula | 18 |
| 4 | REFERENCIAL TEÓRICO | 19 |
| 5 | MÉTODO | 26 |
| | 4.1 Tipo de pesquisa..... | 26 |
| | 4.2 Cenário | 26 |
| | 4.3 População e amostra | 26 |
| | 4.4 Critérios de inclusão e exclusão | 26 |
| | 4.5 Instrumentos | 27 |
| | 4.6 Procedimentos de coleta de dados | 28 |
| | 4.7 Processamento e análise de dados | 28 |
| | 4.8 Aspectos éticos | 29 |
| 6 | RESULTADOS | 30 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 48 |
| 8 | REFERÊNCIAS | 50 |
| | APÊNDICES | |
| | ANEXOS | |

1. INTRODUÇÃO

É inquietante o aumento da incidência de lesão medular (LM) a nível mundial e nacional, pois anualmente, no mundo, são registrados de 15 a 80 novos casos por milhão de habitantes, podendo atingir de 250.000 a 500.000 casos por ano. Ao comparar a incidência entre diferentes países, ela pode variar de 13 a 53 casos por milhão de habitantes. Enquanto no Brasil, registram-se de 6 a 8 mil casos novos por ano. É importante lembrar que a maioria dos acometidos possui idade inferior a 40 anos, a incidência maior é no sexo masculino, tendo em vista que em 80% dos casos são os homens que são acometidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; CIRINO; SILVA; SANDOVAL, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Predominantemente, a etiologia das LM são traumas, como: acidentes automobilísticos, acidentes desportivos, agressão por armas brancas, quedas, mergulhos, atos de violência, acidentes de trânsito e vítimas de projéteis de armas de fogo. Esses são exemplos de causas traumáticas, ao passo que as não traumáticas são responsáveis por 20% dos casos, os quais são resultados de diversas doenças, tais como: osteomielite, metástases vertebrais, osteoporose, esclerose múltipla, tuberculose, dentre outras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

A perda neurológica causada por LM é grave, traz consequências físicas, psicológicas e socioeconômicas, não só para o indivíduo afetado, mas para toda a sociedade, tornando-se um grave problema de saúde pública, mas que poderia ser evitado tendo em vista que 80% dos casos no Brasil são traumáticos. Ademais, a maioria dos acometidos são jovens, ou seja, pessoas elegíveis a produtividade social e econômica, as quais perdem parcial ou totalmente a sua capacidade funcional, motora e/ou sensitiva (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; CIRINO; SILVA; SANDOVAL, 2018).

Obviamente, as consequências para as vítimas da LM são imensuráveis, trata-se de uma ruptura com as suas atividades de vida diárias (AVD's), com seus hábitos, com seu seio social e familiar, o que dificulta a recuperação e reabilitação dos indivíduos, já que eles podem desenvolver transtornos de adaptação, afetando sua saúde mental. Em alguns casos, os sujeitos conseguem reagir e desenvolvem estratégias particulares de enfrentamento para conseguir lidar com a situação e enfrentar o transtorno com mais facilidade (GHAZWAN, 2017).

Vale ressaltar que a população afetada por esse agravo é vulnerável, visto que na maioria dos casos são jovens cultural e socioeconomicamente desfavorecidos. O fato é que a qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS) desses indivíduos diminui drasticamente após LM, logo, reafirmar a vulnerabilidade desses sujeitos, também, quanto a susceptibilidade ao advento de sinais e sintomas de depressão é fundamental. Pois, pessoas com doenças crônicas ou limitações

físicas permanentes podem desenvolver um quadro de depressão com mais facilidade se comparadas a pessoas com saúde física, já que a depressão interferirá negativamente na recuperação e/ou reabilitação dos indivíduos (BALDASSIN, LORENZO; SHIMIZU, 2018; TELLES-CORREIA; BARBOSA, 2018).

A depressão é uma doença, entretanto ainda não se sabe a etiologia ao certo, mas é comprovado que alterações químicas no cérebro podem desencadear os sintomas. Essas alterações envolvem neurotransmissores importantes, como: serotonina, dopamina e noradrenalina. Alguns fatores de risco podem ser elencados para a depressão, tais como: estresse crônico, ansiedade crônica, disfunções hormonais, pancadas na cabeça, separação conjugal, traumas físicos ou psicológicos, como a LM, por exemplo. Contudo, vale destacar, que, por vezes, não é necessário um estímulo externo para que as pessoas evoluam para um quadro de depressão, pois a predisposição genética também deve ser considerada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Vale salientar que a cada dez indivíduos com LM, dois a três sofrem de depressão. Ou seja, estima-se que a prevalência da depressão com quadro clínico significativo esteja entre 20% a 30% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). Diante desse contexto, elenca-se a seguinte questão norteadora: Pessoas acometidas por LM apresentam sinais e sintomas depressivos quando associados a níveis de dependência funcional modificada ou completa?

Em suma, é uma indagação relevante ao tema proposto por esta pesquisa, a qual obteve êxito em seus resultados, acrescentando conteúdo para a comunidade científica, de tal forma que possa corroborar outros estudos, incentivando a realização de mais pesquisas acerca do tema. Outrossim, será mais uma fonte de conhecimento científico para os profissionais de saúde pública que lidam com essa população diariamente, que é muito vulnerável e precisa de cuidados qualificados. Como também, possibilitará o compartilhamento de informações com a comunidade acadêmica.

Igualmente, o estudo poderá contribuir para o desenvolvimento de novas ações estratégicas voltadas para esse grupo, além disso, contribuirá para melhora da atuação dos profissionais de forma que os cuidados se intensifiquem e o acompanhamento dos casos seja multiprofissional e de longo prazo. Dessa forma os sujeitos poderão ser reabilitados e reinseridos em seu seio social, familiar e, também, em seu ambiente profissional sempre que possível. Além disso, poderá direcionar os centros de reabilitação para novas formas de planejamento de condutas terapêuticas e novas práticas de atenção à saúde dessa população.

À vista disso, é preciso prevenir a incidência de depressão nessa população urgentemente, para isso é necessário conhecer profundamente o perfil desses indivíduos, quanto

ao quadro clínico, quanto a cultura e aspectos socioeconômicos para compreender melhor os sinais e sintomas depressivos que eles podem apresentar. Pois, eles podem trazer consequências negativas para o prognóstico da reabilitação dos pacientes, além das consequências socioeconômicas. Por isso, compreender o advento da depressão nessa população é imprescindível para realizar a reabilitação e o tratamento correto.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a ocorrência de sinais e sintomas depressivos associados a níveis de dependência funcional modificada ou completa em pessoas com lesão medular.

2.2 Objetivos Específicos

- Averiguar os aspectos demográficos, socioeconômicos e clínicos das pessoas com lesão medular;
- Determinar a prevalência de sinais e sintomas depressivos em pessoas com lesão medular;
- Verificar a capacidade funcional para atividades de vida diárias de pessoas com lesão medular;
- Investigar associações entre sinais e sintomas de depressão e a medida de independência funcional (MIF) de pessoas com lesão medular.

3 HIPÓTESES

3.1 HIPÓTESE ALTERNATIVA

Pessoas acometidas por lesão medular apresentam sinais e sintomas de depressão quando associados a níveis de dependência modificada ou dependência completa de acordo com a Medida de Independência Funcional – MIF.

3.2 HIPÓTESE NULA

Pessoas acometidas por lesão medular **não** apresentam sinais e sintomas de depressão quando associados a níveis de dependência modificada ou dependência completa de acordo com a Medida de Independência Funcional – MIF.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

A lesão medular (LM) é um evento traumático ou não-traumático que pode acarretar alterações físicas, psicológicas e socioeconômicas na vida das pessoas que são acometidas. Essas alterações estão frequentemente presentes no prognóstico de pacientes acometidos por uma LM. Entretanto, além delas, é possível que hajam complicações severas, as quais agravam o quadro clínico dos pacientes, dentre elas é importante abordar a dor crônica, a depressão e o isolamento social, respectivamente. Por isso, é preciso compreender quando surgem essas complicações, para que seja possível realizar o tratamento e a reabilitação de forma eficaz com o intuito de melhorar a qualidade de vida relacionada a saúde dos acometidos (ALSCHULER, et al., 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; CELIK, ERHAN; LAKSE, 2012; JANG et al., 2014).

Para tanto, é necessário entender a fisiopatologia da LM que é complexa, pois a mesma pode evoluir por diversas etapas fisiológicas nas primeiras horas ou até mesmo durante os primeiros dias após o acontecimento. Trata-se de uma cadeia de eventos que se inicia no local da lesão e pode atingir nível sistêmico se não houver assistência médica especializada logo que possível. Em resumo, ocorre lesão na medula espinhal, resultando em rompimento tissular, apoptose celular gradativa, disfunção vascular, edema, isquemia, compressão da medula, perda neurológica. É possível que, nas primeiras horas, os exames de imagens não mostrem alterações, porém é preciso persistir nas horas subsequentes para obter resultados significativos e iniciar o tratamento (PLAZA et al., 2012).

Sendo assim, é importante identificar a gravidade da lesão o quanto antes, a qual é realizada a partir de exames de imagem e por meio de exame físico neurológico com o auxílio da classificação da Associação Americana de Lesão Medular (ASIA), que é um instrumento validado que classifica as LM em cinco níveis de gravidade: A, B, C, D e E (GHAZWAN, 2017; ASIA).

A partir da classificação da ASIA é possível determinar qual será o prejuízo físico abaixo do grau neurológico que o indivíduo foi lesionado. O nível A, aponta trauma completo sem preservação motora ou sensorial; O B, mostra traumatismo parcial em que apenas a função sensorial é mantida; enquanto o nível C, indica função motora conservada em mais de 50% dos principais músculos afetados com grau muscular < 3 ; o nível D, determina que a capacidade motora é preservada com grau muscular de 3 ou mais; e o nível E, apresenta função motora e sensitiva preservadas (GHAZWAN, 2017; ASIA).

Quanto ao grau muscular, o Ministério da Saúde (MS) apresenta em suas diretrizes a escala de Ashworth, que determina como grau I – tônus muscular normal, grau II – leve aumento do tônus muscular, grau III – tônus aumentado, grau IV – tônus muito aumentado e grau V – tônus muscular muito aumentado e presença de extensão ou flexão em articulações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

À vista disso, infere-se que a reabilitação é fundamental para reinserção do indivíduo na comunidade, a fisioterapia deve ser iniciada assim que possível, até mesmo em unidade de terapia intensiva (UTI), nos primeiros dias. É preciso fortalecer a capacidade respiratória, quando necessário, e a estrutura muscular acima do nível da LM, principalmente quando só houver comprometimento parcial do grau muscular abaixo do nível da lesão. Nesses casos, deve-se trabalhar com afinco toda a musculatura para aumentar as chances de independência funcional. A continuidade da fisioterapia após o evento é imprescindível, como também a assistência de toda a equipe multiprofissional de saúde da rede de atenção básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Logo, o tratamento do sujeito acometido por LM deve ser holístico, visando melhorar a capacidade motora do paciente, mas também a sua qualidade de vida mediante as dificuldades biopsicossociais pelas quais ele irá passar. Por isso, seu tratamento deve incluir uma equipe multiprofissional de saúde e seus familiares para que a assistência recebida seja completa e atenda a todas as suas necessidades, fornecendo educação em saúde a respeito do autocuidado, da sexualidade e orientações pertinentes relacionadas ao seu quadro clínico. Além disso, o indivíduo deve receber assistência psicológica e social, bem como assistência da enfermagem e realizar sua reabilitação com fisioterapia e atividade física, quando possível (SCRAMIN; MACHADO, 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Vale ressaltar que há a possibilidade de surgir alguma complicação clínica, física ou psicológica. Por esse motivo é importante orientar o paciente quanto a prevenção de quaisquer uma delas, já que as mesmas podem vir a acontecer a qualquer momento após a lesão, seja no período de internação, reabilitação e/ou recuperação. É possível citar alguns exemplos clínicos, físicos e psicológicos, respectivamente: infecção do trato urinário, pneumonia, trombose venosa profunda e lesão por pressão; dor crônica e fadiga; depressão e ansiedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Tendo isso em vista, é interessante enfatizar a dor crônica e a fadiga que são consideradas fator de risco para depressão e ansiedade por alguns autores. A dor crônica intensa em pessoas com LM é caracterizada por ser nociceptiva ou neuropática, trazendo consequências negativas para o cotidiano dos sujeitos que sofrem com a dor, por exemplo: isolamento social,

sono prejudicado, sofrimento mental, incapacidade para realizar as atividades de vida diárias (AVD's), dentre outros. Por isso, 50% dos pacientes que sofrem de dor, alegam ser a sua maior dificuldade diante de seu quadro clínico. Quanto a prevalência, pode variar de 11% a 94% (MÜLLER et al., 2017; ALSCHULER, et al., 2013; MEHTA et al., 2018; CELIK, ERHAN & LAKSE, 2012; JANG et al., 2014).

