



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ANA MARIA FERNANDES BORGES  
PAULA BRIGNOL**

**PERCEPÇÃO DA PESSOA COM LESÃO MEDULAR SOBRE SUA CONDIÇÃO**

**FLORIANÓPOLIS, 2010**

Ana Maria Fernandes Borges  
Paula Brignol

**RELATÓRIO DE PESQUISA**  
**PERCEPÇÃO DA PESSOA COM LESÃO MEDULAR SOBRE SUA CONDIÇÃO**

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, Requisito parcial para obtenção do grau de Enfermeira, sob a orientação da Profª Drª. Soraia Dornelles Schoeller.

**FLORIANÓPOLIS, NOVEMBRO 2010**

*O dia esta na minha frente esperando  
para ser o que eu quiser. E aqui estou  
eu, o escultor que pode dar forma.  
“Tudo depende só de mim”.*

(Charles Chaplin)

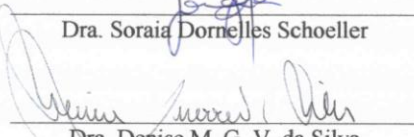
ANA MARIA FERNANDES BORGES  
PAULA BRIGNOL

## PERCEÇÃO DA PESSOA COM LESÃO MEDULAR SOBRE SUA CONDIÇÃO

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (TCC), desenvolvido na 8ª Fase, na disciplina INT 5162 – Estágio Supervisionado II, requisito para integralização do referido curso, foi julgado adequado e aprovado.

### Banca Examinadora

  
Dra. Soraia Dornelles Schoeller

  
Dra. Denise M. G. V. da Silva

  
Dra. Albertina Bonetti

  
Msc. Flávia Britto

  
Esp. Ana Maria Petters



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
ESTÁGIO SUPERVISIONADO II  
Semestre: 2010.2

**Apreciação do Trabalho de Conclusão de Curso das acadêmicas: Ana Maria  
Fernandes Borges e Paula Brignol**

O artigo produzido pelas alunas como resultado da pesquisa realizada concomitantemente ao Estágio Supervisionado II, intitulado **Percepção da pessoa com lesão medular sobre a sua condição** traz destacada contribuição para a área da enfermagem e da saúde ao abordar a temática da reabilitação das pessoas que vivenciam a condição crônica lesão medular, responsável por mudanças radicais e inesperadas na vida e cujos cuidados e tratamentos requerem esforços persistentes e cotidianos tanto do cuidador quanto da própria pessoa. Conhecer a percepção dessas pessoas acerca de sua condição como cadeirante oferece um novo e importante elemento para o desenvolvimento de educação em saúde, pela possibilidade de desenvolver um melhor enfrentamento dessa condição.

A pesquisa com abordagem qualitativa utilizou a entrevista semi estruturada para a coleta de dados e a análise temática para sua análise. Merece destaque a profundidade das entrevistas realizadas que possibilitou a riqueza dos dados e de suas análises.

O envolvimento das alunas na temática e o empenho na coleta de dados merecem destaque e estão expressos na qualidade do texto elaborado.

Florianópolis, 06 de dezembro de 2010.

Prof. Dra. Soráia Dornelles Schoeller  
Orientadora do TCC

## **AGRADECIMENTOS**

*Este trabalho não é só uma conquista da Ana Maria e da Paula, mas de todos que nos ajudaram a chegar até aqui.*

*Obrigada a Deus, que nos acompanha em todos os momentos, n'Ele buscamos força para realização deste trabalho.*

*Obrigada aos nossos pais e irmãos, os quais estiveram presentes em todos os momentos de nossas vidas, nos dando amor, carinho, nos aconselhando. E sempre no momento em que pensamos em desistir, eles estavam de braços abertos a nos amparar.*

*Aos nossos amigos, muito obrigada, vocês foram essenciais, seja para nos ouvir, nos acompanhar madrugadas adentro, para nos divertir nos momentos em que o estresse nos consumia.*

*Obrigada a todas as pessoas que já cruzaram nossas vidas, sejam elas por alguns anos ou por alguns minutos, vocês também fazem parte desta conquista, pois de algum modo nos ajudaram a construir o que somos hoje.*

*Obrigada a nossa orientadora Soraia, que no decorrer deste trabalho, tornou-se nossa amiga e nos ajudou a construí-lo, nos aconselhando a todo o momento e sempre nos estimulando para que o melhor fosse feito.*

*Obrigada as nossas supervisoras, Flávia e Ana Maria, pelos ensinamentos durante o estágio, principalmente sobre a importância da Enfermagem no processo de reabilitação.*

*Obrigada as funcionárias do setor de Enfermagem do Centro Catarinense de Reabilitação, e novas amigas, Flávia e Munik, por nos mostrar a importância do trabalho em equipe.*

*Obrigada aos funcionários do Centro Catarinense de Reabilitação que nos acolheram durante todo o período do estágio.*

*Obrigada a Prof. Albertina, por ter contribuído na construção deste trabalho.*

*Obrigada, especialmente, as pessoas com lesão medular que participaram deste estudo, a vocês, todo o mérito deste trabalho. Afinal, ele não seria nada sem a contribuição de cada um de vocês.*

