



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
METRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

MAYARA ARAÚJO ROCHA

**FUNCIONALIDADE FAMILIAR E ESTRATÉGIAS DE
ENFENTRAMENTO EM PESSOAS COM LESÃO
MEDULAR**

**CAMPINA GRANDE/PB
2019**

MAYARA ARAÚJO ROCHA

**FUNCIONALIDADE FAMILIAR E ESTRATÉGIAS DE
ENFRENTAMENTO EM PESSOAS COM LESÃO
MEDULAR**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba, UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, área de concentração Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Silva Coura

**CAMPINA GRANDE/PB
2019**

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.

R672f Rocha, Mayara Araújo.
Funcionalidade familiar e estratégias de enfrentamento em pessoas com lesão medular [manuscrito] / Mayara Araújo Rocha. - 2019.
59 p. : il. colorido.
Digitado.
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2019.
"Orientação : Prof. Dr. Alexsandro Silva Coura, Departamento de Enfermagem - CCBS."
1. Lesão medular. 2. Traumatismos da medula espinhal. 3. Estratégias de enfrentamento. 4. Relações familiares. I. Título
21. ed. CDD 614

FOLHA DE APROVAÇÃO

Mayara Araújo Rocha


FUNCIONALIDADE FAMILIAR E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO EM
PESSOAS COM LESÃO MEDULAR

Orientador: Prof. Dr. Aleksandro Silva Coura

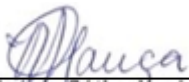
Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba, UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para o título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Aprovado em: 31/05/2019.

Banca Examinadora

Assinatura:  _____ Prof. Dr. Aleksandro Silva Coura
(Orientador)

Instituição: Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Assinatura:  _____ Profa. Dra. Inacia Sátiro Xavier de França
(Membro interno)

Instituição: Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Assinatura:  _____ Profa. Dra. Alessandra Rodrigues Feijão
Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

DEDICATÓRIA

Dedico a Deus, e seu amor por mim!
Jo.3:16

AGRADECIMENTOS

Ao pensar em agradecer, sempre remeto ao que **Cristo** fez por mim, submetendo-se a uma cruz para me salvar, logo, não vejo outro modo de expressar publicamente minha gratidão a Ele por tal momento e realização, sei que sem a sua graciosa vontade não concluiria mais essa etapa.

Agradeço aos meus pais, **Lucicleide Araújo Rocha e Francisco das Chagas Rocha**, minha razão de viver, os quais sempre estiveram me apoiando e me oferecendo todo o suporte para que tal momento chegasse, ainda me lembro da alegria da minha mãe ao saber que havia passado no mestrado, em meio as lágrimas ela me disse: “*eu nunca duvidei que você conseguiria, filha*”. É por vocês que me esforço cada dia da minha vida. Amo vocês!

Ao meu esposo e para sempre noivo, **Alex Bruno F. M. do Nascimento**, por ser o melhor ajudador, companheiro e amigo que eu poderia ter, em você, encontro fortaleza para meus momentos mais difíceis. Obrigada por aguentar minhas reflexões diárias e por me fazer rir de toda e qualquer situação, hoje me torno mestre e você doutor. Que orgulho tenho de nós! Amo você!

Às minhas amigas, que sempre estiveram comigo, não são muitas, mas são as melhores que eu poderia ter. Grata!

Ao **Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/UEPB**, por ter me acolhido e ter plantado a semente da ciência em mim, que cada dia cresce e me faz querer ser melhor.

Ao meu orientador e amigo **Prof. Phd. Alessandro Silva Coura**, por todo o apoio desde a iniciação científica durante a graduação até hoje, em todas as reflexões e cobranças necessárias me fez admirá-lo ainda mais. Minha imensa gratidão!

Ao **Grupo de Estudos e Práticas Epidemiológicas de Tecnologias em Saúde e Enfermagem (GEPETSE)**, pelos cinco anos de apoio e aprendizado. Juntos somos mais fortes!

Por fim, não menos importante, agradeço às minhas origens, no interior da Paraíba, de agricultores honestos e fortes, os quais tenho orgulho de pertencer. De histórias e marcas diferentes, pretendo ser nem que seja 10% do que meu Avô, **Manuel Araújo da Silva**, foi, pois, um lápis e papel na mão, não são diferentes de uma enxada, pois ambos, fazem algo florescer!

ROCHA, M. A. **Funcionalidade Familiar e estratégias de enfrentamento de pessoas com Lesão Medular**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2019.

RESUMO

A lesão medular pode gerar consequências em diversas áreas da vida, sobretudo psicológica e familiar. O uso de estratégias de enfrentamento são também definidas pelo funcionamento familiar de indivíduos com LM. Objetivou-se analisar associações entre a funcionalidade familiar e estratégias de enfrentamento de pessoas com LM. Logo, trata-se de um estudo transversal, descritivo, analítico, com uma abordagem quantitativa, desenvolvido no âmbito de todas as UBS, em Campina Grande/PB, Brasil, no período de fevereiro a abril de 2019. A população do estudo foi composta por pessoas acometidas de LM que estavam adscritas em alguma das 84 UBS do município. Assim, 54 respondentes fizeram parte do estudo por atenderem aos critérios de elegibilidade. Sendo os de inclusão: possuir 18 anos ou mais, apresentar um quadro de LM de maneira completa ou incompleta e estar adscrito em uma Unidade de Saúde da Família. Os critérios de exclusão foram: possuir qualquer outro tipo de deficiência que não seja relacionada a LM, tal como o acometimento de Acidente Vascular Encefálico (AVE) que pode causar alterações motoras semelhantes a indivíduos com LM, como também, possuir alguma condição autorreferida, mental ou física que dificulte a realização da pesquisa. A investigação foi realizada com a aplicação do instrumento sociodemográfico e clínico; da Escala de Modos de Enfrentamento (EMEP) e o *Apgar* de Família. Foram realizadas as análises descritivas e analíticas (regressão logística binária), considerando o resultado do *odds ratio* (OR). O presente estudo obedeceu os preceitos éticos da resolução 466/12. Os principais resultados foram que a amostra estudada é composta por homens (68,5%); acima de 50 anos (33,3%); cor parda (40,1%); de crença predominantemente evangélica (40,7%); com escolaridade a nível de ensino fundamental (51,6%); solteiros (50%); com prole (66,7%); e com renda familiar entre 1-2 salários mínimos (77,8%) paraplégicos (77,8%), com o tempo de lesão entre 2- 15 anos (65%), com o nível de comprometimento neurológico completo (53,7%) e de causa traumática (57,4%). Quanto as estratégias de enfrentamento, as mais utilizadas foram a de religiosidade/pensamento fantasioso (M=4,09) e com foco no problema (M=3,93). A funcionalidade familiar se apresentou boa em 72% dos indivíduos. O modelo logístico demonstrou relações de probabilidade do foco na emoção (OR=0.539) (fator 2) e suporte social (OR=1.997) (fator 4) com a funcionalidade familiar. Logo, quanto maior a utilização de estratégias focadas na emoção menor é a funcionalidade familiar, e quanto maior o uso de estratégias de suporte social maior é as chances de ter uma boa funcionalidade familiar.

Palavras-Chave: Traumatismos de Medula Espinal. Estratégias de Enfrentamento. Relações Familiares.

ABSTRACT

The medullary is aerodynamic in several areas of life, especially psychological and family. The use of coping strategies is also done by the family functioning of individuals with LM. The objective was to analyze between a family perspective and coping strategies of people with LM. Therefore, it is a cross-sectional, descriptive, analytical study with a quantitative quantitative study carried out at the UBS in Campina Grande / PB, Brazil, from February to April 2019. The study population was composed of by persons affected by LM who were enrolled in any of the 84 UBS of the municipality. Thus, 54 respondents were part of the study because they met eligibility standards. If those aged 18 years or older present a complete or incomplete reading MCL, it is presented in a Family Health Unit. Exclusion criteria were: a type of disability that may be related to an LM, such as stroke (stroke). or physics that makes it difficult to perform the research. The research was carried out with a socio-demographic and clinical study instrument; Scale of Coping Modes (EMEP) and the Family Apgar. Descriptive and analytical analyzes (binary logistic regression) were performed, considering the odds ratio (OR). The present study obeyed the ethical precepts of resolution 466/12. The results of the tests were made by sample consisting of men (68.5%); over 50 years (33.3%); rope (40.1%); of judging predominantly evangelical (40.7%); with schooling at elementary level (51.6%); singles (50%); comoprole (66.7%); with time between 2 and 15 years (65%), with a level of complete neurological impairment (53%). , 7%) and of traumatic cause (57.4%). The more coping strategies, the more used were the religiosity / fanciful thinking (M = 4.09) and with no problem focus (M = 3.93). The family functionality performed well in 72% of the subjects. The logistic model demonstrated a relationship of probability of focus to emotion (OR = 0.539) (factor 2) and social support (OR = 1997) (factor 4) with family functionality. Therefore, the greater the use of strategies focused on the lesser emotion is the familiar functionality, and the greater the use of social support strategies the greater the chances of having a good family functionality.

Key Words: Spinal Cord Injuries. Coping Strategies. Family relationships.

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 09 |
| 2 | OBJETIVOS..... | 16 |
| 2.1 | <i>Objetivo Geral</i> | 16 |
| 2.2 | <i>Objetivos Específicos.....</i> | 16 |
| 3 | HIPÓTESES..... | 17 |
| 4 | MÉTODO..... | 18 |
| 4.1 | <i>Tipo de Pesquisa.....</i> | 18 |
| 4.2 | <i>Cenário.....</i> | 19 |
| 4.3 | <i>População e Amostra....</i> | 20 |
| 4.4 | <i>Critérios de Inclusão e Exclusão.....</i> | 20 |
| 4.5 | <i>Instrumentos.....</i> | 21 |
| 4.6 | <i>Processo de Coleta de Dados.....</i> | 22 |
| 4.7 | <i>Processamento de Análise de Dados.....</i> | 22 |
| 4.8 | <i>Aspectos Éticos.....</i> | 24 |
| 5 | RESULTADOS | 25 |
| 5.1 | <i>Artigo 1.....</i> | 25 |
| 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 41 |
| | REFERÊNCIAS | |
| | APÊNDICES | |
| | ANEXOS | |

1 INTRODUÇÃO

1.1 LESÃO MEDULAR COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A medula espinal (ME) é considerada um componente complexo do sistema nervoso central, o mesmo possui ramificações de condução que são capazes de produzir reflexos ou modifica-los para geração de diversos movimentos, como por exemplo, uma simples caminhada (WIRZ; VAN HEDEL, 2018). Logo, se em alguma condição patológica (congenita ou adquirida) ou traumática interferir na integridade da ME, o indivíduo passa a possuir a lesão medular (LM).

A LM se trata de uma afecção que pode repercutir em diversas áreas da vida, incluindo a física, psicológica e social. Em termos conceituais, é denominado LM ou Traumatismo de Lesão Espinhal todo trauma no canal medular, que se subdivide em medula, cone medular e cauda equina, o que pode gerar alterações motoras, de cunho sensorial e autonômico (BRASIL, 2015).

No contexto mundial, acredita-se que a incidência de LM seja de 10 casos novos a cada 100.000 indivíduos (TEPLITSKY; MURPH; SHENOT, 2018). Na China estima-se que a incidência da LM seja de 8,4 a cada 1.000 habitantes, seguido do Brasil, com índices de 50 a cada 1000 habitantes, e Portugal, com 57,8 a cada 1.000 habitantes (MORAIS, et. al., 2013; SILVA, et al, 2012).

Acredita-se que os gastos hospitalares com a LM foram de 61,6 milhões de dólares por ano no Canadá, já nos Estados Unidos, estima-se que os custos chegaram a 9,7 milhões de dólares por ano; na Espanha os custos variaram entre 131 e 302 milhões de dólares americanos a depender da forma de lesão. Assim, fica evidente que tal afecção pode gerar grandes gastos públicos no contexto da saúde (CIHI, 2007; CDC, 2006; GARCÍA-ALTÉS, 2012).

A expectativa de vida de pessoas com LM é amplamente reduzida, tal afirmação é evidenciada por um estudo internacional que demonstrou que alguns fatores podem interferir nesse aspecto. Os fatores relacionados a uma menor sobrevida está na utilização de cadeira de rodas e o uso de cateteres vesicais assim, as pessoas que não precisavam de tais suportes, tinham sua expectativa de vida aumentada em 90%. Tal fato, se deve a propensão a infecções e outras co-morbidades (SHAVELLE, et. al, 2015).