Conseqüentemente, é preciso que a equipe multiprofissional de saúde esteja atenta para sinais de dor e fadiga, pois pode ser o fator definitivo para o desenvolvimento de uma depressão, além de todos os outros citados anteriormente, principalmente em adultos de meia idade, pois a prevalência de sinais e sintomas depressivos é maior nessa faixa etária. É interessante afirmar que os custos para os cofres públicos também são maiores quando um paciente com LM apresenta a depressão como complicação. Economicamente, os sujeitos mais afetados são os desempregados, ou com baixo nível escolar e/ou baixa renda (DIPIRO et al., 2014; ALSCHULER, et al., 2013; MEHTA et al., 2018).

Vale lembrar que a depressão, além de acometer os sujeitos com LM, ainda poderá desenvolver outras complicações físicas, emocionais, psicológicas e fisiológicas para além daquelas que a própria LM pode desencadear. Inclusive, poderá ocasionar resultados ruins na evolução dos pacientes durante a reabilitação, prejudicando o quadro clínico do indivíduo e o objetivo de alcançar o melhor prognóstico possível. Ainda no tocante a prevalência da depressão nessa população, é importante afirmar que os pacientes dependentes de cuidados são os mais susceptíveis e, na maioria das vezes, possuem lesões mais graves, podendo acometer de 8,8 a 60% dos indivíduos lesionados (DIPIRO et al., 2014; ALSCHULER, et al., 2013; MEHTA et al., 2018; BARATA & DINIZ, 2014).

No aspecto físico, pode-se apresentar sono demasiado ou insônia, cólicas abdominais, dores pelo corpo, azia, constipação ou flatulências, tensão muscular, diminuição da libido. Emocionalmente, o paciente pode sentir tristeza profunda, angústia, ansiedade, desânimo, medo, vazio, desamparo, irritabilidade. No aspecto psicológico, pode apresentar baixa autoestima, pessimismo, depreciação da própria imagem, memória comprometida, dificuldade de concentração e lentidão ao raciocinar. Quanto as alterações comportamentais: apatia, indecisão, ausência de motivação, procrastinação, alterações rápidas de humor, dentre outros. Fisiologicamente, pode resultar em um quadro cardiopata ou de acidente vascular encefálico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

O tratamento é realizado com antidepressivos e psicoterapia específica para casos moderados a graves, e em casos leves, psicoterapia específica e prescrição de placebos. Além disso, a depressão é uma doença incapacitante que pode resultar em ideação suicida ou, até

mesmo, ato suicida, se não for devidamente tratada e não houver apoio familiar apropriado. Por esse motivo, é essencial a atuação do enfermeiro para lidar com pacientes que apresentem um quadro depressivo, porque é fundamental que seja iniciado um trabalho de reabilitação para prevenir ações autodestrutivas por parte do sujeito passivo de cuidados (FLECK, et al., 2009; BARATA; DINIZ, 2014).

Dessa forma, o enfermeiro deve definir os diagnósticos de enfermagem, as intervenções e os resultados esperados para agir metodicamente e conseguir atenuar o quadro depressivo em conjunto com o tratamento específico. Algumas intervenções da enfermagem são essenciais para incluir na reabilitação, tais como: realizar educação em saúde para incentivar o autocuidado, estimular a autoestima, monitorar a administração dos medicamentos necessários, especular ações autodestrutivas e/ou ideação suicida para informar aos outros membros da equipe multiprofissional para que medidas mais específicas sejam tomadas, e obter apoio familiar e comunitário para despertar o interesse na participação de grupos de apoio (BARATA; DINIZ, 2014).

Deste modo, espera-se que o indivíduo apresente uma boa evolução a partir da inclusão dessas intervenções durante a reabilitação e seja capaz de dialogar mais a respeito de seus sentimentos, participe de atividades de lazer ou em grupo, demonstre afeto e estreite os laços com a família, desenvolva atitudes de autocuidado e melhore sua autoestima, além de cessar ações autodestrutivas ou pensamentos suicidas, afim de prevenir o ato suicida e reduzir os sinais e sintomas depressivos para melhorar a qualidade de vida do mesmo. É imprescindível que o paciente manifeste o desejo de viver (BARATA; DINIZ, 2014).

No mais, toda e qualquer assistência à saúde que o paciente de LM precisar, possuindo depressão ou não, ele pode se dirigir a unidades básicas de saúde (UBS), centros especializados de reabilitação (CER) ou serviços hospitalares gerais e especializados para obter atenção à saúde gratuita financiado pelo sistema único de saúde (SUS). Essa população é incluída no Plano Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNASPcD), sob a portaria de nº 1060 de 05 de junho de 2002, contemplando as pessoas com qualquer tipo de deficiência com uma rede de atenção completa constituída de equipes multiprofissionais de saúde (BARATA; DINIZ, 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Essas equipes multiprofissionais devem ser compostas por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais; pois assim, é possível garantir a promoção, proteção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde de acordo com as diretrizes do PNASPcD, as quais garantem: promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência, assistência integral à saúde da pessoa com

deficiência, prevenção de deficiências, ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação, organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência e capacitação de recursos humanos (BARATA; DINIZ, 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Posteriormente, em 2012, criou-se a Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência através da portaria de nº 793, com o intuito de dinamizar as unidades de atendimento e facilitar a comunicação entre os estabelecimentos de saúde e suas equipes, resultando em um atendimento de melhor qualidade, mais completo e integral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Exemplificando, o CER é o estabelecimento mais completo de saúde que propõe a reabilitação da pessoa com LM, em todos os âmbitos. Nele, é possível realizar diagnósticos, tratamentos, exames, acompanhamentos, reabilitação, adaptação, concerto de tecnologias assistivas, dentre outras atividades. Eles podem ser organizados de formas diferentes de acordo com os tipos de deficiências, até porque um paciente pode ter mais de uma deficiência simultaneamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Portanto, a equipe multiprofissional de saúde deve atuar de forma holística para satisfazer todas as necessidades do sujeito. Ressalta-se também a importância da participação da família do sujeito e do próprio indivíduo em todo o processo de tratamento e reabilitação, pois é um processo gradativo, duradouro e que exige dedicação, determinação e motivação por parte do paciente e da equipe. Quanto aos familiares, é preciso ter segurança e apoiar o indivíduo em suas decisões e anseios, além de compreender com afinco todo o processo trabalhado nos estabelecimentos de saúde através da educação em saúde que é oferecida para ser colocada em prática em casa. Vale lembrar que os familiares devem ter assistência à saúde e lazer também (GHAZWIN, 2017).

No tocante as decisões e anseios do indivíduo, é indispensável esclarecer que a equipe juntamente com a família deve respeitar as limitações do paciente e procurar incentivar e estimular ele em algumas fases do processo, quando necessário. Outrossim, a equipe deve estar preparada e precisa ter ética e aparato científico em suas intervenções e cautela ao transmitir informações pertencentes ao quadro clínico para o paciente, pois informações negativas a respeito dos resultados esperados podem prejudicá-lo psicológica e emocionalmente, podendo resultar em um retrocesso ou em uma estagnação no processo de reabilitação (RUSSELL et al., 2016).

Em relação ao plano de tratamento, além de ser claro e transparente, deve ter cooperação de todos os profissionais da equipe multiprofissional, pois cada um deve contribuir com suas habilidades e competências específicas. O assistente social, por exemplo, exerce um papel fundamental em se tratando das questões socioeconômicas da vida do paciente. É

responsabilidade desse profissional investigar as questões de habitação, renda, alimentação, cuidados domésticos, higiene pessoal, emprego ou desemprego, dentre outros. Pois todos esses fatores influenciam positivamente ou negativamente no processo de reabilitação dependendo da realidade do cliente e é esse profissional que deve buscar soluções através da legislação (RUSSELL et al., 2016).

Igualmente, o psicólogo deve atuar com foco no aspecto psicossocial do indivíduo com LM, pois é preciso prevenir o desenvolvimento de sinais e sintomas de depressão e ansiedade que são complicações frequentes em casos de LM, já que se deparar com uma limitação sensitivo-motora por motivos patológicos ou traumáticos pode trazer à tona manifestações psicológicas, como a negação e a barganha. Sendo assim, é necessário trabalhar a autoimagem e a autoestima para facilitar o reconhecimento de si mesmo com limitações físicas. Além disso, primar por valorizar o potencial residual do paciente, ou seja, mostrar para ele aquilo que ele ainda é capaz de fazer e viver após se aceitar com a deficiência física (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Por fim, o enfermeiro vai atuar desenvolvendo atividades de educação em saúde que possam auxiliar no progresso do paciente para ser o mais independente possível, além disso, deverá orientar e incentivar o autocuidado para alcançar o maior nível de independência funcional de acordo com suas limitações, focando nas AVD's. Dessa forma haverá melhora significativa da qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS). É importante afirmar que o enfermeiro, além de colocar em prática suas habilidades e competências específicas, também irá ser o elo entre os outros profissionais da equipe e será essencial durante a reabilitação do sujeito com LM (LEITE; FARO, 2005; SCHOELLER et al., 2012).

Além disso, o enfermeiro participa de todas as etapas do processo de reabilitação, desde o início, onde fica responsável por monitorar e manter os aspectos fisiológicos adequados como, por exemplo, orientar o paciente a ter autocontrole intestinal e vesical. Ademais, é indispensável que a equipe de enfermagem faça uso de teorias de enfermagem como amparo científico para desenvolver seus diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados esperados; tais como: Teoria de Orem, Teoria de Roy e Teoria de Wanda Horta. São três teorias que se sobressaem na literatura quanto aos cuidados de enfermagem a pessoa com LM (LEITE; FARO, 2005; SCHOELLER et al., 2012; ANDRADE et al., 2010).

Diante do exposto, afirma-se que o paciente com LM precisa de um olhar biopsicossocial da equipe multiprofissional de saúde e de apoio familiar para conseguir superar as intempéries do trauma e prevenir o estresse pós-traumático que pode resultar em um quadro grave de depressão. Pois, na maioria dos casos, o melhor prognóstico para uma pessoa com LM

será ter uma boa QVRS mesmo diante de suas limitações físicas. Para isso, é necessário que a saúde mental esteja preservada.

Entretanto, por fim, como a realidade é diferente e a prevalência da depressão nessa população é alta, como retro mencionado, é preciso investigar e avaliar a maior quantidade de variáveis possíveis que possam estar associadas aos sinais e sintomas depressivos, para que, cada vez mais, os profissionais de saúde possam desenvolver melhores intervenções para solucionar essa complicação biopsicossocial que atinge a população de pessoas com LM.

5 MÉTODO

5.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, com abordagem quantitativa (PEREIRA, 2001).

5.2 Cenário

A pesquisa foi realizada na cidade de Campina Grande, Paraíba, localizada no Nordeste do Brasil. Campina Grande possui área territorial de 593,026 km² e população estimada em 409.731 pessoas no ano de 2020 (IBGE, 2020).

Quanto ao acesso e utilização dos serviços públicos de saúde, a cidade possui 10 Distritos Sanitários, seis Centros de Saúde, duas Policlínicas, 83 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 107 equipes da estratégia de saúde da família (BRASIL, 2019).

5.3 População e amostra

Dessa forma, o cenário do estudo se resume aos sujeitos da pesquisa que estavam adstritos às Unidades Básicas de Saúde – UBS da zona urbana e rural do município, de tal forma que fosse possível contatá-los a partir de seus registros disponibilizados pelo pessoal do serviço.

Todos os indivíduos elegíveis a esta pesquisa de acordo com os critérios de inclusão e exclusão foram incluídos na amostra, pois a ferramenta utilizada foi o censo, sendo assim, o total da população foi de 73 sujeitos, segundo o sistema informatizado de cadastro das famílias, sendo que 21 foram perdas, onde 13 sujeitos se mudaram para outras cidades ou não foram mais localizados, quatro faleceram, dois foram presos em regime fechado por crimes cometidos, um está foragido e um não aceitou participar da pesquisa; totalizando 52 indivíduos participantes, maiores de dezoito anos, adstritos às UBS do município e com deficiência física decorrente de LM (PEREIRA, 2001; VIEIRA, 2011).

5.4 Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão:

- Idade maior ou igual a 18 anos;

- Indivíduos adstritos a alguma UBS da cidade de Campina Grande - PB localizada na zona urbana ou rural;
- Deficiência física em decorrência de LM.

Seriam excluídos desse estudo, os sujeitos que possuíam algum tipo de deficiência física ou mental decorrente de outra doença ou agravo, além da LM, por exemplo: hemiplegia por acidente vascular encefálico, cegueira, surdez, dentre outros. Entretanto, nenhum sujeito apresentou essas características e, por isso, nenhum foi excluído.

5.5 Instrumentos

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora do estudo por meio da aplicação de um formulário e duas escalas. O formulário possui questões de aspecto clínico, demográfico e socioeconômico (APÊNDICE A), o qual foi elaborado com perguntas objetivas.

As duas outras escalas que foram utilizadas como instrumento de pesquisa, são: Patient Health Questionnaire-9 – PHQ9 (ANEXO F) e Medida de independência funcional - MIF (ANEXO G). Ambas são validadas e reconhecidas internacionalmente. Foi utilizada a versão em português (NEVES et al., 2007; RIBERTO et al., 2004; ADEWUYA, OLA; AFOLABI 2006).