*Muito Obrigada a todos!*

*Ana Maria e Paula*

## RESUMO

Este estudo tem sua temática voltada à percepção da pessoa com lesão medular e integra o Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Foi realizado junto à disciplina Estágio Supervisionado II, e teve como campo de estágio o Centro Catarinense de Reabilitação. A pessoa com lesão medular se depara com uma condição grave e incapacitante por um longo período de tempo, ou mesmo para o resto da vida, onde há alteração na sua imagem corporal e a busca do reconhecimento da nova condição física, sua relação com o mundo que o cerca. Objetivou-se, no estudo, compreender a percepção da pessoa com lesão medular sobre sua condição e investigar algumas de suas características: idade, sexo, tempo, causa e nível da lesão medular. Foi realizada uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratória e descritiva. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas a 25 pessoas com lesão medular, no período de agosto a outubro de 2010, e os dados foram analisados através da análise temática. O estudo mostrou que as pessoas com lesão medular, em sua maioria, são homens jovens, sendo a família nuclear a principal rede de apoio. Destaca-se que as pessoas com lesão medular percebem de maneiras diferentes a sua condição, o que gerou a categoria, Lesão Medular: Diferentes Percepções. Considera-se que há a necessidade de novos estudos sobre as diversas estratégias de enfrentamento, assim como sobre as diferentes percepções da pessoa com lesão medular frente à sua independência funcional, já que este estudo evidenciou que a altura e a classificação da lesão não são os únicos elementos que interferem na independência para as atividades da vida diária..

**Descritores:** Medula Espinhal; Reabilitação; Autonomia Pessoal; Enfermagem.

**LISTA DE ABREVIATURAS**

- ASIA** American Spinal Injury Association  
**AVD** Atividade da Vida Diária  
**CCR** Centro Catarinense de Reabilitação  
**OMS** Organização Mundial da Saúde  
**OPAS** Organização Panamericana de Saúde  
**SNP** Sistema Nervoso Periférico  
**TCLE** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
**TRM** Trauma Raquimedular



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 QUESTÃO PROBLEMATIZADORA .....</b>	<b>12</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>12</b>
<b>3.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>12</b>
<b>3.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>12</b>
<b>4 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>13</b>
<b>4.1 Fisiopatologia da Lesão Medular .....</b>	<b>13</b>
<b>4.2 Prognóstico Funcional de Acordo com o Nível da Lesão e sua Reabilitação Motora</b> <b>.....</b>	<b>15</b>
<b>4.2.1 Tetraplegia.....</b>	<b>15</b>
<b>4.2.2 Paraplegia .....</b>	<b>16</b>
<b>4.3 Alterações Fisiológicas.....</b>	<b>16</b>
<b>4.3.1 Alterações respiratórias.....</b>	<b>16</b>
<b>4.3.2 Espasticidade .....</b>	<b>17</b>
<b>4.3.3 Disreflexia autonômica .....</b>	<b>18</b>
<b>4.3.4 Regulação térmica.....</b>	<b>19</b>
<b>4.3.5 Disfunção intestinal.....</b>	<b>19</b>
<b>4.3.6 Disfunção vesical .....</b>	<b>19</b>
<b>4.4 Complicações a partir da lesão medular.....</b>	<b>20</b>
<b>4.4.1 Úlceras por pressão .....</b>	<b>20</b>
<b>4.4.2 Complicações vasculares .....</b>	<b>20</b>
<b>4.4.3 Dor mielopática .....</b>	<b>21</b>
<b>4.4.4 Ossificação heterotrópica .....</b>	<b>22</b>
<b>4.4.5 Hidronefrose .....</b>	<b>22</b>
<b>4.5 Reabilitação e o Papel da Enfermagem no Processo de Reabilitação .....</b>	<b>23</b>
<b>4.6 Legislação Referente a Pessoa com Deficiência.....</b>	<b>23</b>
<b>4.7 Conceito de Percepção .....</b>	<b>25</b>
<b>5 METODOLOGIA.....</b>	<b>27</b>
<b>5.1 Tipo de Estudo.....</b>	<b>27</b>
<b>5.2 Local para Realização do Estudo .....</b>	<b>27</b>

5.3 Sujeitos do Estudo.....	28
5.4 Considerações Éticas .....	28
5.5 Procedimentos Metodológicos para Coleta de Dados.....	29
5.6 Registro e Análise dos Dados .....	29
6 CRONOGRAMA.....	30
7 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	31
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
REFERÊNCIAS.....	48
Apêndice I.....	51
Apêndice II .....	53
Apêndice III.....	55
Apêndice IV .....	56
Apêndice V.....	57
Apêndice VI .....	58
ANEXOS.....	59
Anexo I.....	59
Anexo II.....	60
Anexo III .....	61

## 1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tem sua temática envolvida com a pessoa com lesão medular. A lesão medular em grande parte das vezes se deve a acontecimentos traumáticos. Segundo a Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação (2010), o trauma geralmente está associado a acidentes de trânsito, mergulho em águas rasas, ferimento com arma de fogo ou quedas, que geram uma lesão nas estruturas medulares. Desta forma há uma ruptura na passagem de estímulos nervosos através da medula.