O nível neurológico da lesão pode ser diferenciado de duas formas, a tetraplegia e paraplegia. A tetraplegia é a interrupção ou dano parcial aos componentes medulares cervicais das vértebras C1 à C8, já a paraplegia trata-se de danos aos componentes medulares de

origem torácica (T1-T12), lombar (L1-L5) ou sacral (S1 à S5). Em ambas condições há uma perda da função motora/ sensitiva (KIRSHBLUM et al., 2011).

A LM pode ser decorrente ou não de um trauma. As causas traumáticas podem ser quedas, violência urbana e acidentes de trânsito, já as causas não traumáticas podem ser infecções, tumorações ou até mesmo, má formação congênita (WEIDNER, RUPP, TANSEY, 2017). Na América do Norte as lesões traumáticas decorrentes de acidentes de trânsito corresponderam a 39 casos/1.000.000 de habitantes; na Europa Ocidental, 15 casos/1.000.000 de habitantes e na Austrália, 16 casos/1.000.000 de habitantes. Quando comparadas as causas primárias de LM traumática no Sul da Ásia e Oceania, observa-se que a incidência de quedas de telhados ou árvores são mais evidentes. Já os traumatismos medulares decorrentes de armas de fogo também são de destaque, visto que os índices apontam que a América do Norte corresponde a 15% dos traumas, a Europa Ocidental 6% e a Austrália 2% (CRIPPS, et. al., 2011).

No Brasil, as lesões medulares traumáticas correspondem de 6 a 8 mil casos a cada ano, acometendo, na maioria dos casos indivíduos do sexo masculino com faixa etária de 10 a 30 anos. Porém, não se sabe a existência de casos com exatidão devido à subnotificação (CAMPOS et. al., 2008). Uma pesquisa realizada por Bellucci et. al (2015) em uma clínica de reabilitação brasileira, concluiu que houve um aumento significativo na idade dos pacientes sendo de 26 anos em 2003 para 37.9 anos em 2009. Quanto a principal causa da LM traumática os resultados demonstraram uma redução dos ferimentos por arma de fogo de 40.6% em 2003, para 16.9% em 2009.

As principais manifestações da LM são por meio da paralisia ou paresia dos membros, bem como alterações na musculatura, sendo a diminuição do tônus muscular mais aparente; bem como a perda da sensibilidade, tanto ao estímulo tátil, quanto de dor, sob pressão, vibratória ou proprioceptiva. Além dessas manifestações, o indivíduo com LM também pode apresentar: modificação dos reflexos (profundos e superficiais), disfunção esfinteriana e sexual, entre outras alterações (BRASIL, 2015).

Tais injúrias podem deixar sequelas importantes, o que prejudica a capacidade funcional do indivíduo na realização de algumas atividades diárias. Um estudo cujo objetivo foi averiguar o grau de incapacidade funcional de adultos com LM, demonstrou que as principais atividades cotidianas que os indivíduos apresentaram dificuldade de realizar, foram: deambular, em 82,7% dos casos e subir e descer escadas em 92,2% dos indivíduos. Já o grau

de independência que os mesmos possuíam eram no ato de comer (93,3%) e arrumar-se (88%) (COURA, et. al., 2012).

Nesse contexto, a capacidade de autocuidado também é comprometida devido as imposições que a incapacidade funcional gera. De acordo com a teoria do autocuidado, a prática de atividades que suprem as necessidades de manutenção de vida, bem-estar e saúde que são executadas pelo indivíduo é denominado autocuidado (LEOPARD, 2007). Nessa perspectiva, um estudo desenvolvido em Natal/RN, Brasil, demonstrou que os principais aspectos afetados são: tempo para cuidar de si em 63% dos indivíduos, realizar exercícios e descanso, em 50,7%, e a capacidade de recorrer aos amigos, em 38,4% (COURA, et al, 2013)

Outrossim, a qualidade de vida das pessoas que são acometidas por LM é afetada, tornando-se insatisfatória, e significativamente menor que as pessoas em geral, devido a limitações físicas (TRGOVCEVIC, et. al. 2014). Um estudo desenvolvido no Brasil, demonstrou que os principais domínios afetados são o físico e ambiental, compilando: lazer, vida sexual, aproveitamento de vida e etc (FRANÇA et. al., 2013).

1.2 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E FUNCIONALIDADE FAMILIAR NO CONTEXTO DA LESÃO MEDULAR

A LM configura-se como uma situação estressante, que por sua vez compreende um aglomerado de sintomas de cunho físico e psicológico (CAVALCANTE; SILVA; MENDONÇA, 2013). As principais decorrências de uma situação estressante abarcam: a escassez de socialização com outras pessoas, redução do ânimo e a maneira como o indivíduo consegue suportar diversas situações, incluindo o enfrentamento do processo mórbido (de adoecimento) (SIMÕES, BIANCHI, 2016).

Acredita-se ainda na existência de uma transição relacionada ao adoecimento de pessoas com LM, sendo de um contexto biológico para um contexto psicossocial. Na década de 1970 as principais causas de mortalidade em indivíduos com LM era de complicações advindas do sistema urinário, já na década de 1980 ocorreu uma diminuição da mortalidade por tais causas, e um aumento significativo de mortes por suicídio (CAVALCANTE, et. al., 2016).

Outrossim, muitas vezes é necessário que o indivíduo com LM se aproprie da sua condição e organize um plano de luto o que o capacita como instrumento de validação de sua própria vida, sendo ele, agente do seu próprio desenvolvimento. Vê-se então, a imposição de

atuação psicológica na reabilitação, para o resgate de potencial tal como a autonomia e autoestima (VASCO; FRANCO, 2017).

Assim, no contexto do luto, é fundamental que o próprio sujeito consiga recursos para enfrentar os problemas, ou seja, se utilize de estratégias de enfrentamento (CEREZETTI, et. al. 2012). As estratégias de enfrentamento se configuram como esforços de origem cognitiva e de cunho comportamental, que visa superar demandas internas e externas que surgem com uma situação estressora (CEREZETTI et. al. 2012). Acredita-se que há uma efetividade no enfrentamento em questão, quando mesmo na presença do problema o indivíduo consegue reduzir o estresse gerado, obtendo assim, um bem-estar psicológico ou um melhor manejo da condição que lhe é posta (SYNDER, 1999).

Quanto às estratégias de enfrentamento, há dois focos principais: um centrado na emoção (distração, aceitação, reavaliação positiva, evitação, distanciamento, negação e ajuda social); e outro no problema (ações voltadas para a causa do estresse em si). Assim, a primeira estratégia busca controlar respostas de cunho emocional, como o processo de ansiedade e até mesmo a tristeza. A segunda estratégia busca recursos quando se acredita que se pode mudar uma dada situação (FOLKMAN, 2011).

Em um estudo brasileiro realizado por Vera e Araújo (2011) a prevalência de estratégias de enfrentamento utilizadas demonstrou que os indivíduos com LM optaram pela estratégia focalizada no problema, o que por sua vez, abarca ações que modifiquem o contexto em que o mesmo vive, de forma física ou de rotinas de autocuidado. Já outro estudo realizado em Brasília (Brasil), junto às pessoas com LM, demonstrou que 86,67% da amostra também utilizou estratégias focadas no problema (LEITE, 2016). Em uma outra pesquisa com indivíduos com LM, internacional, demonstrou que utilizam estratégias voltadas para emoção apresentam desapego e uso de substâncias químicas, já quando utilizam estratégias com o foco no problema, apresentam maior ansiedade e depressão em 12% e 34% dos casos, respectivamente (KENEDDY; EVANS; SANDHU, 2009).

Nessa perspectiva, há possibilidade de classificar as estratégias de enfrentamento de acordo com sua natureza em: físico (caminhar, nadar, uso de técnicas de relaxamento), psicointelectual (meditação, confecção de trabalhos artesanais, fantasias, reavaliação cognitiva); social (frequentar um clube, atividades de recreação em grupos, conversar com amigos); e espiritual (participar de atividades religiosas, ler livros religiosos, conversar com padres, pastores, rezar) (FYRAM, 1995).

Logo, acredita-se que existam formas particulares no uso de estratégias de enfrentamento pelos indivíduos com LM para administrar as situações de estresse. Essas diferenças individuais são baseadas na descrição de características sociodemográficas, tal como o nível de instrução ou situação ocupacional que por sua vez possuem um desempenho importante em todo procedimento (TEIXERA, et. al., 2014).

Um estudo bibliográfico realizado por Murta e Guimarães (2007) demonstrou que o enfrentamento bem realizado junto a LM está mais conexo a características ambientais e psicossociais do que a físicas. Algumas condições estão intrínsecas ao ajustamento do indivíduo com LM, tais como: a acessibilidade, educação, transporte, trabalho, suporte social e espaço físico. Portanto, os acometimentos físicos juntamente com as limitações se não são um problema a princípio, podem se tornar a partir do momento que o meio social e ambiental não obtiverem recursos suficientes para realização do enfrentamento de forma efetiva.

Não obstante, a redução da capacidade funcional do indivíduo acometido por LM também repercute no seio familiar, que muitas vezes é necessária uma reformulação para lidar com a situação incapacitante. Assim, acredita-se que toda a família pode sofrer consequências, porém, em muitas situações apenas uma pessoa assume a responsabilidade de cuidador, sendo o mesmo afetado negativamente em diversas áreas (PRUDENTE; RIBEIRO; PORTO, 2017).

O ponto central de apoio para o indivíduo com LM é a família, tal estrutura influencia de sobremaneira no processo de reabilitação. Quando se fala em adaptação da pessoa com LM, não se fala apenas da pessoa em si, mas também dos membros da família, ou seja, o processo de adaptação se dá em conjunto. A família muda totalmente o seu contexto, sejam hábitos, estilos de vida e de funcionalidade familiar (SILVA et. al., 2011).

Entende-se por funcionalidade familiar a forma como os seus componentes trabalham as funções de maneira que gere harmonia, levando em consideração o contexto do meio social. Ora, quando se classifica o sistema familiar em funcional ou disfuncional, tal conclusão se trata de como se dão as relações e as formas de adaptação frente a uma necessidade de reformulação familiar, como por exemplo, a ocorrência da LM (PAIVA, et. al, 2014). O sistema pode ser caracterizado como funcional quando há um equilíbrio emocional, gerando assim, uma harmonia e integridade familiar, bem como a autonomia particular. Já no sistema denominado disfuncional, não existe harmonia e cooperação entre os componentes da família (SANTOS et. al, 2012).

Vale ressaltar que uma família que utiliza a superproteção pode afetar negativamente o processo de reabilitação do indivíduo. Um forte indicador de superproteção é a realização de atividades no lugar da pessoa com LM, o que muitas vezes leva a uma infantilização do mesmo. Outro forte problema é a dificuldade de aceitação e conhecimento acerca da LM, visto que muitas vezes pode resultar em desestruturação familiar ou até mesmo, uma disfunção familiar. (HENRIQUES, 2004; GAZZOLA; BOFI; CARVALHO 2007).

Em um estudo brasileiro realizado por Trierveiler et. al. (2015) cujo objetivo geral foi identificar a funcionalidade, coesão, flexibilidade e adaptabilidade familiar de pessoas com LM apresentaram boa funcionalidade familiar (61,4%), com 16,1% com disfunção de forma severa e 22,5% apresentou de forma leve. Porém, ainda que em sua maioria os resultados demonstrassem uma boa funcionalidade familiar, o estudo também chegou à percepção de que há uma insatisfação em relação ao seio familiar, o que se sugere um declínio na comunicação entre os pares. Em outro estudo também brasileiro, de cunho quanti-qualitativo, com uma amostra de 32 famílias com algum indivíduo com LM, demonstrou uma boa coesão familiar pós-lesão medular (VENTURINI; DECESARO; MARCON, 2007).

Acredita-se que quanto maior o suporte social disponível, sobretudo de apoio familiar, o indivíduo apresenta melhor ajuste emocional, compilando assim, um melhor uso das estratégias de enfrentamento diante da situação em que se está inserido, e por sua vez, um melhor prognóstico emocional (SCELZA, 2007). Nesse sentido, em um estudo desenvolvido no Irã, revelou que a maior percepção de apoio social, com uma subseção familiar, associou-se a menores índices de depressão em pessoas com LM (KHAZAEIPOUR, et. al., 2017).

Nessa perspectiva, faz-se necessário uma investigação a fundo da funcionalidade familiar, visto que uma boa relação familiar e a maneira de lidar com a LM incapacitante, são imprescindíveis para um bom plano terapêutico no contexto da reabilitação e com fortes ferramentas para melhoria da qualidade de vida desses indivíduos, sobretudo na Estratégia de Saúde da Família (ESF) visto que é a porta de entrada do sistema de saúde (TRIERVEILER, et al., 2015).