O PHQ9 (ANEXO F), validado por Adewuya (2006), possui nove tópicos de questionamentos e é uma escala de pontuação, onde seu score total representa o nível de sinais e sintomas depressivos dos sujeitos avaliados. Se o total dos pontos ficar entre um e quatro, o paciente é considerado sem depressão ou depressão mínima; entre cinco e nove pontos, depressão leve; 10 a 14 pontos, depressão moderada; 15 a 19 pontos, depressão moderadamente grave e, por fim, de 20 a 27 pontos, depressão grave (ADEWUYA, OLA; AFOLABI 2006).

Quanto a MIF (ANEXO G), validada por Riberto (2004), tem sido usada amplamente e funciona de forma semelhante a anterior. Possui 18 tópicos de questionamentos, cada um com suas pontuações. Ao finalizar o preenchimento, a soma mínima deve ser de 18 pontos (Sujeito totalmente dependente de assistência), 19 - 60 pontos (Sujeito com dependência modificada com necessidade de assistência de até 50% de suas tarefas), 61-103 (Sujeito com dependência modificada com necessidade de assistência de até 25% de suas tarefas) e a soma máxima de 104 - 126 pontos (Sujeito com independência modificada ou completa) (NEVES et al., 2007; RIBERTO et al., 2004).

5.6 Processo de coleta de dados

Durante a coleta de dados foram realizadas visitas às UBS de Campina Grande entre 2019 e 2020, com o intuito de averiguar, junto a equipe da estratégia de saúde da família de cada área, quais são os pacientes que possuem deficiência física por LM.

Nesse momento, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foram de fundamental importância para realização da coleta, pois a pesquisadora possuiu maior facilidade para ter acesso aos domicílios de cada sujeito elegível a pesquisa. Pois junto aos ACS e ao cadastro informatizado das famílias foi possível delimitar a população do estudo através do censo de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

Ao ter sucesso na etapa mencionada anteriormente, o primeiro passo foi realizar a visita em domicílio e expor ao possível sujeito de pesquisa, quais são os objetivos da mesma e o indagar a respeito de seu consentimento para participar da amostra. Obtendo resposta positiva, foi solicitada sua assinatura ao termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (ANEXO A) para que a coleta dos dados pudesse ser iniciada.

O ato de coletar os dados, trata-se da segunda etapa do processo, a qual foi realizada em domicílio, por meio da aplicação de formulários e escalas validadas, como já foi mencionado no tópico anterior detalhadamente. Esses instrumentos foram responsáveis por captar todas as informações necessárias para responder aos objetivos da pesquisa coerentemente após a análise estatística dos dados.

A visita em domicílio foi realizada uma única vez sempre que houve êxito, pois só é necessário um encontro para realização da mesma. Entretanto, quando o indivíduo estava ausente, era necessário retornar a sua residência até encontrá-lo e conseguir executar o que estava planejado. Em casos assim, foram delimitados o máximo de três retornos em dias e horários diferentes para que fosse possível realizar a visita de acordo com sua disponibilidade.

5.7 Processamento e análise dos dados

O processamento e análise dos dados coletados foi realizado no software Statistical Package for the Social Sciences - SPSS versão 22.0, no qual foram realizados testes estatísticos e de frequência, após preenchimento do banco de dados (FIELD, 2009).

Os testes estatísticos elencados para este estudo levaram em consideração os intervalos de confiança de 95% e a significância com o p-valor $< 0,05$ (VIEIRA, 2011; FIELD, 2009). Quanto aos Outliers, não foi detectado nenhum em toda a amostra (VIEIRA, 2011).

Foram realizados o Teste de Qui-quadrado (X^2) ou Teste de Fisher para verificar possíveis associações entre as variáveis e o Alfa de Conbrach para verificar a confiabilidade dos instrumentos. Além disso, foram realizados cálculos de frequência relativa e absoluta (VIEIRA, 2011; FIELD, 2009).

Por fim, a dicotomização das variáveis do instrumento MIF, foi realizada da forma como se dispõem no próprio instrumento: sujeitos dependentes (completa ou modificada) e sujeitos independentes (completa ou modificada) (NEVES et al., 2007; RIBERTO et al., 2004). Quanto a dicotomização das variáveis do instrumento PHQ-9: sujeitos não depressivos (sem sinais e sintomas depressivos ou com sinais e sintomas mínimos) e sujeitos depressivos (sinais e sintomas leves, moderados, moderadamente graves ou graves) (ADEWUYA, OLA; AFOLABI 2006).

5.8 Aspectos éticos

Esta pesquisa atendeu a cada exigência da **Resolução n° 466/12**, por se tratar de um estudo que lida com seres humanos e sua saúde. Foi respeitado com muito critério o direito ao anonimato (por meio de codificação alfanumérica que é de conhecimento exclusivo aos pesquisadores desta pesquisa), a autonomia e bem-estar de cada indivíduo participante da pesquisa. Somente foram incluídos na amostra, como mencionado nos critérios de inclusão, os participantes que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o TCLE (ANEXO A), permitindo a coleta e análise de seus dados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Outrossim, o presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, antes da execução de qualquer uma das etapas do projeto em respeito à **Resolução n° 466/12** e obteve parecer aprovado com CAAE: 19016919.5.0000.5187 (ANEXO E).

6 RESULTADOS

Em consonância com as normas do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, os resultados e discussões da pesquisa serão apresentados em formato de artigo científico submetido em periódico qualificado da área. Segue artigo científico:

SINAIS E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM PESSOAS COM LESÃO MEDULAR **DEPRESSIVE SIGNS AND SYMPTOMS IN PEOPLE WITH SPINAL INJURY**

Bruna Lyz Morais Caminha¹

Alexsandro Silva Coura¹

1 Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba

RESUMO

Estudo transversal, realizado em Campina Grande-PB, de 2019 a 2020. Foram aplicados o formulário do perfil socioeconômico e clínico, o Questionário sobre a Saúde do Paciente e a Medida de Independência Funcional. Foram realizados os testes Qui-quadrado, Fisher e Conbrach. Detectou-se a presença de sinais e sintomas depressivos em 63,5%, bem como associações com a dependência para se alimentar ($p=0,039$), banhar-se ($p=0,018$) e se vestir - parte superior ($p=0,021$) e inferior ($p=0,038$). Conclui-se que sinais e sintomas depressivos em pessoas com lesão medular estão associados a tarefas de cuidados pessoais.

Descritores: Traumatismos da Medula Espinhal; Transtornos de Adaptação; Sinais e Sintomas

ABSTRACT

Cross-sectional study carried out in Campina Grande-PB, in 2019-2020. A socioeconomic and clinical profile form, a Patient Health Questionnaire and the Functional Independence Measure scale were applied. The Chi-square, Fisher and Conbrach's alpha test was performed. The presence of depressive signs and symptoms was detected in 63.5%, as well as associations with dependence on food ($p=0.039$), bathing ($p=0.018$) and dressing - upper part ($p=0.021$) and lower ($p=0.038$). It is concluded that the depressive signs and symptoms in people with spinal cord injuries are associated with personal care tasks.

Descriptors: Spinal Cord Injuries; Adaptation Disorders; Signs and Symptoms

INTRODUÇÃO

A incidência de lesão medular (LM) tem aumentado constantemente no mundo, principalmente entre pessoas jovens (< 40 anos) e do sexo masculino¹, correspondendo a 80% dos casos entre os acometidos. No Brasil, ocorrem seis a oito mil novos casos de LM por ano, enquanto no mundo são 15 a 40 novos casos por milhão de habitantes².

A LM é uma alteração neurológica que traz consequências físicas, psicológicas, emocionais e socioeconômicas. É uma condição que possui etiologia diversificada, com 80% dos casos de origem traumáticas (acidentes de trânsito, de trabalho, ferimentos por arma de fogo, ferimentos por arma branca, mergulhos e quedas) e 20% são não traumáticas devido às doenças prévias, tais como: tuberculose, esclerose múltipla, metástases vertebrais, osteomielite e osteoporose¹.

Consequentemente, percebe-se que a LM tem se tornado um grave problema de saúde pública, uma vez que o aspecto socioeconômico nacional e mundial também sofre consequências diante desses dados, pois a população acometida se torna improdutiva, devido a alterações parciais ou totais em sua capacidade funcional, motora e/ou sensorial, em uma fase que deveria ser a mais produtiva de suas vidas².

Além disso, também há as consequências que afetam todos os aspectos da vida do sujeito lesionado, como as alterações de seus hábitos de vida, as quais influenciam diretamente em suas atividades de vida diárias (AVD's), em sua relação com a família e a sociedade, bem como a impossibilidade, na maioria dos casos, de continuar exercendo sua profissão³. Por isso, é preciso assistir esses indivíduos corretamente, para que eles não desanimem durante o processo de recuperação e reabilitação, pois a autoestima e a autoimagem diminuídas podem resultar em transtornos de adaptação, trazendo prejuízo para a saúde mental e para o prognóstico do paciente⁴.

Vale salientar, que a qualidade de vida desses indivíduos, os quais, na maioria dos casos, são cultural e socioeconomicamente desvalidos, é reduzida devido ao grande impacto que a LM pode causar³. A título de exemplo, as pessoas com LM têm maior facilidade de desenvolver sinais e sintomas depressivos, visto que a cada dez pessoas com LM, duas ou três sofrem com a depressão⁵.

Outrossim, a depressão é uma doença que possui vários fatores de risco, tais como: ansiedade, estresse, separação conjugal, traumas físicos ou psicológicos, como por exemplo, a LM⁶. Os sinais e sintomas depressivos são variados e podem impactar o paciente fisicamente e psicologicamente¹. Sendo assim, é preciso ter cautela com esses pacientes, pois quando os sinais e sintomas de depressão surgem, a reabilitação pode ser prejudicada, resultando em um prognóstico desfavorável¹. Por isso, os pacientes dependentes de cuidados são mais susceptíveis aos sinais e sintomas depressivos e, na maioria das vezes, possuem lesões mais graves⁷.

Diante desse contexto, objetivou-se analisar a ocorrência de sinais e sintomas depressivos e fatores associados em pessoas com lesão medular. Definindo a seguinte questão: Pessoas acometidas por LM apresentam sinais e sintomas depressivos associados a níveis de dependência funcional modificada ou completa?

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado entre os anos de 2019 e 2020, na cidade de Campina Grande, Paraíba, Brasil. Onde todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município foram visitadas, totalizando 83 UBS. Durante as visitas às UBS, os enfermeiros foram contatados para sinalizar, junto aos Agentes Comunitários de Saúde, quais eram os indivíduos daquela área que se enquadravam nos critérios de elegibilidade e, em seguida, foram realizadas as visitas em domicílio.

A partir disso, foi realizado o censo da população do estudo, pois a mesma se resume a 73 sujeitos, segundo o sistema informatizado de cadastro das famílias, sendo registradas 21 perdas amostrais, pois 13 sujeitos se mudaram para outras cidades, quatro faleceram, dois estão cumprindo prisão em regime fechado, um está foragido e um não aceitou participar da pesquisa. Assim, a amostra totalizou 52 participantes, maiores de dezoito anos, adstritos às UBS do município e com deficiência física decorrente, exclusivamente, de LM.

Quanto a coleta de dados, foi realizada a partir de três instrumentos, sendo um formulário do perfil sociodemográfico e clínico, composto por vinte questões objetivas; e duas escalas validadas internacionalmente: Patient Health Questionnaire-9 - PHQ9 (versão validada para a população brasileira)⁸ e a Medida de independência funcional (MIF)⁹, a qual tem sido usada amplamente no mundo inteiro.

O PHQ9 é composto por nove quesitos objetivos, no qual cada resposta recebe uma pontuação de zero a três e, ao finalizar o questionário, essa pontuação é somada e gera o score total que determina o nível de sinais e sintomas depressivos: sem depressão ou depressão mínima (score: 1-4), depressão leve (score: 5-9), depressão moderada (score: 10-14), depressão moderadamente grave (score: 15-19) e depressão grave (score: 20-27)⁸.

A MIF é composta por dezoito quesitos, os quais podem receber pontuação de um a sete, onde cada pontuação é referente ao nível de dependência ou independência do sujeito

naquele tópico. Ao final da aplicação da escala, é realizada a soma da pontuação e, assim, é identificado o nível de dependência: dependência completa com assistência total (score: 18), dependência modificada com assistência de até 50% da tarefa (score: 19-60), dependência modificada com assistência de até 25% da tarefa (score: 61-103) e independência completa ou modificada (score: 104-126)⁹.

Para a análise dos dados se utilizou o software SPSS versão 22.0, sendo calculadas as frequências relativas e absolutas, bem como realizados os testes de Qui-quadrado e de Fisher (quando os requisitos do Qui-quadrado não foram atendidos) para verificar possíveis associações entre as variáveis. Para analisar a confiabilidade das escalas utilizadas se efetuou o teste Alfa de Conbrach.