A lesão pode ser completa ou incompleta. A lesão é completa quando não existe movimento voluntário abaixo do nível da lesão e é incompleta quando há algum movimento voluntário ou sensação abaixo do nível da lesão. A medula pode também ser lesada por doenças (causas não traumáticas), como por exemplo, hemorragias, tumores e infecções por vírus (Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, 2010).

Meyres (2001), Pereira e Araújo (2006) mostram que a partir de estimativas mundiais, que cerca de 20 a 40 pessoas por milhão de habitantes são portadores de lesão medular, dentre os quais jovens do sexo masculino, com menor escolaridade formal. Pereira e Araújo (2006) demonstram que no ano de 2003, na Rede Sarah foram atendidos 1.235 pessoas, cuja população foi composta, como citado anteriormente, por pessoas com o ensino fundamental completo (57,2%), do sexo masculino (74%), na faixa etária de 20 a 39 anos (56%), a lesão medular traumática foi 69% dos atendimentos realizados. O estudo ainda levantou que 60,8% eram casos de paraplegia e 39,2% de tetraplegia. Castro, et al. (2008), ao estudarem a prevalência de deficientes no Brasil, evidenciam que em cada mil habitantes, 9,4 o são por paralisação de ao menos um membro.

Elias, Monteiro e Chaves (2008) relatam que segundo a OPAS, somente 2% dos 85 milhões de pessoas com deficiência têm assistência adequada na América Latina e 10% da população mundial vivem com deficiência, mas sem acesso a direitos constitucionalmente adquiridos. Para eles a deficiência precisa ser abordada em diferentes níveis: clínico, de reabilitação, social e político, já que pobreza e deficiência estão fortemente relacionadas.

A partir do trauma ocorrido, a pessoa se depara com uma condição grave, incapacitante para o resto da vida, com alteração da sua imagem corporal e a busca do reconhecimento da nova condição física, o que por vezes afeta sua relação com o mundo que o rodeia. Macedo, et al (1995) e Fecho, et al (2009) afirmam que a lesão medular consiste numa perda da integridade física, promovendo a mudança da imagem corporal e a desestruturação psíquica. Macedo, et al (1995), Fecho, et al (2009) afirmam que os lesados

medulares desencadeiam reações psicológicas como agressividade, insegurança, ansiedade, impulsividade, isolamento social, desespero, sentimento de inferioridade, ambivalência, raiva, medo e desesperança.

A percepção é mostrada por Worms (2000) e Menéndez (2005) como fruto de uma somatória de sensações. Todavia as percepções informam sobre objetos internos e externos a ela e traduzem ações possíveis, onde o estado atual do pessoa e as ações reais influenciam no seu modo de ser. A pessoa com lesão medular também possui uma percepção, que pode ser evidenciada em diversas formas, assim como influenciar no seu modo de encarar a nova condição, melhorando assim sua qualidade de vida. Desta forma vimos à necessidade de saber qual a percepção que a pessoa com lesão medular possui a respeito da sua condição.

## **2 QUESTÃO PROBLEMATIZADORA**

Qual a percepção da pessoa com lesão medular sobre sua condição?

## **3 OBJETIVOS**

### **3.1 Objetivo Geral**

Compreender a percepção do pessoa com lesão medular sobre sua condição de lesado medular.

### **3.2 Objetivos Específicos**

- Identificar a capacidade da pessoa com lesão medular para a realização das atividades da vida diária – AVD's;
- Investigar as características da pessoa com lesão medular: Idade, sexo, tempo e causa da lesão medular, nível da lesão.

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 Fisiopatologia da Lesão Medular

A medula espinhal é a parte do sistema nervoso central responsável pelo transporte de informações entre o cérebro e o resto do corpo, é como um sistema de comunicação de rede com dados indo e vindo instantaneamente, que tem como função a transmissão de diversas informações. Desta forma, Casalis (2007) afirma que a medula espinhal desenvolve sobre todas as funções orgânicas, como também desempenha ação no centro regulador, o qual coordena e controla o funcionamento de órgãos e sistemas.

A lesão medular, de acordo com Casalis (2007), tem suas primeiras descrições nos anos de 1700 a. C., no papiro de Edwin Smith. Neste está descrito as manifestações clínicas de uma lesão completa da medular cervical por fratura-luxação da coluna cervical. A qual é descrita pela paralisia dos quatro membros, a perda completa da sensibilidade, incontinência vesical, priapismo e ejaculações seminais involuntárias. Onde o prognóstico era previsto como uma doença que não pode ser tratada.

Segundo Bruni, et al. (2004) o trauma raquimedular (TRM) é uma agressão à medula espinhal que pode ocasionar danos neurológicos, tais como alterações da função motora, sensitiva e autônoma, ocorrendo predominantemente nos homens em idade produtiva. Ainda esse estudo diz que, a medula pode ser lesada por corpos estranhos ou por processos relacionados a uma vascularização deficiente, levando à isquemia, hipóxia, edema e causando danos à mielina e aos axônios. Frequentemente as vértebras mais envolvidas são a 5ª e a 7ª cervicais (C), a 12ª torácica (T) e a 1ª lombar (L), as quais são mais suscetíveis, pois há uma grande faixa de mobilidade nessas áreas da coluna.