Nesse sentido, a ESF faz-se essencial no cuidado holístico a pessoa com LM. Para que tal cuidado realmente aconteça, faz-se necessário que exista uma cumplicidade entre os profissionais de saúde e as famílias, enfatizando a cooperação, confiança e comunicação. Com uma abordagem centrada na família, os profissionais que atuam na ESF podem identificar necessidades, ansiedades e sofrimentos que outrora eram ignorados (SILVA, SILVA, BOUSSO, 2011).

Logo, é essencial que os profissionais atuantes nos serviços de saúde compreendam que as relações familiares dos usuários/clientes com LM, podem influenciar no desenvolvimento da reabilitação e até o próprio enfrentamento do processo mórbido. Fundamentado nesse princípio é que os mesmos podem realizar atividades ou ações de acordo com cada contexto/ realidade, com o intuito de introduzir a família na prestação de cuidados (TESTON, SILVA, MARCON, 2017).

Por fim, a importância de tal temática está em lacunas na literatura, sobretudo atualmente, visto que não há muitos estudos que envolvem a Lesão Medular, a funcionalidade familiar e as estratégias de enfrentamento, o que por sua vez gera incompletude na assistência a essa população. Como também, no contexto da Atenção Primária a Saúde, na ESF servindo como embasamento teórico para ações de promoção da saúde, bem como prevenções de complicações secundárias resultantes da LM. Assim, acredita-se que o estudo contribua para melhoria na condição de vida desses indivíduos, relacionados a aspectos psicológicos e sociais, realizando avaliações do enfrentamento e da funcionalidade familiar. Também, se espera que daqui, surjam hipóteses para a realização de novas pesquisas envolvendo tais aspectos mencionados.

Logo, a questão norteadora do presente estudo trata-se: “Quais as principais estratégias de enfrentamento e a funcionalidade familiar de adultos com LM?”.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar a funcionalidade familiar e as estratégias de enfrentamento em pessoas com lesão medular.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever as características sociodemográficas e clínicas de pessoas com lesão medular.
- Retratar a funcionalidade familiar de pessoas com lesão medular.
- Descrever as estratégias de enfrentamento utilizadas por pessoas com lesão medular.
- Verificar associações entre as estratégias de enfrentamento e a funcionalidade familiar em pessoas com lesão medular.

3 HIPÓTESES

- Há utilização de estratégias de enfrentamento de pessoas com LM focadas no problema (1).
- Pessoas com LM possuem boa funcionalidade familiar (2).
- Existem associações entre a funcionalidade familiar e as estratégias de enfrentamento de pessoas com LM (3).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de Pesquisa

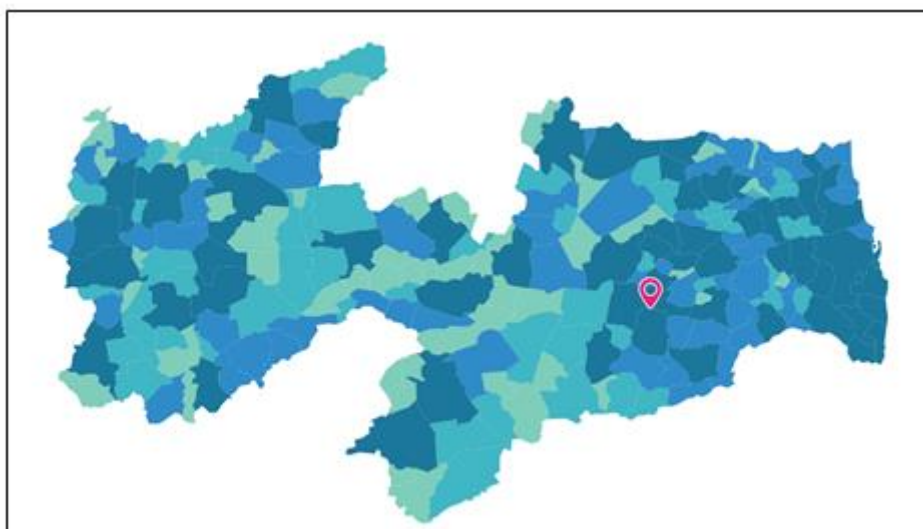
Trata-se de um estudo de corte transversal, descritivo, analítico, com uma abordagem quantitativa. Os estudos transversais constituem-se como uma maneira de descrição em massa da situação em saúde, dessa forma, auxiliando na compreensão de risco nas coletividades e na programação de ações no âmbito da saúde (BASTOS; DUQUIA, 2007).

4.2 Cenário

O presente estudo foi realizado no âmbito de todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Campina Grande-PB, Brasil, por meio de visita domiciliar nas residências de pessoas com LM que estivessem adscritos na unidade de referência.

O município de Campina Grande está localizado na região agreste do estado da Paraíba, possuindo uma área territorial de 593.026 km², e população estimada de aproximadamente 410.000 habitantes. (IBGE, 2018). O mesmo ainda possui 49 bairros oficiais (Figura 2), como também limites geográficos dos municípios de Puxinanã e Lagoa Seca (à Norte), Queimadas e Fagundes (ao Sul), Ingá e Massaranduba (à Leste) e Boa Vista (à Oeste).

Figura 1: Localização de Campina Grande/ PB, 2019.



Fonte: IBGE, 2019.

Figura 2: Distribuição geográfica de Campina Grande, PB.

Fonte: Prefeitura de Campina Grande, PB, 2019.

A cidade possui oitenta e quatro (84) UBS no total, as mesmas são distribuídas em dez (10) distritos sanitários, sendo os distritos VII e VIII localizados em outros municípios distritais de São José da Mata e Galante.

Quadro 1. Quantitativo de Unidades Básicas de Saúde por distrito no município e distribuição nos bairros de Campina Grande/PB, 2019.

| Distrito Sanitário | UBS (n) | Localização por Bairros |
|--------------------|---------|--|
| I | 11 UBS | Centro, José Pinheiro, Monte Castelo, Nova Brasília, Glória e Alto Branco. |
| II | 8 UBS | Bela Vista, Pedregal, Bodocongó, Centenário, Multirão e Sítio São Januário** |
| III | 12 UBS | Palmeira, Jeremias, Monte Santo, Conceição, |

| | | |
|-------|--------|--|
| | | Jardim Continental, Cuités, Nações, Araxá e Alto Branco. |
| IV | 8 UBS | Catolé, Estação Velha, Santa Terezinha, Tambor, Vila Cabral. |
| V | 9 UBS | Cidades, Catingueira, Catolé de zé Ferreira, Três Irmãs, Ligeiro e Velame. |
| VI | 10 UBS | Malvinas, Rocha, Cavalcanti, Três irmãs, Catolé de Boa Vista**, Sítio Paus Brancos** |
| VII* | 5 UBS | São José da Mata |
| VIII* | 4 UBS | Galante |
| IX | 9 UBS | Liberdade, Presidente Médice, Santa Cruz, Cruzeiro, Ressureição, Jardim Paulistano, Rosa Cruz. |
| X | 8 UBS | Ramadinha, Bodocongó, Malvinas, Santa Rosa |

Fonte: Secretaria municipal de saúde de Campina Grande/PB, 2019.

*Distritos localizados em outros municípios distritais a Campina Grande.

**Bairros localizados na zona rural.

4.3 População e Amostra

O procedimento de amostragem adotado foi do tipo censitária, por não conhecer a prevalência da LM na região. Então, foi realizado uma busca ativa em todas as UBS do município de Campina Grande e distritos.

4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão dos sujeitos da presente pesquisa, foram: possuir 18 anos ou mais, apresentar um quadro de LM de maneira completa ou incompleta e estar adscrito em uma Unidade de Saúde da Família.

Os critérios de exclusão foram: possuir qualquer outro tipo de deficiência que não seja relacionada a LM, tal como o acometimento de Acidente Vascular Encefálico (AVE) que pode causar alterações motoras semelhantes a indivíduos com LM, como também, possuir alguma condição autorreferida, mental ou física que dificulte a realização da pesquisa.

4.5 Instrumentos

Os dados foram coletados no período de fevereiro a abril de 2019, por meio de uma entrevista, com a utilização de três instrumentos, sendo: Instrumento I, o perfil sociodemográfico (APÊNDICE A), do tipo *check list*, Instrumento II (ANEXO A), denominado Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) e o Instrumento III (ANEXO B), o *Apgar* de Família.

O instrumento I foi destinado à investigação de variáveis sociodemográficas e clínicas, tais como o sexo, idade, estado civil, escolaridade, religião, etc.

O instrumento II, denominado Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP), validado (SEIDL; TROCOLLI; ZANNON; 2001) trata-se de um questionário do tipo escala *Likert*, composto por 45 itens relacionando algumas atitudes e pensamentos (estratégias) frente a um evento estressor, que na presente pesquisa é a LM. A EMEP realiza a identificação de quatro principais estratégias de enfrentamento, sendo: estratégias de enfrentamento focadas no problema/emoção; práticas religiosas/ pensamentos fantasiosos e a busca de suporte social. Logo, orientado a divisão das estratégias de enfrentamento em quatro principais fatores, sendo:

Fator 1. Enfrentamento **focalizado no problema**, composto por 18 itens (1, 3, 10, 14, 15, 16, 17, 19, 24, 28, 30, 32, 33, 36, 39, 40, 42, 45);

Fator 2. Enfrentamento **focalizado na emoção**, composto por 15 itens (Questões 2, 5, 11, 12, 13, 18, 20, 22, 23, 25, 29, 34, 35, 37, 38);

Fator 3. Busca de **práticas religiosas/pensamento fantasioso**, 7 itens (6, 8, 21, 26, 27, 41, 44);

Fator 4. Busca de **suporte social**, 5 itens (4, 7, 9, 31, 43).

O instrumento III, intitulado Funcionalidade Familiar: *APGAR* de Família, validado (DUARTE, 2001) e tem por objetivo verificar uma possível disfunção familiar, avaliando o funcionamento familiar ao questionar a cerca da percepção do indivíduo sobre sua família. O termo *APGAR* retrata um acrógrafo na língua inglesa que traduz alguns domínios, tais como no Quadro 2.

Quadro 2. Acrógrafos em língua inglesa.

| | |
|---|---|
| A (<i>adaptation</i> = adaptação) | Compila os recursos oferecidos por familiares quando há a necessidade de assistência. |
| P (<i>partnership</i> = companheirismo) | Abrange a reciprocidade nas comunicações do meio familiar. |
| G (<i>growth</i> = desenvolvimento) | Disposição familiar para mudanças e desenvolvimento emocional. |
| A (<i>affection</i> = afetividade) | Abrange as interações de valor emocional, bem |

| | |
|---|--|
| | como de intimidade entre familiares. |
| R (<i>resolve</i> =capacidade resolutive) | Relacionado as resoluções como unidade familiar. |

Fonte: DUARTE, 2001.

A soma dos scores pode demonstrar: **1.Elevada Disfunção Familiar**, com escore final de 1 a 8; **2. Moderada Disfunção Familiar**, com escore final de 9 a 12 e **3. Boa Funcionalidade Familiar**, com escore final de 13 a 20.

4.6 Processo de Coleta de Dados

Em primazia, foi realizada uma visita as UBS para formação de vínculo e exposição do que se tratava a pesquisa, tais informações eram repassadas a enfermeira(o) responsável pela unidade, nesse momento foi fornecido os documentos de aprovação da Secretaria Municipal de Campina Grande (ANEXO C) e a aprovação do comitê de ética e pesquisa (ANEXO D), assim, com a afirmativa do profissional para realização da pesquisa na unidade, em seguida foi realizado uma reunião com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para aproximação dos sujeitos, visto que os mesmos possuem uma relação de proximidade com os usuários da unidade, assim, os identificando. Foram realizadas duas visitas, a primeira para formação de vínculo, explicação acerca da pesquisa e seus aspectos éticos. A segunda visita destinada a aplicação dos instrumentos (I, II e III).

4.7 Processamento e análise de dados

Os dados coletados foram implantados em um banco de dados eletrônico e analisados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 e o STATA versão 14.0 (para análise de regressão) para Windows e apresentados por meio de gráficos e tabelas. A análise se deu de duas formas: descritiva e analítica.

4.7.1 Análise descritiva

A descrição das variáveis sociodemográficas e clínicas se deu por meio da apresentação da frequências absolutas (n) e relativas (%), as variáveis que compuseram o instrumento I foram: **sexo** (qualitativa-nominal), **idade** (quantitativa-discreta), **raça** (qualitativa-nominal), **crença** (qualitativa-nominal), **escolaridade** (qualitativa-ordinal), **estado civil** (qualitativa-nominal), **prole** (qualitativa-nominal), **renda familiar** (quantitativa-contínua), **tempo de lesão** (quantitativa-discreta) e o **tipo de plegia, tipo de lesão e causa** (qualitativas-nominais).