Outrossim, foram considerados os intervalos de confiança de 95% e a significância com o p-valor < 0,05. A dicotomização das variáveis da MIF foi realizada de acordo com a tabela do próprio instrumento, agrupando os participantes em dependentes, sujeitos com dependência completa ou modificada, e independentes, participantes com independência completa ou modificada⁹. Quanto a dicotomização das variáveis do instrumento PHQ-9: sujeitos não depressivos (sem sinais e sintomas depressivos ou com sinais e sintomas mínimos) e sujeitos depressivos (sinais e sintomas leves, moderados, moderadamente graves ou graves)⁸.

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento às exigências da **Resolução nº 466/12**, por se tratar de um estudo envolvendo seres humanos e obteve parecer aprovado, com CAAE: 19016919.5.0000.5187.

RESULTADOS

Na Tabela 1 está descrito o perfil sociodemográfico das pessoas com LM, percebendo-se que houve predominância de homens, com relação de 3:1. Além disso, a maioria possuía

idade até 50 anos (65,4%), são não brancos (59,6%), com credo religioso (86,5%), até oito anos de escolaridade (61,6%), sem companheiro (a) (51,9%) e renda de um salário mínimo (82,7%).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico de pessoas com LM, Campina Grande, PB, 2020 (n = 52).

| Variável | n | % |
|--------------------------------|----------|----------|
| Sexo | | |
| Masculino | 39 | 75,0 |
| Feminino | 13 | 25,0 |
| Idade | | |
| 18-30 | 10 | 19,2 |
| 31-40 | 13 | 25,0 |
| 41-50 | 11 | 21,2 |
| >50 | 18 | 34,6 |
| Etnia | | |
| Branco | 21 | 40,4 |
| Pardo | 15 | 28,8 |
| Negro | 8 | 15,4 |
| Amarelo | 5 | 9,6 |
| Índio | 2 | 3,9 |
| Caboclo | 1 | 1,9 |
| Religião | | |
| Católico | 27 | 51,9 |
| Evangélico | 16 | 30,8 |
| Sem credo | 7 | 13,5 |
| Outros | 2 | 3,8 |
| Anos de estudo | | |
| Analfabeto | 3 | 5,8 |
| 3-8 anos | 29 | 55,8 |
| 9-16 | 15 | 28,9 |
| 17-20 | 5 | 9,5 |
| Estado civil | | |
| Solteiro | 23 | 44,3 |
| Casado | 23 | 44,3 |
| Viúvo | 2 | 3,8 |
| Divorciado | 2 | 3,8 |
| União estável | 2 | 3,8 |
| Renda | | |
| Um salário* | 43 | 82,7 |
| 2 salários* | 6 | 11,5 |
| Sem renda | 2 | 3,8 |
| Beneficiário do governo | | |
| Sim | 45 | 86,5 |
| Não | 7 | 13,5 |
| Possui cuidador | | |
| Sim | 29 | 55,8 |
| Não | 23 | 44,2 |

*Salário mínimo vigente de R\$ 1.045,00.

Na Tabela 2, estão apresentados os aspectos clínicos das pessoas com LM, verificando-se que a maioria dos indivíduos afirmaram não praticar o etilismo e o tabagismo, e não praticam nenhum tipo de atividade física. Ademais, em sua maioria, as lesões foram traumáticas (63,5%) e ainda causam dor (73,1%).

Tabela 2. Aspectos clínicos e hábitos de vida de pessoas com LM, Campina Grande, PB, 2020 (n = 52).

| Variável | n | % |
|--|----|------|
| Etilismo | | |
| Sim | 13 | 25,0 |
| Não | 39 | 75,0 |
| Tabagismo | | |
| Sim | 4 | 7,7 |
| Não | 47 | 90,4 |
| Só quando consumo álcool | 1 | 1,9 |
| Prática de atividade física | | |
| Sim | 19 | 36,5 |
| Não | 33 | 63,5 |
| Etiologia da LM | | |
| Queda | 1 | 1,9 |
| Mergulho | 5 | 9,6 |
| Ferimento por arma de fogo | 12 | 23,1 |
| Acidente automobilístico | 3 | 5,8 |
| Acidente de trânsito | 5 | 9,6 |
| Doenças prévias | 19 | 36,5 |
| Acidentes de trabalho | 7 | 13,5 |
| Topografia da lesão* | | |
| Não sabe/não identificado | 8 | 15,4 |
| C3 - C7 | 5 | 9,6 |
| L3 - S1 | 16 | 30,8 |
| T1-T10 | 17 | 32,7 |
| T11- L2 | 5 | 9,6 |
| C1 - C2 | 1 | 1,9 |
| Dor | | |
| Sim | 21 | 40,4 |
| Não | 14 | 26,9 |
| Às vezes | 17 | 32,7 |
| Diagnóstico médico de depressão | | |
| Não | 37 | 71,2 |
| Não sabe | 8 | 15,4 |
| Sim | 7 | 13,4 |

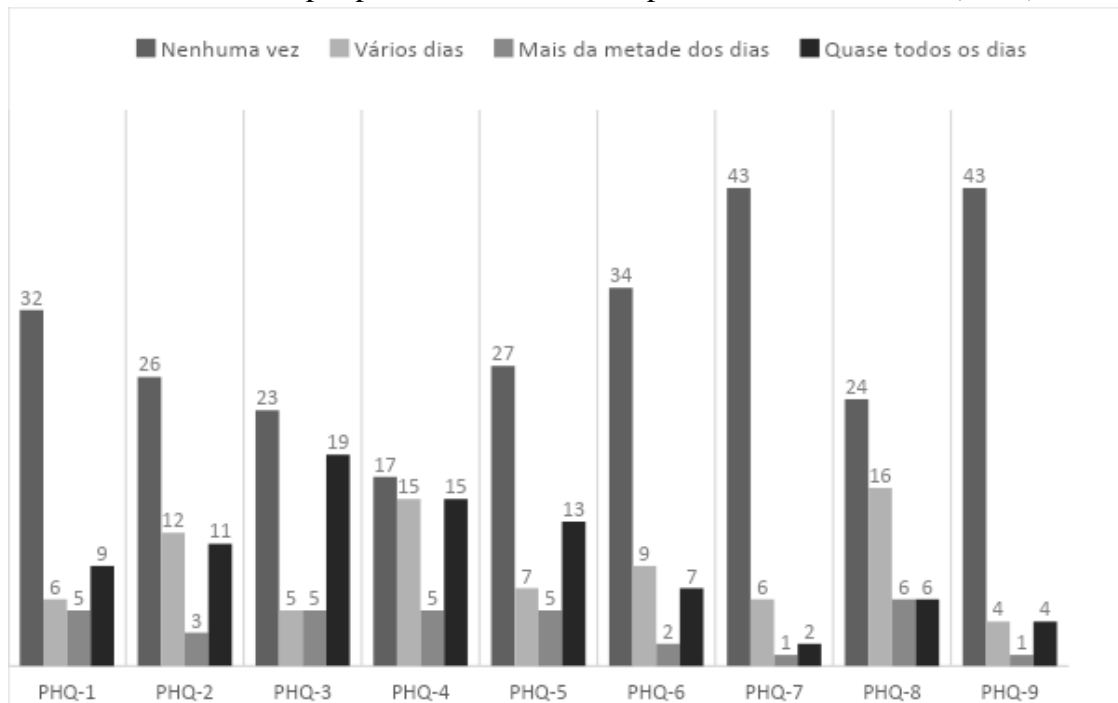
*C = cervical, T = torácica, L= lombar, S = sacral.

Foi realizado o Teste Alfa de Cronbach para testar a confiabilidade dos instrumentos PHQ-9 e MIF, o qual obteve resultados positivos para ambos: 0,78 e 0,89, respectivamente. Outrossim, foi realizado o cálculo das frequências do *score* total do *PHQ-9*, observando-se a presença de sinais e sintomas depressivos, onde 36,5% foram classificados sem depressão ou depressão mínima (n=19), outros 36,5% apresentaram depressão leve (n=19), 13,6% depressão moderada (n=7), 3,8% depressão moderadamente grave (n=8) e 9,6% depressão grave (n=5).

Na Figura 1, foi ilustrada a frequência absoluta de acordo com cada quesito do *PHQ-9*, constatando-se que a maioria afirmou ter dificuldade com o sono (55,8%), se sentir cansado

(67,3%) e ter episódios de lentidão ou agitação a ponto de outras pessoas perceberem (53,8%). No tocante ao pensamento em se ferir ou que seria melhor estar morto, 17,3% relataram pensar em suicídio vários dias, metade dos dias ou quase todos os dias das duas últimas semanas.

Figura 1. Frequência absoluta da escala PHQ-9 conforme a quantidade de dias autoreferidos por pessoas com LM, Campina Grande, PB, 2020, (n=52).



PHQ-1: Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas. **PHQ-2:** Se sentir “para baixo”. **PHQ-3:** Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume. **PHQ-4:** Se sentir cansado/a ou com pouca energia. **PHQ-5:** Falta de apetite ou comendo demais. **PHQ-6:** Se sentir mal consigo mesmo ou achar que você é um fracasso. **PHQ-7:** Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão. **PHQ-8:** Lentidão para se movimentar ou falar (ou o contrário). **PHQ-9:** Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto.

Além disso, foi realizado o cálculo do nível de dependência de pessoas com LM conforme o *score* total da escala MIF, a qual revelou os níveis de dependência: dependência modificada com assistência de até 50% da tarefa a ser realizada (8%), dependência modificada com assistência de até 25% da tarefa a ser realizada (36,5%) e independência completa ou modifica (55,5%) que representou a maioria da população. Na Tabela 3, foram indicadas as frequências absolutas e relativas da escala MIF.

Tabela 3. Frequência absoluta e relativa da escala de Medida de Independência Funcional (MIF) de pessoas com LM, Campina Grande, PB, 2020 (n=52).

| Atividades | Sem assistência* | | Com assistência** | |
|----------------------------------|------------------|------|-------------------|------|
| | n | (%) | n | (%) |
| Cuidados Pessoais | | | | |
| Alimentar-se | 45 | 86,5 | 7 | 13,5 |
| Arrumar-se | 40 | 76,9 | 12 | 23,1 |
| Banhar-se | 39 | 75 | 13 | 25 |
| Vestir-se (parte superior) | 44 | 84,6 | 8 | 15,4 |
| Vestir-se (parte inferior) | 34 | 65,3 | 18 | 34,7 |
| Higiene pessoal | 28 | 53,8 | 24 | 46,2 |
| Controle esfinteriano | | | | |
| Controle vesical | 42 | 80,7 | 10 | 19,3 |
| Controle intestinal | 41 | 78,9 | 11 | 21,1 |
| Transferência | | | | |
| Leito, cadeira, cadeira de rodas | 31 | 59,6 | 21 | 40,4 |
| Sanitário | 31 | 59,6 | 21 | 40,4 |
| Banheira, chuveiro | 31 | 59,6 | 21 | 40,4 |
| Locomoção | | | | |
| Marcha ou cadeira de rodas | 47 | 90,4 | 5 | 9,6 |
| Escadas | 19 | 36,6 | 33 | 63,4 |
| Comunicação | | | | |
| Compreensão | 52 | 100 | 0 | 0 |
| Expressão | 52 | 100 | 0 | 0 |
| Conhecimento social | | | | |
| Interação Social | 51 | 98,1 | 1 | 1,9 |
| Solução de problemas | 43 | 82,7 | 9 | 17,3 |
| Memória | 51 | 98,1 | 1 | 1,9 |

*Independência completa ou modificada, **Dependência modificada ou completa.

Conforme apresentado na Tabela 4, pessoas acometidas por LM apresentam sinais e sintomas depressivos quando associados aos níveis de dependência para: alimentar-se ($p=0,039$), banhar-se ($p=0,018$) e, vestir-se - parte superior ($p=0,021$) e inferior ($p=0,038$).