O dano à medula espinhal varia de uma concussão transitória, da qual o paciente recupera-se completamente (contusão, laceração e compressão da substância da medula) até uma transecção completa da mesma, alterando a sensibilidade e mobilidade abaixo do nível da lesão (BRUNI, et al, 2004).

Barros Filho e Cristante (2007) afirmam que a história do trauma raquimedular pode ser dividida em aguda e crônica, ou então, primária e secundária.

A lesão primária é ocasionada da transferência de energia cinética para a substância da medula espinhal, do rompimento dos axônios, de danos nas células nervosas e da ruptura dos vasos sanguíneos. Durante as primeiras 8h após o trauma ocorrem hemorragia e necrose na substância central da medula (cinzenta). Após isso temos migração de células gliais e edema no local da lesão, com a cicatrização desta (BARROS FILHO; CRISTANTE, 2007, p. 392).

A lesão secundária é resultado da isquemia causada pela redução de fluxo sanguíneo para a região lesionada. Alteração que pode ser resultado por mudanças no canal vertebral, hemorragia ou edemas significantes (BARROS FILHO; CRISTANTE, 2007, p. 392).

Barros Filho e Cristante (2007) afirmam que o prognóstico de um trauma raquimedular só pode ser definido 24 horas após a lesão, que é após as primeiras 24 horas que o choque medular termina. No entanto, muitos autores afirmam que o prognóstico de um trauma raquimedular pode ser indefinido até muitos meses após a lesão, não há uma regra a ser seguida. O choque medular, de acordo com Casalis (2007), é caracterizador por paralisia flácida e anestesia de miótomos e dermatomos inervados pelos segmentos medular; arreflexia vesical, intestinal e genital; e vasoplegia e alterações na termorregulação. Barros Filho e Cristante (2007) definem choque medular como a interrupção fisiológica da condução nervosa pela medula, que é demonstrada fisicamente pela ausência do reflexo bulbocavernoso. Tal reflexo, segundo estes autores, é a estimulação da glândula ou do clitóris, onde se checa se há ou não contração do esfíncter anal.

Segundo a Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação (2010) as lesões podem ser completas ou incompletas, sendo as completas quando não existe movimento voluntário abaixo do nível da lesão e incompleta quando há algum movimento ou sensação voluntária abaixo do nível da lesão.

Para a identificação do nível neurológico da lesão, é necessária a realização do exame físico onde se verifica a sensibilidade e a motricidade do lesado medular, como referência utiliza-se a tabela da ASIA (*American Spinal Injury Association*), a qual determina a lesão como:

- ASIA – A, ou lesão completa, as funções motoras e sensitivas estão ausentes abaixo dos três segmentos caudais consecutivos ao nível da lesão;
- ASIA – B, ou incompleta sensitiva, a atividade sensitiva está presente abaixo da lesão, porém não há função motora;
- ASIA – C, ou incompleta motora funcional, a função motora está preservada abaixo da lesão e a maioria dos músculos-chaves localizados abaixo da lesão possuem grau muscular menor que três;
- ASIA – D, ou incompleta motora não funcional, onde a função motora está presente e a maioria dos músculos-chave localizados abaixo da lesão tem grau muscular superior a três;
- ASIA – E, ou normal, mantém funções sensitivas e motoras.

Bruni, et al. (2004) afirmam que a paraplegia é a perda funcional abaixo do nível de C8 e representa uma faixa extensa de disfunções neuromusculares e relaciona-se à diminuição ou perda da função motora e/ou sensitiva dos segmentos torácicos, lombares ou sacrais no cordão medular, secundária a lesão de elementos neurais dentro do canal medular. Na paraplegia, a função do membro superior está preservada, mas dependendo do nível de lesão, o tronco, as pernas e os órgãos pélvicos podem estar comprometidos. A tetraplegia, sendo ela alta até C3 e baixa C4 a C6 é caracterizada pela perda funcional ou sensitiva acima do nível neurológico de C8, resultando na diminuição funcional do membro superior assim como tronco, pernas e órgãos pélvicos.

## **4.2 Prognóstico Funcional de Acordo com o Nível da Lesão e sua Reabilitação Motora**

Cada pessoa possui suas características peculiares, onde vários fatores influenciam na reabilitação do lesado medular, como idade, peso, deformidades, função cardiorrespiratória, aspectos emocionais e socioculturais, entre outros (ARES; CRISTANTE, 2007).

Ares e Cristante (2007) mostram que o trabalho motor da pessoa com lesão medular deve visar o alcance de algumas metas funcionais, como atividades da vida diária (AVD's); mudanças de posição e transferências; manejo da cadeira de rodas e condução de um automóvel adaptado; ortostatismo; e marcha.

### **4.2.1 Tetraplegia**

Ares e Cristante (2007) afirmam que nos níveis mais altos, acima de C4, a pessoa com lesão medular é dependente para todas as AVD's, pois possui somente o movimento cefálico.

Segundo Ares e Cristante (2007), no que diz respeito as AVD's a pessoa com lesão medular de nível C4, quando independente de ventilação mecânica, possuirá dependência total para alimentação, vestuário, higiene, no entanto através de ponteiras cefálicas é possível a escrita em teclado, leitura e pintura. Assim como, haverá a dependência total para as mudanças de posição e transferências.