Para as 45 variáveis que compuseram o instrumento II, denominadas **estratégias de enfrentamento**, para análise descritiva, foram calculadas as frequências relativas (%) da utilização dos fatores em que as estratégias foram agrupadas, bem como, o desvio padrão (DP) e a moda.

As variáveis do instrumento III, da **funcionalidade familiar**, foram apresentadas por meio da elaboração de um gráfico do tipo radar (Figura 1), em que demonstrou-se a frequência absoluta (n) e a classificação da amostra quanto ao funcionamento familiar.

Por fim, foi realizado o teste de confiabilidade *Alfa de Cronbach*, que verifica a consistência interna do instrumento diante da aplicação na amostra estudada, para interpretação se adotou o parâmetro de alfa $> 0,8$ para uma boa confiabilidade.

4.7.2 Análise analítica

Para processamento analítico, foi utilizada a regressão logística binária, que consiste em uma regressão múltipla que relaciona uma variável categórica dicotômica, que na presente pesquisa foi a Funcionalidade Familiar, e variáveis contínuas ou categóricas (variáveis independentes dispostas no Quadro 2). Assim, tal técnica analisa a probabilidade do evento ocorrer por meio dos coeficientes de cada variável independente.

Logo, a regressão logística binária foi executada pelo método da máxima verossimilhança, pois segundo Fávero (2015) é o método indicado quando a variável dependente não apresenta média e variância, merecendo assim, uma técnica que pondere os termos de erro. Ou seja, como a variável dependente é qualitativa, não faz sentido discutir percentual de variância, e nem tampouco um R^2 como nas regressões múltiplas lineares.

Para tanto, após a execução do modelo com todas as variáveis fora executada a técnica de *stepwise*, “em que é definido o nível de significância do teste $|z|$ de Wald a partir do qual as variáveis explicativas serão excluídas do modelo final” (FÁVERO, 2015, p.146). Tal técnica foi escolhida para comparar o modelo inicial (com todas as variáveis) e o modelo final após executar o *stepwise*.

Em seguida, foi realizado o teste da qualidade de ajuste do modelo final. Para isso, foi executado o teste de *Hosmer Lemeshow*, o qual divide o rol de dados em 10 grupos formados por decis de probabilidades estimadas e as quantidades observadas e esperadas de observações por grupo. Ao fim, espera-se que, a 8 graus de liberdade, não se rejeite a hipótese nula de que as frequências esperadas e observadas sejam iguais, ao nível de 5% de significância (Fávero, 2015). Ou seja, espera-se que o modelo final obtenha no teste de Hosmer-Lemeshow um $\text{Prob}>\chi^2 (X^2) > 0.05$.

Nesse sentido, há o cálculo da razão de chance (*odds ratio*), sendo esse, a razão entre as chances de um determinado evento ocorrer. No que concerne a interpretação, as chances são transformadas em razão de chance, sendo a comparação da probabilidade de sucesso com a probabilidade de fracassos.

Para efeito de interpretação, também foi verificado o *p-valor*, sendo significativo a $p > 0,05$ (5%).

Quadro 3. Classificação das variáveis analisadas no modelo estatístico de regressão logística. Campina Grande/PB, 2019.

| VARIÁVEIS INDEPENDENTES | VARIÁVEL DEPENDENTE |
|--|---|
| Estratégias de enfrentamento (fator 1, fator2, fator 3 e fator 4) | Funcionalidade Familiar (Boa funcionalidade familiar=1; Disfuncionalidade familiar=0) |
| Tempo de Lesão* (Tempo, em anos, que o indivíduo possui a Lesão Medular) | |
| Prole* (Se o indivíduo possui filhos: Sim=1 ou Não=0) | |
| Religião* (Religião a qual o indivíduo afirma seguir. Relig1=sem Credo; Relig2=Católico; Relig3=Evangélico) | |

*variáveis de controle

4.8 Aspectos Éticos

A presente pesquisa é respaldada por meio de um pesquisador responsável (APÊNDICE C), em concordância do orientador (APÊNDICE D). Sendo assim, a mesma foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CEP/UEPB), e só com o parecer de aprovação (nº: 3.225.266), é que as coletas foram iniciadas. Os sujeitos da pesquisa foram esclarecidos quanto às condições éticas, bem como o sigilo e a privacidade e o direito de recusar-se a continuar em qualquer instante do procedimento de coleta, conforme preconiza a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Ao assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) é que estavam aptos a participarem da pesquisa. Aos sujeitos que por alguma razão não conseguiram assinar o termo, foi coletado a impressão datiloscópica do entrevistado.

5 RESULTADOS

ARTIGO I

FUNCIONALIDADE FAMILIAR E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO EM PESSOAS COM LESÃO MEDULAR

Mayara Araújo Rocha¹
Alexsandro Silva Coura¹

RESUMO

Objetivo: objetivou-se analisar associações entre a funcionalidade familiar e estratégias de enfrentamento de pessoas com LM. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo, analítico, com uma abordagem quantitativa, desenvolvido no âmbito de todas as UBS, em Campina Grande/PB no período de fevereiro a abril de 2019. A população do estudo foi composta por pessoas acometidas de LM que estavam adscritas em alguma das 84 UBS do município. Logo, 54 respondentes fizeram parte do estudo por atenderem aos critérios de elegibilidade. A investigação foi realizada com a aplicação do instrumento sociodemográfico e clínico; da Escala de Modos de Enfrentamento (EMEP) e o *Apgar* de Família. Foi realizado a regressão logística para estimar o *odds ratio* (OR), considerando o $p > 0,05$. **Resultados:** Os principais resultados foram que a amostra estudada é composta por homens (68,5%); acima de 50 anos (33,3%); cor parda (40,1%); de crença predominantemente evangélica (40,7%); com escolaridade a nível de ensino fundamental (51,6%); solteiros (50%); com prole (66,7%); e com renda familiar entre 1-2 salários mínimos (77,8%) paraplégicos (77,8%), com o tempo de lesão entre 2- 15 anos (65%), com o nível de comprometimento neurológico completo (53,7%) e de causa traumática (57,4%). Quanto as estratégias de enfrentamento, as mais utilizadas foram a de religiosidade/pensamento fantasioso ($M=4,09$) e com foco no problema ($M=3,93$). A funcionalidade familiar se apresentou boa em 72% dos indivíduos. O modelo logístico demonstrou relações de probabilidade do foco na emoção ($OR=0.539$) (fator 2) e suporte social ($OR=1.997$) (fator 4) com a funcionalidade familiar. **Conclusão:** Quanto maior a utilização de estratégias focadas na emoção menor é a funcionalidade familiar, e quanto maior o uso de estratégias de suporte social maior é as chances de ter uma boa funcionalidade familiar.

Descritores: Relações Familiares, Adaptação Psicológica, Traumatismos da Medula Espinal, Pessoas com Deficiência.

ABSTRACT

Objective: the objective was to analyze associations between family functionality and coping strategies for people with LM. **Method:** This is a cross-sectional, descriptive, analytical study with a quantitative approach developed in the framework of all UBS in Campina Grande / PB

¹ Universidade Estadual da Paraíba/UEPB, Mestrado em Saúde Pública.

from February to April 2019. The study population consisted of people of LM who were enrolled in any of the 84 UBS of the municipality. Therefore, 54 respondents were part of the study because they met the eligibility criteria. The research was carried out with the application of the sociodemographic and clinical instrument; the Scale of Conflict Modes (EMEP) and the Family Apgar. Logistic regression was performed to estimate the odds ratio (OR), considering $p > 0.05$. **Results:** The main results were that the sample studied was composed of men (68.5%); over 50 years (33.3%); brown color (40.1%); of predominantly evangelical belief (40.7%); with schooling at elementary level (51.6%); singles (50%); with offspring (66.7%); (77.8%), with an injury time between 2- 15 years (65%), with the level of complete neurological impairment (53.7% %) and of traumatic cause (57.4%). Regarding coping strategies, the most used were religiosity / fanciful thinking ($M = 4.09$) and focusing on the problem ($M = 3.93$). The family functionality performed well in 72% of the subjects. The logistic model demonstrated a relationship of probability of focus to emotion ($OR = 0.539$) (factor 2) and social support ($OR = 1997$) (factor 4) with family functionality. **Conclusion:** The greater the use of strategies focused on the lesser emotion is the familiar functionality, and the greater the use of social support strategies the greater the chances of having a good family functionality.

Mesh Terms: Family Relations, Adaptation Psychological, Spinal Cord Injuries.

INTRODUÇÃO

A Lesão Medular (LM) trata-se de uma condição que causa morte neural, inflamação e formação de cicatriz na medula, resultando em uma interrupção da função nervosa⁽¹⁾. Tal afecção está associada a diversas consequências de cunho econômico, social e psicológico⁽²⁾.

Acredita-se que a incidência da LM é de aproximadamente 10 casos por 100.000 pessoas no mundo, o que resulta em um quantitativo superior a 700.000 novos casos diagnosticados por ano. Quanto a prevalência, não se sabe ao certo devido à falta de notificação dessa condição^(2,3). No Brasil, estima-se que a incidência seja de 16 a 26 casos novos por milhão de pessoas⁽⁴⁾.

Diante de todos os empassos vividos pós-lesão, é normal que se desencadeie um processo de ajuste psicológico que pode durar toda a vida. Acredita-se que o comprometimento da capacidade do indivíduo realizar algumas atividades, torna a LM um fator estressante, sendo fundamental o uso de estratégias de enfrentamento com a finalidade de diminuir o estresse e causar bem-estar psicológico⁽⁵⁾.

As estratégias de enfrentamento (*coping*) são esforços de cunho cognitivo e comportamental para lidar com o evento/causa estressora⁽⁶⁾. As estratégias podem se apresentar em quatro principais formas: com foco no problema, com foco na emoção, pensamento fantasioso/ religioso e suporte social. As estratégias com foco no problema,

procuram afetar diretamente o agente causador do estresse. Já a com foco na emoção, trata-se de estratégias utilizadas para lidar com a emoção causada pelo estresse^(6,7).

Nesse contexto, é fundamental um bom funcionamento familiar, pois, aspectos como a adaptação, compartilhamento decisório e o tempo em que se passa junto aos familiares são fundamentais para o enfrentamento das condições que a LM impõe⁽⁸⁾. Em outras palavras, quanto maior o suporte familiar que o indivíduo com LM possui, melhor será o ajuste emocional e o uso das estratégias de enfrentamento⁽⁹⁾.

Nesse sentido, a figura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é de grande importância, pois a definição de família e como a mesma funciona, remete a uma melhor compreensão das práticas que devem rodear neste contexto. Logo, com aproximação dos profissionais da ESF podem ser percebidas condições como sofrimentos, processos de ansiedade até mesmo de um mal enfrentamento de alguma condição, que outrora não foram observados⁽¹⁰⁾.

A investigação da funcionalidade familiar e estratégias de enfrentamento, são imprescindíveis para uma melhor assistência a essa população, bem como a completude de ações que também envolvam não só o indivíduo afetado, mas também a sua família. Assim, acredita-se que tais aspectos contribuirão para uma melhor condição de vida, que envolvem um bem-estar psicológico e familiar.

Diante da justificativa, o presente estudo se objetivou analisar associações entre a funcionalidade familiar e estratégias de enfrentamento de pessoas com LM. A principal questão que emerge do estudo é: *“Qual a influência da funcionalidade familiar frente ao uso das estratégias de enfrentamento de adultos com LM?”*.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de corte transversal, descritivo, analítico, com uma abordagem quantitativa, desenvolvido no âmbito de todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Campina Grande, Paraíba, Brasil, no período de fevereiro a abril de 2019.

A população do estudo foi composta por pessoas acometidas de LM que estavam adscritas em alguma das 84 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município. Sendo assim, não foi realizado o cálculo amostral, fazendo uso do censo populacional. Portanto, 54 respondentes fizeram parte do estudo por atenderem aos critérios de elegibilidade pré-estabelecidos. Nesse sentido, os critérios de inclusão para amostra foram: possuir 18 anos ou

mais, e apresentar um quadro de LM (completa ou incompleta). Já os critérios excludentes foram: possuir alguma *plegia* que não seja decorrente da LM, bem como, possuir alguma condição autorreferida de cunho mental ou físico que comprometesse a realização da pesquisa.

A aproximação e identificação dos sujeitos se deram por meio da visita domiciliar juntamente ao Agente Comunitário de Saúde (ACS) que por conhecerem os indivíduos que seriam o foco da pesquisa, levaram os pesquisadores junto aos domicílios tal processo foi feito em dois momentos, o primeiro momento se deu através da formação de vínculo e explicação do que se tratava a pesquisa e caso o indivíduo elegível concordasse em participar, fora agendado um segundo momento que seria a aplicação dos instrumentos (I,II e III).