Tabela 4. Associações entre a medida de independência funcional (MIF) e sinais e sintomas depressivos do questionário PHQ-9 de pessoas com LM, Campina Grande, PB, 2020.

| Variáveis | | Sintomas Depressivos (PHQ-9) | | | | p |
|------------------------------|--------------|------------------------------|------|-----|------|--------|
| | | Sim | | Não | | |
| | | n | % | n | % | |
| Cuidados Pessoais | | | | | | |
| Alimentar-se | Dependente | 0 | 0,0 | 7 | 13,5 | 0,039* |
| | Independente | 19 | 36,5 | 26 | 50,0 | |
| Arrumar-se | Dependente | 2 | 3,8 | 10 | 19,2 | 0,172* |
| | Independente | 17 | 32,7 | 23 | 44,2 | |
| Banhar-se | Dependente | 1 | 1,9 | 12 | 23,1 | 0,018* |
| | Independente | 18 | 34,6 | 21 | 40,4 | |
| Vestir-se (parte superior) | Dependente | 0 | 0,0 | 8 | 15,4 | 0,021* |
| | Independente | 19 | 36,5 | 25 | 48,1 | |
| Vestir-se (parte inferior) | Dependente | 3 | 5,8 | 15 | 28,8 | 0,038* |
| | Independente | 16 | 30,8 | 18 | 34,6 | |
| Higiene pessoal | Dependente | 7 | 13,5 | 17 | 32,7 | 0,391 |
| | Independente | 12 | 23,1 | 16 | 30,8 | |
| Controle esfinteriano | | | | | | |
| Controle vesical | Dependente | 4 | 7,7 | 6 | 11,5 | 0,536* |
| | Independente | 15 | 28,8 | 27 | 51,9 | |
| Controle intestinal | Dependente | 2 | 3,8 | 9 | 17,3 | 0,290* |
| | Independente | 17 | 32,7 | 24 | 46,2 | |

| | | | | | | |
|----------------------------|--------------|----|------|----|------|--------|
| Transferência | | | | | | |
| Leito, cadeira, c/rodas | Dependente | 5 | 9,6 | 16 | 30,8 | 0,149 |
| | Independente | 14 | 26,9 | 17 | 32,7 | |
| Sanitário | Dependente | 5 | 9,6 | 16 | 30,8 | 0,149 |
| | Independente | 14 | 26,9 | 17 | 32,7 | |
| Banheira, chuveiro | Dependente | 5 | 9,6 | 16 | 30,8 | 0,149 |
| | Independente | 14 | 26,9 | 17 | 32,7 | |
| Locomoção | | | | | | |
| Marcha | Dependente | 0 | 0,0 | 5 | 9,6 | 0,145* |
| | Independente | 19 | 36,5 | 28 | 53,8 | |
| Escadas | Dependente | 13 | 25,0 | 20 | 38,5 | 0,766 |
| | Independente | 6 | 11,5 | 13 | 25,0 | |
| Comunicação | | | | | | |
| Abrangência | Dependente | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | ** |
| | Independente | 19 | 36,5 | 33 | 63,5 | |
| Expressão | Dependente | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | ** |
| | Independente | 19 | 36,5 | 33 | 63,5 | |
| Conhecimento social | | | | | | |
| Interação social | Dependente | 0 | 0,0 | 1 | 1,9 | 0,635* |
| | Independente | 19 | 36,5 | 32 | 61,5 | |
| Solução de problemas | Dependente | 2 | 3,8 | 7 | 13,5 | 0,635* |
| | Independente | 17 | 32,7 | 26 | 50,0 | |
| Memória | Dependente | 0 | 0,0 | 1 | 1,9 | ** |
| | Independente | 19 | 36,5 | 32 | 61,5 | |

*Fisher. ** Não foi possível realizar o teste por se tratar de uma constante.

DISCUSSÃO

De acordo com o perfil socioeconômico da amostra, a maioria das pessoas com LM são homens com idade inferior a cinquenta anos. Esses dados corroboram resultados de outras pesquisas realizadas na Suíça (72%) com mediana de idade de 52 anos¹⁰, Canadá (72%)¹¹, Natal-RN (91,5%) com idade média de 42,5 anos¹² e um estudo de coorte britânico com duração de setenta anos e 5483 casos de LM, que também obteve resultados semelhantes, no qual a maioria da população é composta por homens (79,7%) jovens (idade média de 35,1 anos)¹³.

Além disso, outro estudo realizado na China identificou que 80,7% da população de pessoas com LM também tinham escolaridade reduzida e não haviam concluído o ensino médio, além de 91,4% ficarem desempregados após a LM¹⁴. Em contrapartida, nos EUA, 71,9% da amostra já concluiu algum curso superior¹⁵ e, na Itália, 45,6% das pessoas concluíram o ensino médio¹⁶. Portanto, percebe-se que a LM traz consequências sociais e econômicas para a sociedade, pois a maior frequência dos casos atinge pessoas em idade produtiva.

Quanto à etnia, estado civil e aposentadoria, a maioria eram negros, pardos, índios ou caboclos, sem companheiros e recebiam benefício do governo, assim como no Paraná (78,2%)¹⁷

e na Itália (70,9%)¹⁶. Estudo realizado em Natal-RN, indicou que a maioria também foi representada por pessoas não brancas (68,1%)¹². Em relação ao estado civil, a maioria da população não possuía companheiros em estudos realizados no Irã (56,5%)¹⁸, Itália (50,9%)¹⁶, Espanha (100%)¹⁹ e Brasil (60,8%)¹⁷. Mas, nos EUA, a maioria foram brancos (72,6%) e casados (60,3%)¹⁵.

Esses dados desvelam uma repercussão de uma construção histórico-social, onde os pardos e negros foram historicamente explorados, marginalizados e com direitos tolhidos. Logo, esses reflexos são norteadores para os encaminhamentos sociais atuais, de modo que esse grupo étnico ainda possui acesso limitado e/ou dificultado à educação²⁰. Ademais, esse perfil epidemiológico é um cenário que reflete a maioria da população como cultural e socioeconomicamente desfavorecida, já que possui escolaridade reduzida e renda de um salário mínimo, tornando-se mais vulneráveis³.

No que se refere aos aspectos clínicos, foi identificado que a maioria das pessoas não consomem bebidas alcoólicas e tabaco, mas é preocupante a constatação de que a maioria é sedentária, sendo importante avaliar esses aspectos, pois eles têm influência importante na qualidade de vida dos indivíduos. É tanto que em um estudo realizado nos EUA com participação de 1063 sujeitos, aplicou-se o Questionário de Saúde e Humor para Adultos Mais Velhos (OAHMQ) e, identificou-se sintomatologia depressiva, quando associada ao alcoolismo, tabagismo, deambulação e uso de medicamentos²¹.

Esse fato mostra o quanto as drogas lícitas e ilícitas atuam como uma válvula de escape e estratégia de fuga mediante às situações de extremo estresse e tristeza, as quais flagelam o psicológico. Logo, essa realidade conclama uma assistência em saúde à luz da promoção da saúde mental e redução de danos, por meio do projeto terapêutico singular²².

No tocante a etiologia da LM, a maioria foi traumática, corroborando com estudos realizados no Canadá (70%)¹¹ e Itália (80%)¹⁶. Nesta pesquisa, foram predominantes os

ferimentos por armas de fogo, sendo justificada pelo alto índice de violência local. Outrossim, o estudo realizado em Natal-RN, apresentou resultado semelhante, no qual 31,9% dos casos também foram traumas decorrentes da violência urbana¹². Mas, constataram-se outras causas de acordo com suas realidades: no Irã - acidentes de viação (73,7%)¹⁸, na Itália - acidente de trabalho (14,5%)¹⁶, e nos EUA - acidentes automobilísticos (44%)²³.

Acerca da topografia da lesão, majoritariamente, ocorreram na região torácica T1-T10 e toracolombar T11-L2, corroborando outro estudo com amostra de 23 pessoas escolhidas intencionalmente pela Estratégia Saúde da Família, no qual 30,4% também ocorreram na região toracolombar (T12)¹⁶.

Em relação a dor, a maioria dos indivíduos afirmaram senti-la, corroborando com o resultado do estudo realizado em seis centros de reabilitação da Espanha, no qual a maioria dos sujeitos afirmaram sentir dor neuropática (74%) e dor não neuropática (70%)¹⁹. Vale destacar que o estudo realizado nos EUA que aplicou a OAHMQ, observou que a presença da fadiga e da dor está associada a sintomatologia depressiva²¹. Além do mais, outro estudo realizado no Reino Unido, obteve correlação entre dor e humor, de maneira que, quanto maior o nível algico, pior o estado de humor²⁴.

No tocante à depressão, considerando apenas os níveis de sinais e sintomas depressivos de moderado a grave do PHQ9 (instrumento para avaliação de sinais e sintomas depressivos em pessoas com LM validado internacionalmente)³³, os resultados corroboram com dados da Organização Mundial da Saúde, a qual sugere que 20 – 30% dos indivíduos com LM podem desenvolver sintomatologia clínica depressiva significativa⁵. Outro estudo realizado nos EUA apresentou prevalência de 40% de diagnóstico de, pelo menos, um transtorno mental²⁵.

Por outro lado, um estudo Russo identificou que a maioria (57,5%) dos casos de LM não desenvolveram sinais e sintomas depressivos²⁶. Ainda assim, os dados retro mencionados mostram a importância de fornecer assistência à saúde mental aos pacientes com LM e manter

o acompanhamento dessas pessoas a longo prazo. No Brasil, a melhor estratégia é por meio da interdisciplinaridade no cuidado da atenção primária a saúde, por meio da equipe multiprofissional, sendo o enfermeiro, tradicionalmente, o elo da conexão entre os profissionais.

No concernente à depressão em pessoas com LM também foram identificadas algumas associações em outros estudos. Em Chicago nos EUA, foi verificado que a dor está associada a má qualidade do sono, que por sua vez está associado a diminuição da mobilidade, menor percepção da saúde física e mental, bem como, menor felicidade geral²⁷. Outro estudo realizado em Taiwan, que também utilizou o instrumento PHQ-9, revelou que quanto maior for a intensidade da dor, maior o nível de depressão e menor a percepção de saúde²⁸. Ademais, no Canadá, foi identificado que o grupo com dor e sintomas depressivos foi mais preenchido por pessoas com LM completa⁷.

Esses dados descortinam uma realidade de sofrimento físico e psíquico profundo desse indivíduo, a qual pode repercutir na sua família nuclear, aquela que atua como cuidadora e participa do seu cotidiano. Essa circunstância traz a eminente necessidade de uma ótica holística para essa conjuntura, de modo a contemplar as demandas biopsicossociais desse público, na perspectiva não somente de prevenção de agravos, mas de promoção da saúde e bem-estar²⁹.

No que tange ao nível de dependência funcional, é importante considerar que o grau de dependência funcional desses sujeitos está significativamente correlacionado com a diminuição da qualidade de vida e da percepção de saúde, como também com o aumento da necessidade de tratamento e reabilitação psicológica¹⁶. Entretanto, neste estudo, foi identificado que a maioria consegue desenvolver suas AVD's de maneira independente e aqueles que não conseguem precisam de auxílio de pessoal ou técnico para desenvolver suas AVD's de forma satisfatória, resultando em um efeito contrário ao retro mencionado.

Vale lembrar que a depressão, além de acometer os sujeitos com LM, ainda poderá desenvolver outras complicações físicas, emocionais, psicológicas e fisiológicas para além daquelas que a própria LM pode desencadear. Inclusive, poderá ocasionar resultados negativos na evolução dos pacientes durante a reabilitação, prejudicando o quadro clínico do indivíduo e o objetivo de alcançar o melhor prognóstico possível. Ainda no tocante a prevalência da depressão nessa população, é importante afirmar que os pacientes dependentes de cuidados são os mais acometidos e, na maioria das vezes, possuem lesões mais graves, podendo acometer de 8,8 a 60% dos indivíduos lesionados^{7,30,31,32}.

Nesse contexto, o presente estudo identificou associação entre a dependência para se alimentar, banhar-se e, vestir-se (parte superior e inferior) com os sinais e sintomas depressivos em pessoas com LM. Esse resultado corrobora com um estudo de revisão da literatura, o qual verifica o impacto da depressão e complicações secundárias da LM³⁴, bem como outro estudo que avaliou a depressão em 125 pessoas com LM e aplicou o Inventário de Depressão de Beck, identificando que a maioria das pessoas apresentavam sinais e sintomas depressivos de moderado a grave, entretanto, não foi identificada associação entre o nível, tempo ou tipo de LM com a presença da depressão³⁵.

Diante desses achados, pode-se afirmar que este estudo contribui significativamente para a prática dos profissionais de saúde, principalmente, quanto a triagem de pacientes com maior potencial para desenvolver sinais e sintomas depressivos, facilitando a investigação e a identificação para assistência psicológica daqueles que apresentam dependência para se alimentar, banhar-se e, vestir-se.

Portanto, percebe-se a importância de promover assistência psicológica aos pacientes com LM enfatizando a diminuição da prevalência de sinais e sintomas depressivos nessa população, além de promover uma reabilitação de qualidade a longo prazo para minimizar a dependência funcional para as AVD's supracitadas.

Apesar das limitações quanto ao tamanho da amostra e perdas durante a coleta de dados, o estudo contribui significativamente com a literatura científica a ponto de respaldar cientistas e profissionais da área da saúde quanto aos níveis de sinais e sintomas depressivos em pessoas com LM e os fatores associados com a dependência funcional para tarefas de autocuidado. Sendo assim, uma implicação prática é o desenvolvimento de novos programas ou estratégias de reabilitação, na atenção primária ou nos centros de reabilitação, considerando as associações retro mencionadas para a mudança desse quadro epidemiológico atual, que aponta alta prevalência da sintomatologia depressiva nesses indivíduos.

CONCLUSÃO

A maioria das pessoas com LM são homens jovens, não brancos, com credo religioso, sem companheiro, renda de um salário mínimo, escolaridade reduzida e região torácica afetada de maneira traumática, principalmente por armas de fogo. Ademais, a maioria não é etilista ou tabagista e não pratica atividade física ou fisioterapia - dado preocupante para a comunidade científica que sugere novos estudos de avaliação a assistência fisioterapêutica para essa população, bem como a inacessibilidade aos serviços de saúde; sendo a dor a principal complicação secundária autorreferida.