No nível C5, quando há a preservação motora dos músculos deltóide e bíceps braquial, Ares e Cristante (2007) relatam que os lesados medulares podem adquirir independência, como auxílio de adaptações, para alimentação, higiene elementar, escrita e

digitação. No entanto, são dependentes para realizar transferências e podem manejar a cadeira de rodas em locais planos e em curtas distâncias.

O nível C6 é caracterizado com a preservação branquiorraxial e extensor radial, quando bem treinado adquire maior habilidade e independência. Desta forma, será independente para realizar uma alimentação básica, vestuário do tronco superior e também transferências com auxílio de tábuas. É possível a adaptação de veículo, assim como a condução da cadeira de rodas em terrenos planos (ARES; CRISTANTE, 2007).

Para o nível C7, Ares e Cristante (2007) afirmam que os lesados medulares que possuem extensão de cotovelo ganham independência na AVD's e nas transferências, assim como uma maior liberdade para condução da cadeira de rodas, seja em aclives suaves. Já no nível C8, segundo Ares e Cristante (2007) há a deficiência nos músculos intrínsecos das mãos, o que proporciona independência total aos pacientes.

No entanto, o conteúdo acima, não deve ser tomado como uma regra/rotina para todos as pessoas com lesão medular, muitos deles superam limites que lhes são impostos. Vale ressaltar que cada pessoa possui uma reação para sua condição e isso influenciará diretamente no seu processo de reabilitação.

#### **4.2.2 Paraplegia**

As pessoas com lesão medular de nível T1 e baixo, para Ares e Cristante (2007) definitivamente podem adquirir independência total nas AVD's e transferências, assim como condução das cadeiras de rodas e de veículos adaptados. Como ressaltado no texto acima, o processo de reabilitação está diretamente relacionado ao perfil do pessoa, como suas condições físicas, cognitivas e sociais para que o melhor resultado seja atingido.

### **4.3 Alterações Fisiológicas**

#### **4.3.1 Alterações respiratórias**

As dificuldades respiratórias são mais evidentes em pacientes com lesões cervicais. Quanto mais alto o nível, mais grave é a dificuldade devido ao acometimento de um número maior dos músculos diretamente responsáveis pelos processos de inspiração e expiração, entre



estes, o diafragma, os intercostais internos e externos, os acessórios e os abdominais. Os quadros clínicos mais comuns são os de atelectasia, broncopneumonias, tromboembolismo pulmonar e síndrome da angústia respiratória. (ARES; CRISTANTE, 2007).

Nas lesões completas em que são atingidos níveis maiores que C4, ocorre a lesão do nervo frênico responsável pela inervação diafragmática, provocando alterações na percepção dos ritmos respiratórios, provocado também pela flacidez abdominal, existente nesse tipo de lesão. Nas lesões entre C5 e T1, ocorre a preservação das inervações diafragmáticas, porém pode haver a disfunção da musculatura intercostal, havendo diminuição da capacidade vital, restrição da respiração e quadros de infecção das vias aéreas principalmente nos níveis mais altos. Há ainda o comprometimento da musculatura acessória a partir de C6, resultando em insuficiência respiratória tardia e atelectasias. Já nas lesões torácicas as complicações pulmonares podem estar relacionadas à dificuldade para mobilizar as secreções e na diminuição da reserva pulmonar (ARES; CRISTANTE, 2007).

#### **4.3.2 Espasticidade**

A espasticidade, de acordo com Gianni (2007), está relacionada com o aumento do tônus muscular decorrente a uma lesão neurológica. A autora afirma que há dificuldades em se encontrar uma correta definição para a espasticidade, existem várias teorias a respeito, no entanto, todas deixam questões sem respostas.

Para Gianni (2007) a causa da espasticidade condiz a lesões no sistema piramidal. O sistema piramidal é um sistema específico, cuja origem é em áreas motoras do córtex e envia fibras até a medula, onde farão sinapses, com os motoneurônios do corno anterior da medula e com interneurônios (GIANNI, 2007).

O tônus muscular, segundo Gianni (2007) é decorrente ao reflexo miotático, cuja função é proteger o músculo de um alongamento excessivo e potencial ruptura, desta forma a autora ainda afirma que tal reflexo promove uma contração involuntária em resposta ao estiramento.

Com isso, as lesões no sistema piramidal levam a uma perda dessa modulação, permitindo que o reflexo miotático aconteça sem inibição e que o tônus muscular aumente (GIANNI, 2007).

[...] outros fatores envolvidos, como a resposta neuroplástica que ocorre na lesão, acarretando uma hipersensibilidade à denervação, estimulando o brotamento de novos terminais aferentes e aumentando o número de

receptores pós-sinápticos; como consequência, qualquer estímulo, por menor que seja, desencadeará uma resposta exacerbada, manifestando-se clinicamente como espasticidade. Alterações periféricas também ocorrem, contribuindo para o aumento do tônus (GIANNI, 2007, p. 340).