O instrumento I foi destinado a investigação de variáveis sociodemográficas, instrumento II foi o denominado Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP), validado¹¹, trata-se de um questionário do tipo *Likert*, composto por 45 itens relacionando algumas atitudes e pensamentos (estratégias) frente a um evento estressor, que na presente pesquisa é a LM. A EMEP realiza a identificação de quatro principais estratégias de enfrentamento ou fatores, sendo: estratégias de enfrentamento focadas no problema (Fator1); focadas na emoção (Fator2); práticas religiosas/ pensamentos fantasiosos (Fator3) e a busca de suporte social (Fator4). O instrumento III, foi o instrumento destinado a investigar a Funcionalidade Familiar: *APGAR* de Família, validado¹², que tem por objetivo avaliar o funcionamento familiar ao questionar acerca da percepção do indivíduo sobre sua família. O escore global pode demonstrar Elevada Disfunção Familiar, (1 a 8 pontos); Moderada Disfunção Familiar (9 a 12 pontos) e Boa Funcionalidade Familiar, (13 a 20 pontos).

Os dados coletados foram armazenados e analisados no programa SPSS versão 20.0, os quais foram realizadas as análises descritivas e o STATA 14.0 para estatísticas analíticas. Após a análise descritiva, foi realizado o teste de confiabilidade *Alfa de Cronbach*, que verifica a consistência interna do instrumento diante da aplicação na amostra estudada, para interpretação adotou o parâmetro de alfa $> 0,8$ para uma boa confiabilidade. Para processamento analítico, foi utilizada a regressão logística binária, que consiste em uma regressão múltipla que relaciona uma variável categórica dicotômica, que na presente pesquisa foi a Funcionalidade Familiar (boa funcionalidade=1, disfuncional=0), e variáveis contínuas ou categóricas, sendo relacionadas as que correspondem aos fatores das estratégias de enfrentamento (Fator1, Fator2, Fator3 e Fator4), para efeito de melhor ajuste do modelo foi realizado a *clusterização* utilizando a causa de lesão (traumática=1, e não traumática=0), as

variáveis de controle foram escolhidas por teoricamente afetarem o algum dos aspectos estudados. Logo, tal técnica analisa a probabilidade do evento ocorrer, por meio dos coeficientes de cada variável independente, sendo as medidas de *odds ratio* (OR) e p -valor < 0,5. Foi realizado o procedimento de *stepwise* para definição do modelos finais, como também, o teste de ajuste de *Hosmer-Lemeshow* sendo acima de 0,05.

Foram respeitados todos os preceitos éticos conforme preconiza a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

A Tabela 1 compila os aspectos principais do perfil sociodemográfico e clínico de pessoas com LM, os achados demonstram a predominância de: homens; acima de 50 anos (M=43,9 anos); cor parda; de crença predominantemente evangélica; com escolaridade a nível de ensino fundamental; solteiros; com prole; e com renda familiar entre 1-2 salários mínimos. Quanto ao perfil clínico, é evidenciado que em sua maioria são paraplégicos, com o tempo de lesão entre 2- 15 anos (M= 12,74 anos), com o nível de comprometimento neurológico completo e de causa traumática.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico e clínico de pessoas com LM. Campina Grande, PB, 2019. (n=54)

| Variável | N | % |
|---------------------|----|------|
| Sexo | | |
| <i>Masculino</i> | 37 | 68,5 |
| <i>Feminino</i> | 17 | 31,5 |
| Idade | | |
| 18-30 | 11 | 20,4 |
| 31-40 | 14 | 25,9 |
| 41-50 | 11 | 20,4 |
| >50 | 18 | 33,3 |
| Raça | | |
| <i>Parda</i> | 26 | 48,1 |
| <i>Branca</i> | 20 | 37,1 |
| <i>Preta</i> | 8 | 14,8 |
| Crença | | |
| <i>Evangélico</i> | 22 | 40,7 |
| <i>Católico</i> | 19 | 35,2 |
| <i>Sem credo</i> | 13 | 24,1 |
| Escolaridade | | |
| Sem escolaridade | 3 | 5,6 |
| Alfabetizado | 3 | 5,6 |
| Ensino Fundamental | 28 | 51,6 |
| Ensino Médio | 12 | 22,3 |
| Ensino Superior | 8 | 14,9 |
| Estado Civil | | |
| <i>Solteiro</i> | 27 | 50,0 |

| | | |
|------------------------------|----|------|
| <i>Casado</i> | 19 | 35,2 |
| <i>Viúvo</i> | 2 | 3,7 |
| <i>Divorciado</i> | 4 | 7,4 |
| <i>União Estável</i> | 2 | 3,7 |
| Prole | | |
| <i>Com Filhos</i> | 36 | 66,7 |
| <i>Sem Filhos</i> | 18 | 33,3 |
| Renda Familiar** | | |
| 1-2 salários mínimos | 42 | 77,8 |
| >2 salários mínimos | 12 | 22,2 |
| Tempo de Lesão (anos) | | |
| <2 | 4 | 7,0 |
| 2-15 | 35 | 65,0 |
| 15- 48 | 15 | 28,0 |
| Tipo de Plegia | | |
| <i>Tetraplegia</i> | 12 | 22,2 |
| <i>Paraplegia</i> | 42 | 77,8 |
| Tipo de Lesão | | |
| <i>Completa</i> | 29 | 53,7 |
| <i>Incompleta</i> | 25 | 46,3 |
| Causa da Lesão | | |
| <i>Traumática</i> | 31 | 57,4 |
| <i>Não-traumática</i> | 23 | 42,6 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Quanto as principais estratégias de enfrentamento utilizadas por pessoas com LM, a Tabela 2 demonstra a prevalência do uso da religiosidade/pensamento fantasioso ($m=4,09$; $\text{moda}=5$) seguido da focalizado na resolução de problemas ($M=3,98$; $\text{moda}=5$) como fatores principais.

Tabela 2. Medidas de tendência central e dispersão das estratégias de enfrentamento de pessoas com LM. Campina Grande, PB, 2019.

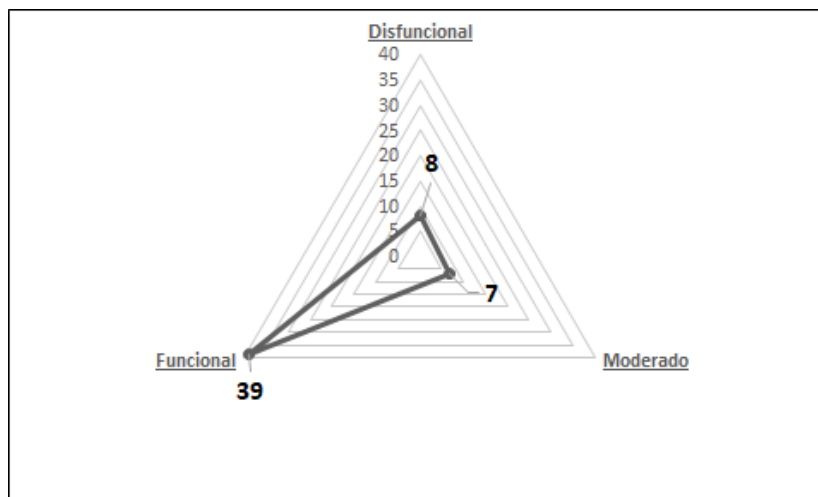
| Estratégias de Enfrentamento (Fatores) | Média | DP* | Moda |
|---|--------------|------------|-------------|
| Focalizado no problema | 3,98 | 1,688 | 5 |
| Focalizado na emoção | 1,33 | 1,082 | 1 |
| Religiosidade/pensamento fantasioso | 4,09 | 1,581 | 5 |
| Suporte social | 2,96 | 1,812 | 1 |

*DP=desvio padrão

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Conforme apresentado na Figura 1, é possível identificar que os respondentes da pesquisa afirmam que suas famílias possuem boa funcionalidade familiar ($n=39$) e de moderado/disfuncional ($n=15$), ou seja, possui alguma disfunção.

Figura 1. Radar da funcionalidade familiar (*Apgar de Família*) de pessoas com LM. Campina Grande, PB, 2019.



Fonte: o autor, 2019.

No que diz respeito a consistência interna dos instrumentos aplicados, o Apgar de Família e a EMEP foram analisados através do *alfa de Cronbach*, conforme demonstrado na Tabela 4. Logo, verificou-se uma boa confiabilidade de acordo com o alfa total dos instrumentos 0,869 e 0,853, respectivamente.

Tabela 4. Alfa de Cronbach total das escalas *Apgar* de Família e EMEP para teste de confiabilidade das escalas, Campina Grande, PB, 2019.

| Escala | Itens (n) | Alfa de Cronbach Total |
|-------------------------|-----------|------------------------|
| <i>Apgar</i> de Família | 5 | 0,869 |
| EMEP | 45 | 0,853 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A relação entre a funcionalidade familiar e estratégias de enfrentamento e aspectos clínicos são expostos através da Tabela 5 com o método de análise de regressão logística. O modelo 1 (mais completo) apresentou significância entre todos os fatores e variáveis de controle, exceto o fator3 e o estado civil divorciado. No fator 1, focado no problema (OR= 0.651/ IC=0.490 - 0.865), apresentou relação com a Funcionalidade Familiar, assim, a utilização de tal estratégia reduz as chances de possuir uma boa funcionalidade familiar.

Ainda no modelo 1, no que concerne ao fator 2, focado na emoção (OR= 0.539/ IC=0.319 - 0.910), a relação demonstrou que quanto maior a utilização de tais estratégias, menores as chances de possuir uma boa funcionalidade familiar. Já o fator 4, de suporte social (OR=1.997/ IC=1.467 - 2.720) a regressão demonstrou que quanto mais se utiliza tal estratégia, aumenta em aproximadamente duas vezes as chances de possuir uma boa funcionalidade familiar.

Tratando-se das principais variáveis de controle, observou-se que ser católico (Relig2) (OR=21,10; IC=1.710 - 260.4) aumenta as chances em 21 vezes de possuir uma boa funcionalidade familiar, se sobrepondo a não possuir religião ou ser evangélico. Quanto ao estado civil, observa-se que ser solteiro (OR=111,1) aumenta a probabilidade de ter boa funcionalidade em 100 vezes comparado aos outros estados civis. E por fim, acredita-se que possuir filhos (OR=2.552) aumenta a probabilidade de ter uma boa funcionalidade familiar.

No modelo 2 e 3 foram suprimidas as variáveis “Solteiro” e “Casado” (respectivamente) por apresentarem *Odds Ratio* muito diferente das demais variáveis. Após o procedimento de *stepwise*, tais modelos suprimiram as variáveis Fator1 (modelo 2 e 3) e Fator4 (modelo2). Portanto, as variáveis “solteiro” e “casado”, apesar de gerar um resultado bem diferente, são importantes para contribuir na explicação do modelo.

Além disso, o pseudo R2 do modelo 1 (*pseudo R2*= 0,34) foi maior do que o modelo 2 (*pseudo R2*= 0,17) e 3 (*pseudo R2*=0,16). Sendo assim, o modelo1 considerado o mais ajustado e com melhor poder de explicação.