Conclui-se que as pessoas acometidas por LM apresentam sinais e sintomas depressivos associados a níveis de dependência funcional para tarefas de cuidados pessoais como alimentar-se, banhar-se e, vestir-se. Portanto, é necessário que os profissionais de saúde atentem para melhorar as estratégias de reabilitação de forma que os pacientes sejam capacitados para realizar as AVD's abordadas de acordo com suas limitações, pois essa é uma das formas de prevenção para evitar os sinais e sintomas depressivos nessa população.

Salienta-se, então, a necessidade de cuidados biopsicossociais para essas pessoas de forma que, aspectos físicos, sociais, psicológicos, emocionais e possíveis complicações possam

ser detectadas em tempo de prevenir a depressão ou para que seja realizado o tratamento específico em caso de acometimento, por meio de uma reabilitação com equipe multiprofissional.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção às pessoas com lesão medular. 2º ed. Brasília: **Ministério da Saúde**; 2015.
- 2 Cirino CP, Silva FAR, Sandoval RA. Epidemiological profile of patients with raquimedular trauma attended in the ambulatory of physiotherapy of a reference hospital in Goiânia. **Rev Cien Escol Estad Saud Publ Cândido Santiago-RESAP**, 2018; 4(1): 81-90.
- 3 Baldassin V, Lorenzo C, Shimizu HE. Tecnologia assistiva e qualidade de vida na tetraplegia: abordagem bioética. **Rev. Bioética**, 2018; 26(4): 574-86.
- 4 Ghazwin MY, Tavakoli SAH, Latifi S, Saberi H, Derakhshanrad N, Yekaninejad MS, et al. Psychological defense mechanisms among individuals with SCI with adjustment disorder. **J Spinal Cord Med.**, 2017; 40(5): 538-47.
- 5 World Health Organization – WHO. International Perspectives on Spinal Cord Injury. **The International Spinal Cord Society**, 2013.
- 6 Brasil. Ministério da Saúde. Depressão: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção. **Ministério da Saúde**; 2019.
- 7 Mehta S, Janzen S, McIntyre A, Iruthayarajah J, Loh E, Teasell R. Are Comorbid Pain and Depressive Symptoms Associated with Rehabilitation of Individuals with Spinal Cord Injury? **Top Spinal Cord Inj Rehabil**, 2018; 24(1): 37-43.
- 8 Adewuya AO, Ola BA, Afolabi OO. Validity of the patient health questionnaire (PHQ-9) as a screening tool for depression amongst Nigerian university students. **J Afetar Desordem**, 2006; 96(1-2): 89-93.
- 9 Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Sakamoto H, Pinto PPN, Battistella LR. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiatr**, 2004; 11(2): 72-6.
- 10 Müller R, Landmann G, Béchir M, Hinrichs T, Arnet U, Jordan X, et al. Chronic pain, depression and quality of life in individuals with spinal cord injury: mediating role of participation. **J Rehabil Med**, 2017; 49: 489–496.
- 11 Zbogar D, Eng JJ, Miller WC, Krassioukov AV, Verrier MC. Physical activity outside of structured therapy during inpatient spinal cord injury rehabilitation. **Journal of Neuro Engineering and Rehabilitation**, 2016; 13(1): 99.
- 12 França ISX, Coura AS, França EG, Basílio NNV, Souto RQ. Qualidade de vida de adultos com lesão medular: um estudo com WHOQOL-bref. **Rev Esc Enferm USP**, 2011; 45(6): 1364-71.
- 13 Savic G, Vivo MJ, Frankel HL, Jamous MA, Soni BM, Charlifue S. Long-term survival after traumatic spinal cord injury: a 70-year British study. **Spinal Cord**, 2017; 55(7): 651-58.

- 14 Li K, Yan T, You L, Xie S, Li Y, Tang J, Wang Y, Gao Y. Psychometric properties of the International Classification of Functioning, Disability and Health set for spinal cord injury nursing based on Rasch analysis. **Disability and Rehabilitation**, 2016.
- 15 Etingen B, Miskevics S, Vela SLL. The Relationship Between Pain Interference and Psychosocial Well-Being Among Veterans With Spinal Cord Injuries/Disorders. **Journal of Neuroscience Nursing**, 2018; 50(1): 48-55.
- 16 Maitan P, Frigerio S, Conti A, Clari M, Vellone E, Alvaro R. The effect of the burden of caregiving for people with spinal cord injury (SCI): a cross-sectional study. **Ann Ist Super Sanità**, 2018; 54(3): 185-93.
- 17 Ruiz AGB, Barreto MS, Rodrigues TFCS, Pupulim JSL, Decesaro MN, Marcon SS. Changes on the everyday living of people with spinal cord injury. **Rev Rene**, 2018; 19: e32386.
- 18 Russell HF, Richardson EJ, Bombardier CH, Dixon TM, Huston TA, Rose J, et al. Professional standards of practice for psychologists, social workers, and counselors in SCI rehabilitation. **J Spinal Cord Med.**, 2016; 39(2): 127-45.
- 19 Richardson EJ, Brooks LG, Richards SJ, Bombardier CH, Barber J, Tate D, et al. Changes in pain and quality of life in depressed individuals with spinal cord injury: does type of pain matter? **J Spinal Cord Med.**, 2016; 39(5): 535-43.
- 20 Palhares D, Santos IA, Cunha ACR. Racial quotas in university vis-à-vis the state of exception. **Rev. Latinoam.bioet.** V. 17, n. 1, p. 150-167, 2017.
- 21 Cao Y, Li C, Gregory A, Charlifue S, Krause JS. Depressive symptomatology after spinal cord injury: A multi-center investigation of multiple racial-ethnic groups. **J Spinal Cord Med.**, 2017; 40(1): 85-92.
- 22 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: **Guia AD / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- 23 Lee BA, Leiby BE, Marino RJ. Neurological and functional recovery after thoracic spinal cord injury. **J Spinal Cord Med.**, 2016; 39(1): 67-76.
- 24 Kennedy P, Hasson L. The relationship between pain and mood following spinal cord injury. **J Spinal Cord Med.**, 2017; 40(3): 275-9.
- 25 McDonald SD, Mickens MN, Goldberg-Looney LD, Mutchler BJ, Ellwood MS, Castillo TA. Prevalence of mental disorder in US Veterans Department outpatients with spinal cord injuries. **J Spinal Cord Med.**, 2018; 41(6): 691-702.
- 26 Nesterova IN, Prudnikova OG. Assessment of psychoemotional conditions in patients with consequences of spinal cord injury. **Genij Ortopedii.**, 2017; 23(4): 439-43.
- 27 January AM, Zebracki K, Chlan MK, Vogel LC. Poor sleep in adults with pediatric-onset spinal cord injury: associations with pain, health, and activity. **J Spinal Cord Med**, 2017; 40(5): 560-6.

- 28 Wang J, Chan R, Tsai Y, Huang W, Cheng H, Wu H, et al. The influence of shoulder pain on functional limitation, perceived health, and depressive mood in patients with traumatic paraplegia. **J Spinal Cord Med.**, 2015; 38(5): 587-92.
- 29 Cruz DM, Nascimento LRS, Vieira da Silva DMG, Dornelles Schoeller S. Redes de apoio à pessoa com deficiência física. **Cienc. Enferm.**, 2015; 21(1): 23-33.
- 30 Dipiro ND, Saunders LL, Brotherton S, Kraft S, Krause JS. Pain and fatigue as mediators of the relationship between mobility aid usage and depressive symptomatology in ambulatory individuals with SCI. **Spinal Cord. Author manuscript.** Abril, 2014; 52(4): 316–321.
- 31 Alschuler KN, Jensen MP, Sullivan-Singh SJ, Borson S, Smith AE, Molton IE. The association of age, pain, and fatigue with physical functioning and depressive symptoms in persons with spinal cord injury. **The Journal of Spinal Cord Medicine** 2013 VOL. 36 NO. 5 483-491.
- 32 Barata JCC, Diniz JAR. Associação da depressão com doenças clínicas prevalentes na terceira idade: o papel da assistência de enfermagem. **J Manag Prim Health Care** 2014; 5(2): 230-241
- 33 Placeres AF, Fiorati RC. Assessment instruments and depression rates in people with spinal cord injury: a systematic review. **Rev Esc Enferm USP.** 2018;52: e03388. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017037303388>.
- 34 Krueger H, Noonan V, Williams D et al. A influência da depressão nas complicações físicas na lesão medular: mecanismos comportamentais e implicações nos cuidados de saúde. **Spinal Cord** 51, 260–266 (2013). <https://doi.org/10.1038/sc.2013.3>
- 35 Gandolfo CMI, Cal AJ, Lísian V, Antonia M, Renata B. Avaliação da depressão em pacientes com lesão medular. **Rev. bras. ter. comport. cogn.** 2010, Jun; 12(1-2): 43-59. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452010000100003&lng=pt.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo obteve êxito em todas as suas etapas, conseguindo responder a todos os objetivos retro mencionados e comprovando a hipótese de que pessoas acometidas por LM apresentam sinais e sintomas depressivos associados a níveis de dependência modificada e completa para atividades funcionais, avaliadas por meio da MIF. Ou seja, é relevante mediante os dados epidemiológicos atuais referente a quantidade de pessoas com LM que possuem sinais e sintomas depressivos.

Quanto ao perfil socioeconômico e clínico, a maioria dos participantes eram homens jovens elegíveis a produtividade econômica e social, não brancos, católicos, sem companheiros, não faziam uso de álcool ou tabaco, não praticavam atividade física ou fisioterapia – dado que serve de alerta para a comunidade municipal e sugere novos estudos de avaliação a assistência fisioterapêutica para essa população; recebiam um salário mínimo como renda e possuíam escolaridade reduzida. Além disso, referiam dor e afirmaram que a LM havia sido traumática por ferimentos de projéteis de armas de fogo.

Em relação a capacidade funcional e sintomatologia depressiva, identificou-se associação significativa entre a dependência para se alimentar, banhar-se e, vestir-se - parte inferior e superior; e a presença de sinais e sintomas depressivos. Determinando que as pessoas que são dependentes para realizar essas atividades precisam passar por uma reabilitação mais intensa nesse sentido, pois funcionará como a profilaxia para depressão em casos como esses. Além de ser realizado um trabalho psicológico e social também.

Por isso, é importante que profissionais de saúde e os cientistas da área tomem conhecimento a respeito do conteúdo abordado, que enfatiza a presença de sinais e sintomas depressivos em pessoas com LM, para que possam elucidar novas formas de prevenção, tratamento e reabilitação para esses sujeitos.

Outrossim, há a possibilidade de que novas estratégias em programas de saúde ou nos CER sejam desenvolvidas e aplicadas com afinco, afim de melhorar a QVRS dos indivíduos com LM e reduzir os sinais e sintomas de depressão nessa população, a partir da melhora da capacidade funcional deles, principalmente, em relação às AVD's citadas acima. Para tanto, será emitida uma nota breve para o município a respeito do presente estudo.

Portanto, sugere-se que novos estudos voltados para essa população sejam realizados, objetivando identificar outras variáveis associadas a presença de sinais e sintomas depressivos, bem como avaliar a ausência de fisioterapia e atividade física na vida da maioria desses sujeitos com LM, investigando, inclusive, a inacessibilidade aos serviços de saúde. Pois é preocupante

a situação em que se encontram os sujeitos com LM deste município sem a realização efetiva e contínua de fisioterapia e atividade física para melhora do quadro clínico instalado.

8 REFERÊNCIAS

ADEWUYA AO, OLA BA, AFOLABI OO. Validade do questionário de saúde do paciente (PHQ-9) como uma ferramenta de triagem para depressão entre estudantes universitários nigerianos. **Journal of Affective Disorders**. Volume 96, Issues 1–2 , November 2006 , Pages 89-93.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE COMPLEMENTAR (ANS). **Diretrizes Assistenciais em Saúde Mental na Saúde Suplementar**. 2008.

ALSCHULER KN, JENSEN MP, SULLIVAN-SINGH SJ, BORSON S, SMITH AE, MOLTON IE. The association of age, pain, and fatigue with physical functioning and depressive symptoms in persons with spinal cord injury. **The Journal of Spinal Cord Medicine** 2013 VOL. 36 NO. 5 483-491.

AMERICAN SPINAL INJURY ASSOCIATION (ASIA): **International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury**. Atlanta, GA.

ANDRADE LT, ARAÚJO EG, ANDRADE KRP, SOARES DM, SOARES DM, CIANCA TCM. Papel da enfermagem na reabilitação física. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 63, núm. 6, dez de 2010, pp. 1056-1060.

ANDRADE LT, CIANCA TCM. Validação de intervenções de enfermagem para pacientes com lesão medular e mobilidade física prejudicada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 66, núm. 5, septiembre-octubre, 2013, pp. 688-693.

BALDASSIN V, LORENZO C, SHIMIZU HE. Tecnologia assistiva e qualidade de vida na tetraplegia: abordagem bioética. **Rev. Bioética**, vol.26 no.4. Brasília, Oct./Dec. 2018.