Gianni (2007) mostra que os sinais e sintomas podem estar relacionados à perda da ação moduladora do sistema piramidal sobre o tônus muscular, a hiperreflexia periférica, clônus, sinal de Babinski e sinal de Hoffmann os quais são classificados como sinais de liberação. Os sinais de déficit são considerados quando o controle do movimento sofre alterações, o qual promove paresia ou plegia muscular, há a perda do controle seletivo do movimento, diminuição da destreza e co-contração agonista-antagonista.

O somatório desses sinais e sintomas resulta no quadro clínico apresentado pelo paciente e no impacto sobre sua função motora, havendo desde total ausência de motricidade com incapacidade para realização de qualquer movimento voluntário até alterações mais discretas, em que a fadiga muscular, a dificuldade em realizar atividades motoras mais elaboradas e o comprometimento da coordenação motora fina serão fatores mais evidentes (GIANNI, 2007, p. 341).

#### **4.3.3 Disreflexia autonômica**

A disreflexia autonômica é uma alteração aguda, que ocorre em pacientes com lesão medular como resultado de hiperatividade simpática, o que acarreta vasoconstrição periférica e visceral, taquicardia e elevação da pressão arterial. Esta pode ocorrer a partir de estímulos nocivos abaixo do nível da lesão, tais como, estimulação da pele, distensão de órgãos viscerais, sendo as mais comuns a distensão vesical, seguida da impactação intestinal (ARES; CRISTANTE, 2007).

A hiperatividade simpática ocorre porque não há conexão entre os neurônios simpáticos e pré-ganglionares e o bulbo espinal a resposta vagal não acontece abaixo do nível da lesão, mantendo os sintomas, desencadeando a síndrome, que é caracterizada por cefaléia intensa, sudorese, piloereção, *rash* cutâneo, rubor facial e congestão nasal (ARES; CRISTANTE, 2007).

#### **4.3.4 Regulação térmica**

O controle e manutenção do equilíbrio térmico no lesado medular estão prejudicados devido às alterações no sistema simpático, tais como, a sudorese, vasoconstrição, o que dificulta os mecanismos de adaptação (ARES; CRISTANTE, 2007).

Em pessoas com lesão medular, não há aumento do fluxo sanguíneo suficiente e há também diminuição da sudorese abaixo do nível da lesão nos paraplégicos e quase ausência desta nos tetraplégicos, e estes acabam mantendo-se desconfortáveis em situações de elevada temperatura corporal (ARES; CRISTANTE, 2007).

#### **4.3.5 Disfunção intestinal**

O funcionamento do intestino depende de uma série de fatores, tais como, as musculaturas lisas do intestino e da musculatura estriada da parede abdominal e do assoalho pélvico, além da presença do sistema nervoso entérico, que se comunica com o sistema nervoso central através do sistema nervoso autônomo, simpático e parassimpático, atuando como estimuladores da contração da musculatura intestinal. As lesões de níveis mais altos apresentam basicamente, inatividade da parede intestinal, levando a constipação intestinal, já as de níveis mais baixos tendem a incontinência fecal, o que leva a perda acidental de fezes (CRISTANTE, 2007).

No caso da disfunção intestinal o problema está na comunicação do sistema nervoso autônomo com o sistema nervoso central. Nas lesões completas de motoneurônio superior perde-se o desejo de evacuar e o controle sobre a musculatura voluntária, além de alteração da motilidade e perda da complacência do cólon, o que acarreta na incontinência fecal, com obstipação intestinal. Já nas lesões de motoneurônio inferior, pode haver flacidez da musculatura do assoalho pélvico e do esfíncter anal externo, associado à perda do controle parassimpático, levando a diminuição do tônus em repouso levando a quadros de incontinência fecal (CRISTANTE, 2007).

#### **4.3.6 Disfunção vesical**

A pessoa com lesão medular pode apresentar alterações na bexiga, tais como, bexiga reflexa ou não reflexa. Na bexiga reflexa a pessoa tende a armazenar uma quantidade menor

de volume urinário do que antes da lesão, causado normalmente por espasmos musculares involuntários, o resultado disso são frequentes e incontroláveis micções. É o tipo mais comum em lesões acima do nível sacral (GIMENEZ; FONTES; FUKUJIMA, 2005).

Já na bexiga não reflexa, há a ausência de contração muscular, o que causa facilmente distensão aumentando o volume residual, provocando retenção urinária. É nesse tipo onde acontecem mais comumente as infecções urinárias de repetição, e é o tipo mais comum em lesões ao nível de L1 e abaixo (GIMENEZ; FONTES; FUKUJIMA, 2005).

O principal objetivo é manter uma menor quantidade de urina armazenada na bexiga, com fins de evitar perda indesejada e também diminuir a pressão interna na bexiga com o intuito de evitar o refluxo de urina para os ureteres e os rins (GIMENEZ; FONTES; FUKUJIMA, 2005).

#### **4.4 Complicações a partir da lesão medular**

##### **4.4.1 Úlceras por pressão**

As úlceras por pressão são complicações comuns em lesados medulares, devido à perda de massa muscular e a hipoestesia ou anestesia a que eles estão submetidos. Um dos cuidados a serem tomados é a manutenção da circulação sanguínea adequada, realizar alívios da pressão constantes, principalmente nas proeminências ósseas, alívio no caso de permanência prolongada na cadeira de rodas, manutenção de um adequado estado nutricional e ingestão hídrica adequada (CRISTANTE, 2007).