Tabela 5. Modelos de regressão logística ajustado entre a funcionalidade familiar e fatores das estratégias de enfrentamento e variáveis de controle. Campina Grande, PB, 2019.

| Variáveis | (1) Funcionalidade Familiar | (2) Funcionalidade Familiar | (3) Funcionalidade Familiar |
|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Fator1 | 0.651*** | | |
| P-value | 0.003 | | |
| Intervalo de Confiança(95%) | (0.490 - 0.865) | | |
| Fator 2 | 0.539** | 0.658*** | 0.657*** |
| P-value | 0.021 | 0.000 | 0.000 |
| Intervalo de Confiança(95%) | (0.319 - 0.910) | (0.532 - 0.813) | (0.530 - 0.815) |
| Fator4 | 1.997*** | | 1.297*** |
| P-value | 0.000 | | 0.002 |
| Intervalo de Confiança(95%) | (1.467 - 2.720) | | (1.104 - 1.523) |
| Tempo de lesão | 0.932*** | 0.952*** | 0.966*** |
| P-value | 0.002 | 0.007 | 0.000 |
| Intervalo de Confiança(95%) | (0.892 - 0.975) | (0.919 - 0.986) | (0.954 - 0.978) |
| Católico | 21.10** | | |
| P-value | 0.017 | | |
| Intervalo de Confiança(95%) | (1.710 - 260.4) | | |
| Evangélico | 2.391** | | |
| P-value | 0.036 | | |

| | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|-----------------|------------------|------------------|
| | Intervalo de Confiança(95%) | (1.061 - 5.390) | | |
| Solteiro | | 111.1*** | | |
| | P-value | 0.000 | | |
| | Intervalo de Confiança(95%) | (37.31 - 330.5) | | |
| Casado | | 13.67*** | | |
| | P-value | 0.000 | | |
| | Intervalo de Confiança(95%) | (11.08 - 16.85) | | |
| Divorciado | | | 0.141** | 0.126*** |
| | P-value | | 0.049 | 0.000 |
| | Intervalo de Confiança(95%) | | (0.0200 - 0.994) | (0.0495 - 0.322) |
| Qtd_filhos | | 2.552* | 1.698*** | 1.580** |
| | P-value | 0.054 | 0.001 | 0.016 |
| | Intervalo de Confiança(95%) | (0.983 - 6.631) | (1.227 - 2.352) | (1.089 - 2.291) |
| Constante | | 2.197*** | 60.72*** | 37.44** |
| | P-value | 0.000 | 0.000 | 0.040 |
| | Intervalo de Confiança(95%) | (1.836 - 2.630) | (15.88 - 232.1) | (1.185 - 1,183) |
| Hosmer-Lemeshow chi2(8) (10group) | | 3.39 | 8.65 | 15.76 |
| | Prob > chi2 | 0.9079 | 0.3724 | 0.0459 |
| Pseudo-R2 | | 0,343 | 0,176 | 0,164 |
| Observations | | 54 | 54 | 54 |

Robust cieform in parentheses

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

DISCUSSÃO

A população demonstrou ser (Tabela 1) do sexo masculino e de escolaridade fundamental em sua predominância, de semelhante modo, um estudo internacional, cujo objetivo central fora descrever a epidemiologia dos pacientes com LM em tratamento, apresentou que mais de 80% dos indivíduos também se tratavam de homens. Tal ocorrência se explica pelo fato de que estão mais susceptíveis a sofrerem lesões traumáticas (armas de fogo acidentes de trabalho e automobilísticos)¹³.

No que concerne ao nível de escolaridade, acredita-se que muitos por possuírem debilidade física, o que pode causar exposição social, não tenham concluído os estudos pós-lesão, por isso, a predominância do ensino fundamental¹³.

Quanto a faixa etária, sendo maior que 50 anos, um estudo brasileiro desenvolvido com homens pescadores com LM, apresentou resultado semelhante, com uma média de 50,2 anos¹⁴. O que contrapõe a maioria dos estudos na área, que destacam a prevalência de LM em adultos jovens^{13,15,16}. Tal discrepância explica-se pela diferença de recrutamento amostral, em

que os estudos tratam a LM decorrente apenas de causas traumáticas, e que são mais prevalentes na faixa etária adulto-jovem e já o presente estudo se tratou de causas traumáticas e não traumáticas¹⁵.

No que concerne as características clínicas relacionadas a LM, os indivíduos da presente pesquisa apresentaram, paraplegia, decorrente de trauma, com uma diferença pouco significativa relacionadas ao tipo de comprometimento da lesão, completa (53,7%) ou incompleta (42,3%). Nesse sentido, dois estudos^{17,18} desenvolvidos na Suécia e China, demonstraram as mesmas condições clínicas, sendo paraplegia, em 76% e 61% dos casos respectivamente, de origem traumática e de forma completa /incompleta, nessas ultimas não havendo diferenças significantes, tal como no presente estudo. Nesse sentido, as causas traumáticas merecem atenção, pois evidencia-se que a maioria dos casos contribuem para ocorrência de complicações associadas na fase aguda e crônica¹⁹.

Tratando-se das estratégias de enfrentamento, em sua maioria o grupo de estratégias focadas no problema e na religiosidade/pensamento fantasioso, foram as mais utilizadas. Quanto a prevalência de estratégias de enfoque no problema corroboram outro estudo desenvolvido na Colômbia com a mesma população²⁰. Assim, as estratégias focadas no problema sugerem forças para enfrentar a causa estressora, que no presente caso é a LM, estando assim, associadas a menor taxa de depressão e maior ajuste social^{21,22}.

A utilização das estratégias de enfrentamento de cunho religioso/fantasioso estão obviamente relacionadas a possuir alguma crença. Nesse sentido, acredita-se que a espiritualidade interfira positivamente em aspectos físicos e mentais, sobretudo em pessoas com condições crônicas, tal como a LM, o que resulta em um melhor enfrentamento da situação que lhe é imposta, melhorando aspectos da Qualidade de Vida (QV) e reduzindo a ocorrência de depressão e ansiedade, tal como conclui um estudo desenvolvido no Irã acerca do enfrentamento religioso²³.

Nessa perspectiva é imprescindível que o profissional de saúde esteja atento a aspectos que rodeiam a espiritualidade, visto que os achados da literatura associam a um menor sofrimento psíquico dessa população, incluindo assim, características espirituais no plano terapêutico no contexto de reabilitação, sendo de acordo com a crença de cada indivíduo²⁵.

Outrossim, no que concerne o funcionamento familiar, foi considerado bom em 72,2% das famílias, o que corrobora um estudo brasileiro cujo objetivo principal fora identificar a coesão, adaptação, flexibilidade e funcionalidade familiar de pessoas com LM, que demonstrou que em 61,4% dos eventos, apresentaram boa funcionalidade familiar. Porém,

ainda é existente um baixo quantitativo de disfunção familiar, seja ela moderada ou grave, que merece destaque, pois acredita-se que a construção familiar ajudará o indivíduo a passar por diversos obstáculos no processo de adaptação, visto que tal momento dar-se em conjunto^{24,9}.

Logo, quanto a atuação dos profissionais de saúde, é imprescindível que os mesmos atentem para a funcionalidade familiar durante o processo de reabilitação, visto que o indivíduo passa a necessitar de total apoio familiar, sobretudo no cuidado e suporte no enfrentamento a condição. Nesse contexto, ao vivenciar mudanças de padrões na rotina familiar, os familiares/cuidadores identificam barreiras de adaptação e que também necessitam de atenção por parte dos profissionais, visto que a qualidade de vida dessas pessoas também pode ser afetada negativamente, devido à sobrecarga que os mesmos enfrentam pós-LM²⁶.

Quanto aos dados inferenciais, a regressão logística proposta demonstrou que a utilização dos fatores de enfoque no problema, reduzem as chances de ter uma boa funcionalidade familiar. Nesse sentido, o enfoque no problema, está relacionado a esforços para solucionar o fator que lhe causa estresse, a presença da condição crônica no interior familiar pode interferir na estrutura da mesma, tal adaptação, que funciona em conjunto. Nesse contexto, o indivíduo pode parecer decisivo em mudar a situação, mas, em algumas vezes com uma família disfuncional. Um estudo brasileiro realizado com a funcionalidade familiar em pessoas com LM, demonstrou que apesar da boa funcionalidade, foi evidenciado uma insatisfação com a família, sobretudo na comunicação entre pares⁹.

Quanto a literatura, o resultado aqui apresentado não corrobora nenhum estudo, mas, de método semelhante um construto junto a pacientes com incapacidade demonstrou que a maioria da amostra obteve boa funcionalidade (93,2%), e essas pessoas utilizaram estratégias com foque no estresse (problema), o que contrapõe o resultado aqui apresentado²⁷. Tal contraposição pode estar relacionado com o tipo de método e abordagem, que optou-se no presente estudo.

Quanto ao fator 2 com enfoque na emoção, acredita-se que a utilização de tais estratégias diminuam as chances de possuir uma boa funcionalidade familiar. O enfoque na emoção é inteiramente preenchido com uma elevada carga emocional, o que muitas vezes podem gerar mecanismos de distanciamento, bem como expressão de sentimentos profundos de culpa e de culpar os outros, o que pode gerar conflitos familiares, e desconstrução da boa funcionalidade^{28,11}.

Já o fator 4, de suporte social demonstrou que quanto mais se utiliza tal estratégia, aumenta em aproximadamente duas vezes as chances de possuir uma boa funcionalidade familiar. Nesse sentido, a busca por suporte social, seja ele de amigos ou familiares, são estratégias que buscam aproximar os que estão ao redor para um melhor enfrentamento do problema. Um estudo brasileiro sobre a rede de apoio de pessoas com LM, identificou que o principal apoio vem da família, sendo ela responsável pelo cuidado e preparação para uma melhor adaptação psicológica do indivíduo^{29,27}.

Por tudo, acredita-se que a utilização de estratégias de enfrentamento em busca de suporte social sejam fundamentais no funcionamento familiar desses indivíduos e *virse-versa*, o que remete a utilização de mecanismos que envolvam os familiares em processo de reabilitação no contexto psicológico.

CONCLUSÃO

A população estudada é composta por homens; acima de 50 anos; cor parda; de crença predominantemente evangélica; com escolaridade a nível de ensino fundamental; solteiros; com prole; e com renda familiar entre 1-2 salários mínimos, paraplégicos, com o tempo de lesão entre 2- 15 anos, com o nível de comprometimento neurológico completo e de causa traumática.

Quanto aos achados inferenciais, o modelo logístico demonstrou relações de probabilidade entre o foco no problema (fator 1), foco na emoção (fator 2) e suporte social (fator 3), sendo a última, relacionada positivamente.

Nesse contexto, a utilização de estratégias com foco na emoção e problema reduzem as chances de possuir uma boa funcionalidade familiar; e quanto maior a utilização de busca de suporte social, maiores duas vezes as chances de possuir uma boa funcionalidade familiar. Tais relações também podem emergir novas hipóteses que respaldem outras pesquisas na área, sobretudo de cunho qualitativo.

Nesse contexto, a família é imprescindível para uma melhor utilização das estratégias de enfrentamento, tal afirmação está nas relações inferenciais supracitadas. Logo, é dever do profissional de saúde, incluir tais aspectos trabalhados na presente pesquisa, visto que fazem parte do processo de reabilitação e recuperação desses indivíduos.

No âmbito da Saúde Pública, a abordagem de tal temática contribuirá na discussão científica no contexto de saúde desses indivíduos, visto que os aspectos sociais e psicológicos podem se constituir como fatores de risco para o desenvolvimento de agravos a saúde.

REFERÊNCIAS

1. He Z, Zang H, Zhu L, Huang K, Yit, Zang S, Cheng S. An anti-inflammatory peptide and brain-derived neurotrophic factor-modified hyaluronan-methylcellulose hydrogel promotes nerve regeneration in rats with spinal cord injury. *Int J nanomedicine*. [Internet] 2019. Jan. [Acesso 01 de maio de 2019] 18(14).
2. Teplisky S, Murphy A, Shenot PJ. Knowledge gaps in urologic care of female spinal cord injury patients. *Curr urol rep*. [Internet] 2019. mar. [Acesso 01 de maio de 2019] 20(5).
3. Kumar R, Lim J, Mekary Ra, Rattani A, Dewan Mc, Sharif Sy, et al. Traumatic Spinal Injury: Global Epidemiology And Worldwide Volume. *World neurosurg*. [Internet] 2018. [Acesso 29 de Março de 2019] 113.
4. Ahuja, C S, Martin, A R. Fehlings, M. Recent Advances In Managing A Spinal Cord Injurysecondary To Trauma. *F1000res*. 2016. Maio [Acesso em 29 de Março de 2019]1017.
5. Cavalcante E S, Pessoa J J M, Freire I L S, Faro A C Mi e, Torres G V, Miranda F A N. Spinal cord injury due to diving accidents and stress among artisanal fishers. *Texto contexto - enferm*. [Internet]. 2017 [Acesso em 29 de Março de 2019]; 26(2).
6. Garrido S. The influence of personality and coping style on the affective outcomes of nostalgia: Is nostalgia a healthy coping mechanism or rumination? *Personality and Individual Differences*. [Internet] 2018 [Acesso em 29 de março de 2019]; 120, 259-264.
7. Noda T, Takahashi Y, Murai T Coping mediates the association between empathy and psychological distress among Japanese workers. *Personality and Individual Differences*. 2018 [Acesso em 29 de março de 2019]; 124, 178-183.
8. Vera I, Lucchese R, Nakatani A Y K, Pagotto, Montefusco S R A, S G. Funcionalidade familiar em longevos residentes em domicílio. *Rev. Bras. Enferm*. [Internet]. 2015. Feb [Acesso em 29 de março de 2019]; 68(1): 68-75.
9. Trierveiler K S, Ramos F R de S, Schoeller S D, Nogueira G C, Martins M M F P da S, Schneider D G. Funcionalidade Familiar Da Pessoa Com Lesão Medular. *Texto*