BARATA JCC, DINIZ JAR. Associação da depressão com doenças clínicas prevalentes na terceira idade: o papel da assistência de enfermagem. **J Manag Prim Health Care** 2014; 5(2): 230-241.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CNESNet**. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Consultas. Estabelecimentos. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp>>. Acesso em: 20 de mar de 2019.

CAO Y, LI C, GREGORY A, CHARLIFUE S, KRAUSE JS. Depressive symptomatology after spinal cord injury: A multi-center investigation of multiple racial-ethnic groups. **The Journal of Spinal Cord Medicine** 2017 VOL. 40 NO. 1 85-92.

CELIK EC, ERHAN B, LAKSE E. The clinical characteristics of neuropathic pain in patients with spinal cord injury. **Spinal Cord** (2012) 50, 585–589.

CIRINO CP, SILVA FAR, SANDOVAL RA. Epidemiological profile of patients with raquimedular trauma attended in the ambulatory of physiotherapy of a reference hospital in goiânia. **Rev Cien Escol Estad Saud Publ Cândido Santiago-RESAP**; 4(1): 81-90; 2018.

DIPIRO ND, SAUNDERS LL, BROTHERTON S, KRAFT S, KRAUSE JS. Pain and fatigue as mediators of the relationship between mobility aid usage and depressive symptomatology in ambulatory individuals with SCI. **Spinal Cord. Author manuscript**. 2014 April ; 52(4): 316–321.

FARO ACM. Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, ampliando os horizontes, ampliando os horizontes, legitimando o saber legitimando o saber. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol. 40, núm. 1, 2006, pp. 128-133.

FIELD A. Descobrimos a estatística usando o SPSS. 2º ed. Porto Alegre: **Artmed**, 2009.

FLECK MP, BERLIM MT, LAFER B, SOUGEY EB, PORTO JAD, BRASIL MA, et al. Revisão das diretrizes da **Associação médica brasileira (AMB)** para o tratamento da depressão (versão integral). **Rev. Brasileira de Psiquiatria**, 31 (Supl 1): S7-17. 2009.

GEYH S, NICK E, STIRNIMANN D, EHRAT S, MICHEL F, PETER C, LUDE P. Self-efficacy and self-esteem as predictors of participation in spinal cord injury—an ICF-based study. **Spinal Cord** (2012) 50, 699–706.

GHAZWAN MY, TAVAKOLI,SAH, LATIFI S, SABERI H, DERAKHSHANRAD N, YEKANINEJAD MS, et al. Psychological defense mechanisms among individuals with SCI with adjustment disorder. **The Journal of Spinal Cord Medicine**, VOL. 40 NO. 5. Tehran, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Cidades e estados. Paraíba. Campina Grande. 2020.

JANG JY, LEE SH, KIM MY, RYU JS. Characteristics of Neuropathic Pain in Patients With Spinal Cord Injury. **Ann Rehabil Med** 2014;38(3):327-334.

LEITE VBE, FARO ACM. O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. **Rev Esc Enferm USP** 2005; 39(1):92-6.

MELO-DIAS C, ROSA A, PINTO A. Atividades de ocupação terapêutica – intervenções de enfermagem estruturadas em reabilitação psicossocial. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Nº 11, Pg. 15-23. 2014.

MEHTA S , JANZEN S, MCINTYRE A, IRUTHAYARAJAH J, LOH E, TEASELL R. Are Comorbid Pain and Depressive Symptoms Associated with Rehabilitation of Individuals with Spinal Cord Injury? **Top Spinal Cord Inj Rehabil** 2018;24(1):37-43.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Depressão: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes de atenção às pessoas com lesão medular**. 2º Ed. Brasília – DF, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 466**, de 12 de dez de 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde da Pessoa com Deficiência: diretrizes, políticas e ações. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-da-pessoa-com-deficiencia>. Acesso: jan de 2019.

MÜLLER R, LANDMANN G, BÉCHIR M, HINRICHS T, ARNET U, JORDAN X, BRINKHOF MWG. Chronic pain, depression and quality of life in individuals with spinal cord injury: mediating role of participation. **Journal Rehabilitation Medicine.** 49, pg.: 489–496, Jun 8, 2017.

NEVES MAO, MELLO MP, ANTONIOLI RS, FREITAS MRG. Escalas clínicas e funcionais no gerenciamento de indivíduos com lesões traumáticas da medula espinal. **Rev. Neurocienc,** 15/3: 234 – 239. 2007.

PEREIRA MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

PLAZA VB, PACHECO BM, AGUILAR CM, VALENZUELA JF, PÉREZ JJZ. Lesión de la médula espinal. Actualización bibliográfica: fisiopatología y tratamiento inicial. **Coluna/Columna,** vol.11 no.1. São Paulo, 2012.

RIBERTO M, MIYAZAKI MH, JUCÁ SSH, et al. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. **ACTA FISIATR** 2004; 11(2): 72-76.

RUSSELL HF, RICHARDSON EJ, BOMBARDIER CH, DIXON TM, HUSTON TA, ROSE J, SHEAFFER D, SMITH SA, ULLRICH PM. Professional standards of practice for psychologists, social workers, and counselors in SCI rehabilitation. **The Journal of Spinal Cord Medicine** 2016 VOL. 39 NO. 2 127-145.

SCHOELLER SD, BITENCOURT RN, LEOPARDI MT, PIRES DP, ZANINI MTB. Mudanças na vida das pessoas com lesão medular adquirida. **Rev. Eletr. Enf.** 2012jan/mar;14(1):95-103.

SCRAMIN AP, MACHADO WCA. Cuidar de pessoas com tetraplegia no ambiente domiciliário: intervenções de enfermagem na dependência de longo prazo. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem,** vol. 10, núm. 3, dez, 2006, pp. 501-508.

TAWASHY A, ENG JJ, LIN KH, TANG PF, HUNG C. Physical activity is related to lower levels of pain, fatigue, and depression in individuals with spinal cord injury: A correlational study. **Spinal Cord. Author manuscript.** 2009, abril; 47(4): 301–306.

TELLES-CORREIA D, BARBOSA A. Ansiedade e depressão em medicina: Modelos teóricos e avaliação. **Acta Med Port,** 22: 89-98. 2009.


VIEIRA S. Introdução a Bioestatística. 4º ed. Rio de Janeiro: **Elsevier,** 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. International Perspectives on Spinal Cord Injury. **The International Spinal Cord Society,** 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A

FORMULÁRIO I: PERFIL DEMOGRÁFICO E SOCIOECONÔMICO

| | | |
|---|----------------|--------------------|
|  UEPB UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA | | |
| SINAIS E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM PESSOAS COM LESÃO MEDULAR | | |
| FORMULÁRIO I: PERFIL DEMOGRÁFICO E SOCIOECONÔMICO | | |
| CÓDIGO: _____ | DATA: __/__/__ | RESPONSÁVEL: _____ |
| <p>1. Sexo:</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino -1 <input type="checkbox"/> Feminino -2</p> <p>2. Idade: ____ (anos)</p> <p>3. Religião</p> <p><input type="checkbox"/> Sem credo religioso -1 <input type="checkbox"/> Católico - 2 <input type="checkbox"/> Evangélico -3 <input type="checkbox"/> Kardecista - 4</p> <p><input type="checkbox"/> Umbandista - 5 <input type="checkbox"/> Outras - 6 Qual? _____</p> <p>4. Etnia</p> <p>1 – <input type="checkbox"/> Branco 2 – <input type="checkbox"/> Negro 3- <input type="checkbox"/> Pardo 4 – <input type="checkbox"/> Amarelo 5 – <input type="checkbox"/> Índio 6 – <input type="checkbox"/> Caboclo</p> <p>5. Escolaridade: quantos anos você estudou ao longo de sua vida??</p> <p><input type="checkbox"/> Analfabeto</p> <p><input type="checkbox"/> 3 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 8 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 11 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 16 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 18 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 20 anos</p> <p>6. Nível Socioeconômico (renda per capita):</p> <p><input type="checkbox"/> Sem rendimentos – 1</p> | | |

- Um salário mínimo – 2
 2 salários mínimos – 3
 3 salários mínimos – 4
 Mais de 3 salários mínimos - 5

*Salário mínimo = R\$ 1045,00

7. Estado civil:

- Solteiro - 1 Casado - 2 Viúvo - 3 Divorciado - 4 União

Estável - 5

8. Trabalha?

- Sim Não

Se sim, qual sua ocupação? _____

9. Recebe benefícios do governo?

- Sim Não

Se sim qual? _____

10. Possui plano de saúde privado?

- Sim Não

11. Faz uso do SUS corriqueiramente?

- Sim
 Não
 Às vezes

12. Possui cuidador (a)?

- Sim Não

Se sim, quem é (amigo, parente, contratado, profissional de saúde...)?

13. Consome bebidas etílicas?

- Sim Não Socialmente Raramente

14. Faz uso de tabaco?

- Sim Não Só quando consumo bebidas etílicas

15. Pratica atividades físicas?

- Sim Não

Se sim, quantas vezes por semana? _____

Qual é a atividade? _____

16. Qual a etiologia da sua lesão medular?

- Queda

- Mergulho
- Ferimento por arma de fogo
- Ferimento por arma branca
- Acidente automobilístico
- Acidente de trânsito
- Doenças prévias
- Acidentes desportivos

17. Qual o grau de comprometimento da sua lesão (Resposta será determinada pelo resultado da MIF)?

18. Desenvolveu alguma complicação?

- Bexiga neurogênica
- Uso de sonda (Se sim, qual tipo? _____)
- Lesão por pressão
- Constipação
- Infecção urinária
- Dor crônica

19. Qual a topografia da sua lesão?

- Topografia Cervical inferior (C3-C7)
- Lumbossacral (L3-S1)
- Torácica (T1-T10)
- Transição toracolombar (T11-L2)
- Cervical superior (C1-C2)

20. Sente dor?

- Sim
- Não
- Sempre
- Às vezes

Possui diagnóstico de depressão?

- Não Não sabe Sim. Desde quando? _____

ANEXOS

ANEXO A**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado (a),

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: **SINAIS E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM PESSOAS COM LESÃO MEDULAR**, sob a responsabilidade de: BRUNA LYZ MORAIS CAMINHA e do orientador ALEXSANDRO SILVA COURA, de forma totalmente voluntária.

Antes de decidir sobre sua permissão para a participação na pesquisa, é importante que entenda a finalidade da mesma e como ela se realizará. Portanto, leia atentamente as informações que seguem.

A presente pesquisa é cientificamente relevante, pois será realizada a partir de metodologias científicas com o compromisso de seguir os aspectos éticos da Resolução de nº 466/2012 por ser uma pesquisa que lida com seres humanos. Este estudo irá somar conhecimentos junto à comunidade científica da área de saúde pública e saúde coletiva, além de contribuir com os profissionais da assistência ou das equipes multiprofissionais de saúde que estão diante da população da pesquisa diariamente para agregar mais informações e sugestões para melhorar o plano de tratamento e reabilitação dos sujeitos com lesão medular. Além disso, os resultados podem trazer embasamento científico para o desenvolvimento de novas ações estratégicas nos centros especializados de reabilitação a pessoa com deficiência.

Tem como objetivo principal analisar a ocorrência de sinais e sintomas depressivos e fatores associados em pessoas com lesão medular, tais como: aspectos sociodemográficos, físicos e clínicos, e dependência funcional.

A coleta de dados será realizada em domicílio, por meio da aplicação de formulários e escalas validadas. Esses instrumentos serão responsáveis por captar todas as informações necessárias para responder aos objetivos da pesquisa coerentemente após a análise estatística dos dados. A visita em domicílio só será realizada uma única vez sempre que houver êxito, pois só é necessário um encontro para realização da mesma.

Para realizar essa pesquisa, SINAIS E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM PESSOAS COM LESÃO MEDULAR, apenas com sua autorização realizaremos a coleta dos dados.

Esta pesquisa será desenvolvida nos termos da Resolução de nº 466/2012, respeitando todos os princípios e diretrizes dela. Além disso, **os riscos serão mínimos**, pois se trata de um estudo de observação, onde a pesquisadora entrará em contato com o sujeito da pesquisa uma única vez para aplicar os instrumentos da pesquisa, os quais são: formulário socioeconômico, escala da medida de independência funcional e o questionário da saúde do paciente.

Ou seja, o indivíduo que aceitar participar da pesquisa só irá precisar responder alguns quesitos a respeito de sua saúde física e mental, e a respeito dos aspectos socioeconômicos. Dessa forma, o risco da pesquisa será mínimo, podendo causar algum constrangimento ao paciente devido ao conteúdo das perguntas.

Entretanto, os instrumentos serão aplicados da forma mais delicada e cautelosa possível, para que o participante se sinta à vontade e seguro, fazendo-o compreender que é livre para se retirar da pesquisa a qualquer momento ou não aceitar participar da mesma. Além disso, todos os sujeitos participantes terão seu anonimato seguro, pois será utilizado sistema alfanumérico para que suas identidades jamais sejam reveladas. Vale ressaltar que a pesquisa só será realizada após leitura e assinatura deste TCLE por parte do sujeito de pesquisa.