##### **4.4.2 Complicações vasculares**

As alterações vasculares mais comuns nos pacientes com lesão medular são a trombose venosa profunda, o tromboembolismo pulmonar e a hipotensão ortostática. A trombose venosa profunda pode ter efeitos graves e devastadores e torna-se extremamente importante a prevenção e o diagnóstico precoce. Os fatores predisponentes nas pessoas com lesão medular estão relacionados à estase venosa associada à flacidez de membros inferiores, estado de hiper-regulabilidade transitória, menor ação do sistema autonômico sobre o sistema

venoso, lesão da camada íntima do endoflio causada pela liberação de aminas vasoativas (ARES; CRISTANTE, 2007).

Os sinais clínicos a serem observados na trombose venosa profunda e no tromboembolismo pulmonar incluem edema em membros inferiores, alteração na coloração cutânea, febre baixa sem razão específica, discreta alteração de temperatura no membro acometido, alterações de sensibilidade ou dor em lesões incompletas (ARES; CRISTANTE, 2007).

A hipotensão ortostática acontece quando o paciente com lesão medular começa a se sentar, após longos períodos em uma mesma posição. Ela acontece em decorrência do represamento do sangue nos vasos dos membros inferiores, associado à menor liberação de aminas vasoativas, durante as trocas posturais. O quadro clínico inclui tontura, náusea, turvação visual, perda de consciência e taquicardia, devendo ser revertido através da elevação lenta e gradual do tronco, elevação dos membros inferiores, uso de faixa abdominal e meias elásticas e ortostatismo precoce (ARES; CRISTANTE, 2007).

#### **4.4.3 Dor mielopática**

Nóbrega (2007) mostra diversos autores que conceituam a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, a qual está associada a lesões e que de certa forma promove reações emocionais e comportamentais físicas e psíquicas. Em lesões da medula espinhal, Nóbrega (2007) afirma que a maioria das pessoas possui dor. E segundo ele a dor nos segmentos desaferentados é mais freqüente quando são lesadas as porções caudais de medula espinhal. Observa-se que a dor manifesta-se em cerca de 15% das lesões cervicais, 24% das torácicas e 51% das lesões torácicas caudais e lombares.

Dor por desaferenciação é a que se manifesta em doentes com lesões do sistema nervoso periférico (SNP), medula espinhal, tronco encefálico e encéfalo. Define-se dor mielopática como a decorrente de lesões específicas localizadas na medula espinhal. [...] A lesão das vias e unidades procedoras e moduladoras na nocicepção periféricas e centrais podem resultar na ocorrência de dor espontânea nas áreas desaferentadas (NÓBREGA, 2007, p. 413).

Pagni (1976) apud Nóbrega (2007) mostra que a origem da desaferenciação está relacionada com os mecanismos como a sensibilização dos receptores, a ocorrência de focos ectópicos de potencial de ação nas fibras nervosas periféricas e nas vias centrais, assim como a atividade anormal das unidades de processamento central da aferência sensitiva.

A dor mielopática está presente nos lesados medulares e esta, como mencionado por Nóbrega (2007), pode resultar de anormalidades musculares, viscerais, psicogênicas e radiculares ou do comprometimento da medula espinhal. Desta forma, o mesmo autor afirma que quando há lesão de medula espinhal, há alteração da somatotopia e evocação da dor após estimulação do núcleo ventral pósteromedial e lateral do tálamo.

Nóbrega (2007) confirma ainda, que a hiperatividade dos neurônios do corno posterior da medula espinhal é a causa da dor em faixa segmentar localizada na transição entre o tegumento que está com a sensibilidade preservada e a comprometida.

#### **4.4.4 Ossificação heterotrópica**

A ossificação heterotrópica é um processo biológico metaplásico, com neoformação de osso em tecidos moles adjacentes às grandes articulações, onde normalmente não é encontrado tecido ósseo (CASTRO; GREVE, 2003).

O início da ossificação pode ser precoce sendo diagnosticado nas primeiras semanas após o trauma ocorrendo geralmente no segundo mês pós-lesão. As articulações mais atingidas são os quadris, joelhos e ombros e as manifestações clínicas mais frequentes são: rigidez e limitação local, edema, hiperemia, aumento da espasticidade e febrícula (CASTRO; GREVE, 2003).

#### **4.4.5 Hidronefrose**

Segundo a Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação (2010), hidronefrose é uma complicação comum as pessoas com lesão medular devido às alterações vesicais, que provocam retenção de volumes maiores que os normais na bexiga, levando ao refluxo urinário nos rins aumentando a pressão nos tecidos renais e lesionando de tal forma, que os rins acabam interrompendo gradualmente seu funcionamento.

#### **4.5 Reabilitação e o Papel da Enfermagem no Processo de Reabilitação**

A reabilitação por ser um processo dinâmico, exige um profissional comprometido com o cuidado ao paciente, a fim de aumentar a sua autonomia física, mental e social, aumentando assim sua qualidade de vida e auto-estima.

Leite e Faro (2005) destacam que o papel do enfermeiro na reabilitação, visa à manutenção das principais atividades fisiológicas, atuando principalmente na orientação, execução, demonstrações e supervisão das condições do autocuidado, além de atuar na prevenção de complicações ligadas à nova condição destas pessoas.