- contexto - enferm. [Internet]. 2015 Dez [Acesso em 29 de março de 2019]; 24(4): 993-1002.
10. Silva M C L dos S R, Silva Lucía, Bousso Regina Szyllit. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2011 Oct [Acesso em 29 de março de 2019] ; 45(5): 1250-1255.
 11. Seidl E M F, Troccoli B T, Zannon C M L. Análise Fatorial de Uma Medida de Estratégias de Enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. [Internet] 2001; [Acesso em 29 de Março de 2019] 17 (3): 225-34.
 12. Duarte Y A. Família: rede de suporte ou fator estressor- a ótica de idosos e cuidadores familiares. 196p Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2001.
 13. Lemos H F, Neves S M V, Lima T M S V, Carvalho A F M. Epidemiological profile of patients with spinal cord injury attended at a rehabilitation center. *ReonFacema*. [Internet] 2017 [Acesso em 29 de Março de 2019] Jul-Set; 3(3):557-560.
 14. Cavalcante E S, Junior J M P, Freire I L S, Cleonice A A C, Miranda F A N Representações sociais de pescadores com lesão medular: repercussões e trajetória de vida. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2017 [Acesso em 29 de Março de 2019], 70 (11):139-145.
 15. Corrêa L S, Neto D L, Rodriguez E O L. Qualidade de vida de pessoas com lesão medular traumática. *Cogitare Enferm.* [Internet] 2015 [Acesso em 29 de março de 2019] Out/dez; 20(4): 695-700.
 16. Carvalho Z M F, Andrade L M, Pinheiro A K B, Studar R M B. influência da espiritualidade, religião e crenças na qualidade de vida de pessoas com lesão medular. *Texto Contexto Enferm.* [Internet] 2015 [Acesso em 29 de março de 2019].
 17. Divanoglou A, Augutis M, Sveinsson T, Hultling, C, Levi R Self-reported health problems and prioritized goals in community-dwelling individuals with spinal cord injury in Sweden. *Journal of Rehabilitation Medicine*. [Internet] 2018. [Acesso em 29 de março de 2019].
 18. Wang Y, Zhao X, Xie H. Quality of life and its predictors in people with traumatic spinal cord injury in mainland China. *Spinal Cord* [internet] 2019. [Acesso em 29 de março de 2019].
 19. Eckert M J, Martin M J. Trauma. *Surgical Clinics of North America* [internet] 2017 [Acesso em 29 de março de 2019]; 97(5):1031–1045.

20. Torregrosa R M, Tomás-Miguel J M. Diferencias de sexo en el uso de estrategias de afrontamiento en personas con lesión medular. *Aquichan* [Internet]. 2017 [Acesso em 29 de março de 2019]. Oct; 17(4): 448-459.
21. Morero J A P, Bragagnollo G R, Santos M T S. Estratégias de enfrentamento: uma revisão sistemática sobre instrumentos de avaliação no contexto brasileiro. *Rev Cuid.* [internet] 2018 [Acesso em 29 de março de 2019]; 9(2): 2257-68.
22. Pollock K, Dorstyn D, Butt L, Prentice S. Posttraumatic stress following spinal cord injury: a systematic review of risk and vulnerability factors. *Spinal Cord.*[internet] 2017; [Acesso em 29 de março de 2019]; 55(9):800-811.
23. Rahnama P, Javidan A N, Saberi H, Motazeri A, Tavakkoli S, Pakpour A H, Hajaghababaei M. Does religious coping and spirituality have a moderating role on depression and anxiety in patients with spinal cord injury? A study from Iran. *Spinal Cord.* [internet] 2015 Dez. [Acesso em 29 de março de 2019]; 53(12):870-4.
24. Wilson C S, Forchheimer M, Heinemann, A W, Warren, A M, McCullumsmith, C. Avaliação da relação do bem-estar espiritual com a depressão e a qualidade de vida de pessoas com lesão medular. *Incapacidade e Reabilitação*, [internet], 2016 [Acesso em 29 de março de 2019]; 39 (5):491-496.
25. Wilson C S, Forchheimer M, Heinemann A W, Warren A M, McCullumsmith C. Assesment of the relationship of spiritual well-being to depression and quality of life for persons with spinal cord injury. *Disabil Rehabil.* [internet] 2017 Mar [Acesso em 29 de março de 2019] 39(5):491-496.
26. Machado W C A. O papel do enfermeiro no cuidar de clientes portadores de deficiência. [serial online]. São Paulo: Entre Amigos – Rede de Informações sobre Deficiência; 2012.
27. Rosales-Cordova, N C; Garrido-Perez, Silvia M; Carrillo-Ponte, Fernando. Funcionalidad familiar y afrontamiento en pacientes con incapacidad permanente en una Unidad Médica Familiar. *Horiz. sanitario* [internet]. 2017, vol.16, n.2, pp.127-137.
28. Costa L, Lordes R G, Fraga D, Santana N M T, Bubach S, Leite F M C. Estratégias de enfrentamento adotadas por mulheres vítimas de violência. *Rev Enfer Ufrj* [internet]; 2018 [Acesso 2 de maio de 2019].

29. Ruiz A G B; Barreto M S, Peruzzo H E, Schoeller S D; Descesario M N; Marcom S S. Atuação da rede de apoio a pessoas com Lesão Medular. Rev Mineira de Enf [internet]; 16(112); 2018 [Acesso 2 de maio de 2019].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A amostra estudada é composta por homens; acima de 50 anos; cor parda; de crença predominantemente evangélica; com escolaridade a nível de ensino fundamental; solteiros; com prole; e com renda familiar entre 1-2 salários mínimos, paraplégicos, com o tempo de lesão entre 2- 15 anos, com o nível de comprometimento neurológico completo e de causa traumática.

Quanto aos achados inferenciais, o modelo logístico demonstrou relações de probabilidade entre o foco no problema (fator 1), foco na emoção (fator 2) e suporte social (fator 3), sendo a última, relacionada positivamente.

Nesse contexto, a utilização de estratégias com foco na emoção e problema reduzem as chances de possuir uma boa funcionalidade familiar; e quanto maior a utilização de busca de suporte social, maiores duas vezes as chances de possuir uma boa funcionalidade familiar. Tais relações também podem emergir novas hipóteses que respaldem outras pesquisas na área, sobretudo de cunho qualitativo.

Outrossim, a família é imprescindível para uma melhor utilização das estratégias de enfrentamento, tal afirmação está nas relações inferenciais supracitadas. Logo, é de dever do profissional de saúde, incluir tais aspectos trabalhados na presente pesquisa, visto que fazem parte do processo de reabilitação e recuperação desses indivíduos.

No âmbito da Saúde Pública, a abordagem de tal temática contribuirá na discussão científica no contexto de saúde desses indivíduos, visto que os aspectos sociais e psicológicos podem se constituir como fatores de risco para o desenvolvimento de agravos a saúde.

Quanto as limitações, acredita-se que por ser um estudo transversal, o mesmo não é capaz de realizar efeitos de causalidade, logo, fica a sugestão para futuras pesquisas.

REFERÊNCIAS

- BASTOS, João Luiz Dornelles; DUQUIA, Rodrigo Pereira. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia medica**, Porto alegre, v. 17, n. 4, p. 229-232, out., 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular**, 2. ed – Brasília, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular**. Brasília: MS; 2012.
- CAMPOS, Marcelo Ferraz de et al. Epidemiologia do traumatismo da coluna vertebral. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro , v. 35, n. 2, p. 88-93, Apr. 2008.
- CAVALCANTE, Eline Santos, et. al. Indicação de Alcoolismo em pescadores vítimas de lesão medular por mergulho. **J. res. Fundamento. Care. Online**, v.8, n. 2, p. 4399-4409. 2016.
- CEREZETTI, Christina Ribeiro Neder, et. al.. Lesão medular traumática e estratégias de enfrentamento: revisão crítica. **Mundo saúde (Impr.)**; v.36, n.2, p. 318-326, abr.- jun. 2012.
- COURA, Alexsandro Silva et al . Incapacidade funcional e associações com aspectos sociodemográficos em adultos com lesão medular. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 20, n. 1, p. 84-92, Feb. 2012 .
- COURA, Alexsandro Silva et al. Capacidade de autocuidado e sua associação com os fatores sociodemográficos de pessoas com lesão medular. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 47, n. 5, p. 1150-1157, out. 2013.
- CIHI. The Burden of Neurological Diseases, Disorders and Injuries in Canada. **Ottawa: Canadian Institute for Health Information**; 2007.
- CHHABRA, HS; ARORA, M. Demographic profile of traumatic spinal cord injuries admitted at Indian Spinal Injuries Centre with special emphasis on mode of injury: a retrospective study. **Spinal Cord**; v. 50, n.10, p. 745-54 2012.
- CRIPPS, R. A. et al. A global map for traumatic spinal cord injury epidemiology: towards a living data repository for injury prevention. **Spinal Cord**, v. 29, n. 4, p. 493-501, apr. 2011.
- CDC. Spinal Cord Injury (SCI): Fact Sheet. Atlanta, GA: National Center for Injury **Prevention and Control**; 2006.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. Família: rede de suporte ou fator estressor- a ótica de idosos e cuidadores familiares. **196p Tese (Doutorado em Enfermagem)**- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2001.

FOLKMAN S. Stress, health, and coping: synthesis, commentary, and future directions. IN: The Oxford handbook of stress, health and coping. **New York: Oxford University Press;** 2011.

FRANCA, Inacia Sátiro Xavier de et al . Qualidade de vida em pacientes com lesão medular. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 34, n. 1, p. 155-163, Mar. 2013.

GAZZOLA Juliana Maria, BOFI Tânia Cristna, CARVALHO Augusto Cesinando. Pós acidente vascular cerebral: orientação domiciliária. São Paulo: **Livraria Santos Editora;** p. 27-31, 2007.

GARCÍA-ALTÉS A, et al. Spinal cord injury and traumatic brain injury: a cost-of-illness study. **Neuroepidemiology.** 2012.

HENRIQUES, Fernando Manuel Dias. Paraplegia: percursos de adaptação e qualidade de vida. Coimbra (PT): **Formasau - Formação e Saúde,** Lda; 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística.2018.

KHAZAEIPOUR Z., et. al. Social support and its association with depression, gender and socioeconomic indicators in individuals with spinal cord injury in Iran. **Spinal Cord.** v.55, n.11, p.1039-1044, nov. 2017.

KENNEDY, Paul; EVANS, Matthew; SANDHU, Navtej. Psychological adjustment to spinal cord injury: The contribution of coping, hope and cognitive appraisal. **Sychology Health and Medicine.** February, 2009.

LEITE, Valéria Dini. Da experiência traumática a uma nova concepção de vida: um estudo sobre o processo de enfrentamento em indivíduos com lesão medular. **Dissertação (Mestrado em Psicologia: Psicologia Clínica) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia:** Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

LEOPARDI MT. Teoria e método em assistência de enfermagem. Florianópolis, Ed. **Soldasoft,** 2006.

LIANZA,S. et. al. Medicina da Reabilitação. Rio de Janeiro, **Guanabara Koogan,** 2001.

NATIONAL SPINAL CORD INJURY STATISTICAL CENTER. Spinal cord injury facts and figures at a glance. **J Spinal Cord Med.** v.33, n.4, p. 439-40, 2010.

PAIVA, Ana Tarcia Guimarães, et. al. Evaluation of functionality in families with elderly members. **Cogitare Enferm.** v.16, n. 1, p.22-8, 2014.

PRUDENTE, Cejane Oliveira Martins; RIBEIRO, Maysa Ferreira Martins; PORTO, Celmo Celeno. Qualidade de vida de cuidadores familiares de adultos com lesão medular: uma

revisão sistemática. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 1, p. 123-134, Jan. 2017.

SANTOS, A. de L. et al . Conhecendo a funcionalidade familiar sob a ótica do doente crônico. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 21, n. 4, p. 879-886, Dec. 2012.

SCELZA, W.M. et. al. Community reintegration after spinal injury. **Spinal Cord Injury Medicine**, 2007.

O'SULLIVAN, S. B.; SCHMITZ, T.J. Fisioterapia: Avaliação E Tratamento. **Manole**, 2004.

SYNDER, Charles. The Psychology of what words. Oxford press, 1999.

SHAVELLE, R. M. et. al. Mobility, Continence, and Life Expectancy in Persons with ASIA Impairment Scale Grade D. **Spinal Cord Injuries**. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, v. 94, n.3, p.180–191, 2015.

SILVA D. G. V., et. al. Estresse e enfrentamento de pessoas em condição crônica. **Programa de Atualização**. v. 6, p. 35-70, 2011.