Quanto aos benefícios, o sujeito será beneficiado a partir da publicação dos resultados, pois a mesma irá esclarecer questões pertinentes e importantes a respeito do quadro clínico dessa população, o que irá dar maior aporte científico aos profissionais que lidam com esse público e, conseqüentemente, eles irão receber tratamento e reabilitação de maior qualidade e propriedade, além de haver a possibilidade de novas estratégias serem criadas nos centros especializados de reabilitação a partir dos achados desta pesquisa.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Contudo, vale ressaltar, que por se tratar de um estudo transversal, não haverá acompanhamento contínuo do sujeito de pesquisa, já que a mesma será realizada em um único encontro, mas durante a coleta de dados, o sujeito será assistido naquilo que for preciso.

O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo. O participante terá assistência e acompanhamento durante o

desenvolvimento da pesquisa de acordo com Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Os dados individuais serão mantidos sob sigilo absoluto e será garantida a privacidade dos participantes, antes, durante e após a finalização do estudo. Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em congressos e publicações científicas, sem qualquer meio de identificação dos participantes, no sentido de contribuir para ampliar o nível de conhecimento a respeito das condições estudadas.

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável. Desta forma, garante-se que todos os encargos financeiros, se houverem, ficarão sob responsabilidade do pesquisador (Res. 466/12 IV 3.g e h).

Será garantido que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

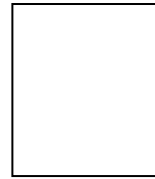
Em caso de dúvidas, você poderá obter maiores informações entrando em contato com BRUNA LYZ MORAIS CAMINHA, através dos telefones (83) 996479818 ou através do e-mail: *bruna.lyz.morais.caminha@hotmail.com*, ou do endereço: Rua Maria Ribeiro Machado, 301, Dinamérica III, Campina Grande – PB, CEP: 58432-355. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB e da CONEP (quando pertinente).

CONSENTIMENTO

Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa **SINAIS E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM PESSOAS COM LESÃO MEDULAR** e ter lido os esclarecimentos prestados no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu _____ autorizo a participação no estudo, como também dou permissão para que os dados obtidos sejam utilizados para os fins estabelecidos, preservando a nossa identidade. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador.

Campina Grande, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante



Bruna Lyz Morais Camina (pesquisadora)

Impressão datiloscópica

ANEXO B

**TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL EM
CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 466/12 DO CNS/MS (TCPR)****Título da Pesquisa: Sinais e sintomas depressivos em pessoas com lesão medular**

Eu, Bruna Lyz Morais Caminha, Aluna do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Universidade Estadual da Paraíba, portadora do RG: 2728405 e CPF: 102.441.174-54, comprometo-me em cumprir integralmente as diretrizes da Resolução N°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Campina Grande, 06 de agosto de 2019.



Bruna Lyz Morais Caminha

ANEXO C



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
CNPJ: 24.513.574/0001-21

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

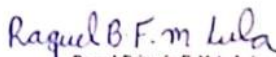
Estamos cientes da realização do projeto intitulado: **Sinais e sintomas depressivos em pessoas com Traumatismo da Medula Espinhal**, desenvolvido por: **Bruna Lyz Moraes Caminha**, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, sob a orientação e responsabilidade do docente: **Professor Doutor: Alexandre Silva Coura**. O projeto será realizado nas **Unidades Básicas de Saúde**.

Destaco que é de responsabilidade dos pesquisadores a realização de todo e qualquer procedimento metodológico, bem como o cumprimento da Resolução 466/12. Após a realização apresentar o resultado final ao local da pesquisa ou a esta diretoria.

Informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Campina Grande – PB, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciada junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP ao serviço que receberá a pesquisa antes do início da mesma, bem como, agendar com antecedência a visita para execução do mesmo.

Campina Grande, 13 de Agosto de 2019.

Atenciosamente,


Raquel Brito de F. Melo Lula
COORDENADORA DE EDUCAÇÃO
NA SAÚDE

Raquel Brito de Figueiredo Melo Lula
(Coordenadora de Educação na Saúde)

Av. Assis Chateaubriand, 1376 – Liberdade – 58.105-420 – Campina Grande-PB.

Telefones: (83) 3315-5126

ANEXO D

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA

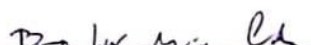
Título da Pesquisa: Sinais e sintomas depressivos em pessoas com lesão medular

Eu, **Alexsandro Silva Coura**, professor do curso de enfermagem e da pós-graduação da Universidade Estadual da Paraíba, portador do RG: 2854641, declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em acompanhar seu desenvolvimento no sentido de que se possam cumprir integralmente as diretrizes da Resolução N°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande, 05/02/2019



Alexsandro Silva Coura (Orientador)



Bruna Lyz Morais Caminha (Orientanda)

ANEXO E

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SINAIS E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM PESSOAS COM LESÃO MEDULAR

Pesquisador: Bruna Lyz Morais Caminha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 19016919.5.0000.5187

Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.569.730

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Projeto de Pesquisa para desenvolvimento da dissertação do PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA intitulado lê-se: SINAIS E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM PESSOAS COM LESÃO MEDULAR.

Objetivo da Pesquisa:

O Objetivo principal do estudo é Lê-se: Analisar a ocorrência de sinais e sintomas depressivos e fatores associados em pessoas com lesão medular.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador apresenta os riscos e benefícios da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa lê-se: SINAIS E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM PESSOAS COM LESÃO MEDULAR, apresenta grande relevância científica e trará subsídios para área de conhecimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador apresenta todos os termos obrigatórios.

Recomendações:

Apresentar os relatórios parcial e final da pesquisa ao CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto é bem escrito, apresenta desenho metodológico coerente aos objetivos propostos. Desta

Endereço: Av. das Baraunas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 3.509.730

forma, Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|--|---|------------------------|--------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1406566.pdf | 05/09/2019 12:15:48 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Processo_submissao_pesquisa.pdf | 05/09/2019 12:13:53 | Bruna Lyz Morais Caminha | Aceito |
| TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | tce_pdf.pdf | 05/09/2019 12:13:04 | Bruna Lyz Morais Caminha | Aceito |
| Outros | TAI_1.pdf | 14/08/2019 13:07:40 | Bruna Lyz Morais Caminha | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | Termo_pesquisador_responsavel.pdf | 07/08/2019 20:46:48 | Bruna Lyz Morais Caminha | Aceito |
| Outros | Declaracao_concordancia.pdf | 07/08/2019 20:45:06 | Bruna Lyz Morais Caminha | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha_de_rosto.pdf | 07/08/2019 20:40:00 | Bruna Lyz Morais Caminha | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 12 de Setembro de 2019

Assinado por:

Dóris Nóbrega de Andrade Laurentino
(Coordenador(a))


Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@uepb.edu.br

Página 02 de 02



Scanned with
CamScanner

ANEXO F

|  UEPB UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA | | | | |
|--|-----------------|----------------|-------------------------------------|---------------------------|
| SINAIS E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM PESSOAS COM LESÃO MEDULAR | | | | |
| PHQ-9 (<i>Patient Health Questionnaire</i>) | | | | |
| Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo? | Nenhu ma vez | Vários dias | Mais da metade dos dias | Quase todos os dias |
| 1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Se sentir “para baixo”, deprimido/a ou sem perspectiva | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Falta de apetite ou comendo demais | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Se sentir mal consigo mesmo/a — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem. Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a | 0 | 1 | 2 | 3 |
| FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____ = Total Score: _____ | | | | |

Se você assinalou qualquer um dos problemas, indique o grau de dificuldade que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?

Nenhuma
dificuldade


Alguma
dificuldade

Muita
dificuldade

Extrema
dificuldade

ANEXO G

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL - MIF

| | | | | | |
|--|---|-----------------------|--|----------------------------|-------------------|
|  UEPB UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA | | | | | |
| SINAIS E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM PESSOAS COM TRAUMATISMOS DA MEDULA ESPINAL | | | | | |
| MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL - MIF | | | | | |
| CÓDIGO: _____ | | DATA: __/__/__ | | RESPONSÁVEL: _____ | |
| N Í V E I S | Independente 7 – Independência completa (Com segurança e tempo normal) 6 – Independência modificada (Ajuda técnica) | | | SEM ASSISTÊNCIA | |
| | Dependência Modificada 5 – Supervisão 4 – Assistência Mínima (Sujeito ≥ 75%) 3 – Assistência Moderada (Sujeito ≥ 50%) Dependência Completa 2 – Assistência Máxima (Sujeito ≥ 25%) 1 – Assistência Total (Sujeito ≥ 10%) | | | COM ASSISTÊNCIA | |
| Avaliação | Atividades | | | 1° Av. | 2° Av. |
| | Autocuidado | Da | | / / | / / |
| A. | Alimentação | | | | |
| B. | Higiene pessoal: apresentação e aparência. | | | | |
| C. | Banho: lavar o corpo | | | | |
| D. | Vestir: metade superior do corpo | | | | |
| E. | Vestir: metade inferior do corpo | | | | |

| | | | | | |
|--|--|----|--|----|----|
| F. | Utilização do vaso sanitário | | | | |
| Controle dos esfíncteres | | | | | |
| G. | Controle da urina: frequência de incontinência | | | | |
| H. | Controle das fezes | | | | |
| Mobilidade | | | | | |
| I. | Transferências: leito, cadeira, cadeira de rodas | | | | |
| J. | Transferências: vaso sanitário | | | | |
| K. | Transferências: banheira ou chuveiro | | | | |
| Locomoção | | | | | |
| L. | Marcha/Cadeira de rodas | M | | M | M |
| | | CR | | CR | CR |
| M. | Escadas | | | | |
| Comunicação | | | | | |
| N. | Compreensão | A | | A | A |
| | | VI | | V | VI |
| | | | | I | |
| O. | Expressão | V | | V | V |
| | | N | | N | NV |
| | | V | | V | |
| Conhecimento Social | | | | | |
| P. | Interação Social | | | | |
| Q. | Resolução de Problemas | | | | |
| R. | Memória | | | | |
| Total | | | | | |
| <p>OBS: Não deixe nenhum item em branco, se não for possível testar marque 1. Medida de Independência Funcional (MIF). (copyright 1987, Fundação Nacional de Pesquisa – Universidade Estadual de New York). Abreviações: M=marcha, CR= cadeira de rodas, A= Auditiva, VI= Visual, V= Verbal e NV= Não Verbal.</p> | | | | | |

ANEXO H

Em consonância com as normas do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, os resultados e discussões da pesquisa foram apresentados em formato de artigo científico submetido em periódico qualificado da área. Segue comprovante de submissão:

Visualização (CSC-2020-1626)

De: danuziacienciasaudecoletiva@gmail.com

Para: bruna.lyz.morais.caminha@hotmail.com, brunacaminna@gmail.com

CC: bruna.lyz.morais.caminha@hotmail.com, brunacaminna@gmail.com, alexcoura_@hotmail.com, inacia.satiro@gmail.com, diego.sdantas@ufpe.br, mayararj83@gmail.com, isabellajsa @ gmail. com

Sujeito: Ciência & Saúde Coletiva - ID do manuscrito CSC-2020-1626

Corpo: 22 de maio de 2020

Prezada Srta. Caminha:

Seu manuscrito intitulado "SINAIS E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM PESSOAS COM LESÃO SINAIS DEPRESSIVOS MEDULARES E SINTOMAS EM PESSOAS COM LESÃO ESPINHAL" foi submetido com sucesso online e está atualmente em plena consideração pela publicação na Ciência & Saúde Coletiva.

O ID do seu manuscrito é CSC-2020-1626.

Mencione o ID do manuscrito acima em todas as correspondências futuras ou ao ligar para o escritório para perguntas. Se houver alguma alteração no seu endereço ou endereço de e-mail, faça login no ScholarOne Manuscripts em <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo> e edite suas informações de usuário conforme apropriado.

Você também pode visualizar o status do seu manuscrito a qualquer momento, verificando o Centro de autores após fazer login em <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>.

Obrigado por enviar seu manuscrito para a Ciência & Saúde Coletiva.

Atenciosamente,
Departamento Editorial da Ciência & Saúde Coletiva

Data enviada: 22 de maio de 2020

MEMORIAL

Bruna Lyz Morais Caminha, concluiu sua graduação em enfermagem na Universidade Estadual da Paraíba, em 2017. Desde o primeiro período do curso, vinculou-se ao Grupo de Estudos e Práticas Epidemiológicas e de Tecnologias em Saúde e Enfermagem – GEPETSE, onde iniciou sua carreira acadêmica. Ainda na graduação, foi integrante do Centro de Informações e Assistência Toxicológica de Campina Grande – CIATOX-CG, onde atuou por um ano e meio como plantonista noturna no Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes – HETDLGF. Após concluir a graduação, submeteu-se ao processo seletivo do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, sendo aprovada no primeiro período letivo de 2018, em nível de mestrado acadêmico, logo após sua formação. Concluindo o mesmo em setembro de 2020, mesmo ano em que se submeterá a processos seletivos para cursar o Doutorado acadêmico e dar continuidade a carreira escolhida.