SILVA, Gerson Aguiar et. al. Epidemiologia da paraplegia traumática em um centro de reabilitação em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Ef Deportes Rev Digital [Internet]**, n. 171, Agosto. 2012.

TEPLISKY. S., MURPHY A., SHENOT P.J. Knowledge gaps in urologic care of female spinal cord injury patients. **Curr urol rep.[Internet]**, 2019.

TRGOVCEVIC, S., MILICEVIC, M., NEDOVIC, G., JOVANIC, G. Health condition and quality of life in persons with spinal cord injury. **Iranian Journal of Public Health**, v.43, n.9, p.1229–1238, 2014.

UMPHRED, D. Reabilitação Neurológica. **Elsevier Brasil**, 2011.

WEIDNER, N.; RUPP, R.; TANSEY, K.E. (Ed.) Neurological Aspects of Spinal Cord Injury. Switzerland, **Springer**, 2017

WIRZ, M., & VAN HEDEL, H. J. A. Balance, gait, and falls in spinal cord injury. Balance, Gait, and Falls, p. 367–384, 2018.

VERA, R. S.; ARAÚJO, T.C.C.F. Enfrentamento e lesão medular: um estudo de corte transversal com pacientes em reabilitação. **Com. Ciências Saúde**. 2011.

VENTURINI, Daniele Aparecida; DECESARO, Maria das Neves; MARCON, Sonia Silva. Alterações e expectativas vivenciadas pelos indivíduos com lesão raquimedular e suas famílias. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 589-596, dez. 2007.

KIRSHBLUM, S. C.; et. al. International standards for neurological classification of spinal cord injury. **J Spinal Cord Med**, v. 34, n..6, p. 535-546, 2011.

ANEXOS

ANEXO A - ESCALA DE MODOS DE ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS (EMEP)

Nome: _____ Data: ___/___/___

As pessoas reagem de diferentes maneiras nas situações difíceis ou estressantes. Para responder a este questionário, pense sobre como você está fazendo para enfrentar a sua situação, Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar esta situação, no momento atual. Não há respostas certas ou erradas.

1
2
3
4
5

Você nunca faz isso
 Você faz isso um
 E Você faz isso às
 Você faz isso muito
 Você faz isso sempre

pouco
vezes

| Item | Respostas alternativas | | | | |
|---|------------------------|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Você leva em conta o lado positivo das coisas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Você se culpa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Você se concentra em alguma coisa boa que pode vir desta situação? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Você tenta guardar seus sentimentos para si mesmo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Procura um culpado para a situação? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Espera que um milagre aconteça? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Pede conselho a um parente ou a um amigo que você respeite? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Você reza / ora? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Conversa com alguém sobre como está se sentindo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Você insiste e luta pelo que quer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Você se recusa a acreditar que isto esteja acontecendo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Você briga consigo mesmo; Você fica falando consigo mesmo o que deve fazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Desconta em outras pessoas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Encontra diferentes soluções para o seu problema? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Tenta ser uma pessoa mais forte e otimista? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Você tenta evitar que os seus sentimentos atrapalhem outras coisas na sua vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Você se concentra nas coisas boas da sua vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 18. Você desejaria mudar o modo como você se sente? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Aceita a simpatia e a compreensão de alguém? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Demonstra raiva para as pessoas que causaram o problema? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Pratica mais a religião desde que tem esse problema? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Você percebe que você mesmo trouxe o problema para si? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Você se sente mal por não ter podido evitar o problema? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Você sabe o que deve ser feito e está aumentando seus esforços para ser bem sucedido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Você acha que as pessoas foram injustas com você? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Você sonha ou imagina um tempo melhor do que aquele em que você está? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Tenta esquecer o problema todo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Está mudando e se tornando uma pessoa mais experiente? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Você culpa os outros? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Você fica se lembrando de que as coisas poderiam ser piores? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Conversa com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o seu problema? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Você tenta não agir tão precipitadamente ou seguir sua própria ideia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. Muda alguma coisa para que as coisas acabem dando certo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Procura se afastar das pessoas em geral? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. Você imagina e tem desejos sobre como as coisas poderiam acontecer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. Encara a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. Descobre quem mais é ou foi o responsável? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38. Pensa em coisas fantásticas ou irreais (como vingança ou achar muito dinheiro) que te fazem sentir melhor? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39. Você pensa que sairá dessa experiência melhor do que entrou nela? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40. Você diz a si mesmo o quanto já conseguiu? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41. Você desejaria poder mudar o que aconteceu com você? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 42. Você fez um plano de ação para resolver o seu problema e o está cumprindo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 43. Conversa com alguém para obter informações sobre a situação? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 44. Você se apega à sua fé para superar esta situação? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 45. Você tenta não fechar portas atrás de si? Tenta deixar em aberto várias saídas para o problema? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Você tem feito alguma outra coisa para enfrentar essa situação? _____

ANEXO B – FUNCIONALIDADE FAMILIAR: APGAR DE FAMÍLIA

Nome: _____ Data: __/__/____

Resultado: _____

Elevada Disfunção familiar (1-8)

Moderada disfunção familiar (9-12)

Boa funcionalidade familiar (13-20)

| Nunca | Raramente | Algumas Vezes | Quase Sempre | Sempre |
|--------------|------------------|--------------------------|---------------------|---------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| Estou satisfeito (a) pois posso recorrer á minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Estou satisfeito(a) com a maneira como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos e direções. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage ás minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

ANEXO C- TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



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: **Funcionalidade familiar e estratégias de enfrentamento em adultos com lesão medular**, desenvolvido por: **Mayara Araújo Rocha**, discente do Programa de Pós-Graduação Em Saúde Pública – Mestrado em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, sob orientação e responsabilidade do docente: **Prof. Dr. Alexandre Silva Coura**. O projeto será desenvolvido 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.

Campina Grande, 27 de Fevereiro de 2019.

Atenciosamente,

Raquel Lula
Raquel Brito de Figueiredo 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.

Telefone: (83) 3345.5426

ANEXO D- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FUNCIONALIDADE FAMILIAR E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO EM ADULTOS COM LESÃO MEDULAR

Pesquisador: MAYARA ARAUJO ROCHA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09335319.3.0000.5187

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.225.266

Apresentação do Projeto:

1.O projeto encontra-se bem elaborado, contendo resumo, revisão da literatura e metodologia exequível. o título e os objetivos se complementam. Atendendo às exigências da Portaria 466/12.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a funcionalidade familiar e as estratégias de enfrentamento em adultos com lesão medular.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Acredita-se que a mesma não causará nenhum prejuízo ou dano, de qualquer natureza, seja ela física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual aos participantes. Logo, leva-se em consideração que a postura da pesquisadora ao agir de forma profissional com seriedade, diminuirá os riscos.

O principal benefício da pesquisa, está na aplicação de dois instrumentos que mensuram as estratégias de enfrentamento e a funcionalidade

familiar, visto que tais aspectos são pouco tratados no contexto da assistência à saúde a essa população na atenção primária, como também, na

literatura científica, preenchendo assim, algumas lacunas literárias

Endereço: Av. das Bananas, 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**



Continuação do Parecer: 1.225.266

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta as etapas exigidas pela Plataforma Brasil, está seguindo a Resolução 466/12 do CONEP/MS, apresenta num texto de fácil entendimento e uma sequência lógica de metodologia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em consonância com o desenvolvimento da pesquisa e o solicitado pelo CEP

Recomendações:

Comunicamos que após a conclusão desta pesquisa, seja encaminhado a este CEP os resultados da mesma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:


O projeto é viável, está embasado cientificamente e conforme preconiza a Resolução 466/12 do MS. Portanto, emitimos parecer favorável.

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_BASICAS_DO_P PROJETO_1307204.pdf | 12/03/2019 14:58:33 | | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | declaracaorientador.docx | 12/03/2019 14:58:10 | MAYARA ARAUJO ROCHA | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projeto_brochura.doc | 08/03/2019 00:08:44 | MAYARA ARAUJO ROCHA | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | auto.pdf | 08/03/2019 00:07:48 | MAYARA ARAUJO ROCHA | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf | 07/03/2019 23:58:11 | MAYARA ARAUJO ROCHA | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | termo_responsabilidade.pdf | 07/03/2019 23:55:13 | MAYARA ARAUJO ROCHA | Aceito |
| Folha de Rosto | folha_de_rosto.pdf | 07/03/2019 23:35:44 | MAYARA ARAUJO ROCHA | Aceito |
| Cronograma | CRONOGRAMA_MAYARA.docx | 28/02/2019 13:38:58 | MAYARA ARAUJO ROCHA | Aceito |

Endereço: Av. das Barcas, 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

Continuação do Parecer: 1.225.266

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 27 de Março de 2019

Assinado por:

Dóris Nóbrega de Andrade Laurentino
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Bananeiras, 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

APÊNDICES

APÊNDICE A – PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Entrevistador: _____ Código: _____

Endereço: _____

_ Cidade: _____ Distrito Sanitário:

_____ Telefone: _____ Data da Entrevista: __/__/____

1. Sexo: 1. () Masculino 2. () Feminino **2. Idade:** ____ anos**3. Religião**

1. () Sem credo religioso 2. () Católico 3. () Evangélico 4. () Kardecista

5. () Umbandista 6. () Outras. Qual? _____

4. Raça:

1. () Branca 2. () Preta 3. () Parda 4. () Amarela 5. () Indígena

5. Em que estado do Brasil o(a) Sr.(a) nasceu? _____**6. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) mora nesta cidade?** _____**7. Escolaridade:**

1. () Sem escolaridade 2. () Alfabetizado 3. () Ensino Fundamental 1 incompleto 4. ()

Ensino Fundamental 1 completo 5. () Ensino Fundamental 2 incompleto 6. () Ensino

Fundamental 2 completo 7. () Ensino Médio (científico, técnico ou equivalente) incompleto

8. () Ensino Médio (científico, técnico ou equivalente) completo 9. () Ensino Superior

incompleto 10. () Ensino Superior completo 11. () Pós-Graduação incompleta 12. () Pós-

Graduação completa

8. Estado civil:

1. () Solteiro 2. () Casado 3. () Viúvo 4. () Divorciado 5. () União Estável

9. O(a) Sr.(a) tem filhos?

1. () Sim (em caso positivo, quantos?) _____ 2. () Não

10. Quantas pessoas vivem com o(a) Sr.(a) nesta casa? _____ pessoas**11. As pessoas que convivem com o(a) senhor(a) são:**

1. () Esposo(a)/companheiro 2. () Filhos 3. () Irmãos/irmãs 4. () Outros

parentes 5. () Empregado(a) 6. () Pais 7. () Filhas 8. () Netos(as) 9. ()

Amigos 10. () Outros. Quem? _____

Renda Familiar Total: _____ **Renda per capita:** _____ **Qual o tipo de****plegia:** _____ **Tempo de Lesão Medular:** _____ **Causa da****Lesão:** _____ **Tipo de lesão:** _____

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

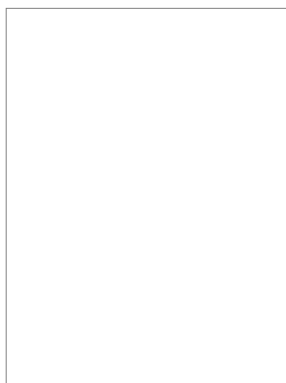
“Eu, Mayara Araújo Rocha, enfermeira, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Universidade Estadual da Paraíba, estou desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulado “***FUNCIONALIDADE FAMILIAR E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO EM ADULTOS COM LESÃO MEDULAR***” e necessito do seu consentimento para que eu possa realizar o estudo. Para tanto, esclareço:

- 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.
- 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 para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- 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.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do Participante

Mayara Araújo Rocha

Testemunha RG: _____



Assinatura Dactiloscópica do participante da pesquisa.
(Se necessário)

APÊNDICE C- TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL EM CUMPRIR OS
TERMOS DA RESOLUÇÃO 466/12 DO CNS/MS**


Pesquisa: FUNCIONALIDADE FAMILIAR E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE
ADULTOS COM LESÃO MEDULAR

Eu, MAYARA ARAUJO ROCHA, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Universidade Estadual da Paraíba, portador(a) do RG: 3.730.849 SSP-PB e CPF: 099.193.664-71 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, e 07 de Março de 2018.



Mayara Araújo Rocha
Assinatura do(a) Pesquisador responsável

APÊNDICE D- DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA DO ORIENTADOR**DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: FUNCIONALIDADE FAMILIAR E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO EM ADULTOS COM LESÃO MEDULAR

Eu, **PROF. PHD. ALEXSANDRO SILVA COURA**, professor da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), 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 Nº. 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, 12 de Março de 2019



Prof. Alexandro Silva Coura
Orientad



Mayara Araujo Rocha (Orientanda)