Os cuidados de enfermagem em reabilitação iniciam tão logo ocorre o trauma, ainda na fase aguda da lesão, visando à prevenção de úlceras, deformidades e orientações acerca dos cuidados necessários com o esvaziamento vesical e intestinal, uma vez que se trata de uma clientela diferenciada por necessitar readaptar-se à nova condição. O cuidar do enfermeiro em reabilitação é baseado na equipe multiprofissional, onde todos contribuem para adaptação funcional do paciente, focando continuamente sua assistência, sempre mantendo a autonomia funcional do paciente em primeiro lugar.

A importância do enfermeiro está na junção de toda a equipe, uma vez que é com a enfermagem que o paciente passa mais tempo, cabendo a nós a tarefa de congregar e analisar as possibilidades reais da pessoa com deficiência, sabendo quando e onde poderá deixar que o paciente realize seu autocuidado, e quando será necessário orientá-lo melhor, ou até mesmo auxiliá-lo.

#### **4.6 Legislação Referente a Pessoa com Deficiência**

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010) deficiência é um termo genérico, que abrange deficiências, limitação de atividade e restrição de participação. Uma deficiência é um problema no corpo, seja na função ou estrutura, uma limitação de atividade é uma dificuldade encontrada por uma pessoa na execução de uma tarefa ou ação, enquanto que uma restrição a participação é um problema experimentado por um pessoa no envolvimento em situações da vida. Incapacidade traduz-se por restrições ou lacunas no desempenho de atividades próprias ao ser humano.

Contudo compreende-se que a deficiência é um fenômeno complexo, a qual reflete uma interação entre as características do corpo de uma pessoa e as características da

sociedade em que ela vive e a incapacidade são inabilidades do ser humano em atividades próprias desses.

A Constituição Federal de 1988 no artigo 1º afirma que a República Federativa do Brasil, formada pela união insolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se de um estado Democrático de Direito, tendo como uns dos fundamentos a cidadania, a dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa. No artigo 23º da Constituição Federal, afirma que é de competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, cuidarem da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência. Assim como no artigo 24º mostra que compete a União, dos Estados e ao Distrito Federal a proteção e integração social das pessoas portadoras de deficiência.

No artigo 227, parágrafo 1º mostra que o Estado promoverá programas de assistência integral à saúde à criança e do adolescente através da criação de programas de prevenção e atendimento especializado para portadores de deficiência física. No parágrafo 2º afirma que a lei disporá de normas de construção dos logradouros e dos edifícios de uso público e de fabricação de veículos de transporte coletivo, proporcionando o acesso adequado às pessoas portadoras de deficiência.

Os estados e municípios reforçam o que foi enunciado pela Constituição Federal de 1988 a respeito do portador de deficiência, afinal é direito de o indivíduo estar inserido na sociedade, sem qualquer discriminação da sua condição. Mesmo com a constituição tendo 22 anos de existência, a sociedade ainda tem que mudar em muito quando o assunto é o portador de deficiência, pois esta por vezes o exclui quando não facilita o acesso dele aos lugares, sejam eles o banco, supermercado, escolas, *shopping*, clínicas, entre outros.

Além do citado acima, existem outras normas jurídicas que amparam o lesado medular em diversas áreas, tais como a Lei 7070 de 1982 que dispõe sobre a garantia de pensão especial para os deficientes físicos, a Lei 7713 de 1988 que contempla a isenção de imposto de renda aos aposentados portadores de doenças graves, que pela carta legal encontram-se os portadores de paralisia irreversível e incapacitante, a Lei 7853 de 1989 que assegura o direito previsto na carta magna, e supra descrito, o Decreto Lei nº 129 de 1991 que aborda a reabilitação profissional em emprego de pessoas portadoras de deficiência, a Lei 8899 de 1994 que prevê o passe livre em sistemas públicos de transporte coletivo aos portadores de deficiências, a Lei 8989 de 1998 que garante a isenção do imposto sobre o produto industrializado aos portadores de deficiências quando da aquisição de veículos automotivos, e por fim a Lei 10098 sancionada em 2000 que estabelece normas gerais e critérios básicos para



a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

#### 4.7 Conceito de Percepção

Abbagnano (2000) afirma que o significado de percepção distingue-se em três termos. O primeiro é um significado geral, o qual se refere à atividade cognitiva geral, o segundo está relacionado ao ato ou função cognitiva pela qual se apresenta um objeto real e o terceiro diz respeito à ação do homem em suas relações com o ambiente. No primeiro termo a percepção não se separa do pensamento. Já o segundo envolve o conhecimento empírico e o terceiro é a interpretação dos estímulos.

Abbagnano (2000, p.754) traz que:

A percepção é o ato pelo qual a consciência “apreende” ou “situa” um objeto, e esse ato utiliza certo número de dados elementares de sensações. Assim supõe-se a noção da consciência como atividade introspectiva e auto-reflexiva; a noção do objeto percebido como entidade individual perfeitamente isolável e dada; e a noção de unidades elementares sensíveis.<sup>1</sup>

Nesta ótica percepção está relacionada à condição de cada pessoa no mundo, que envolve sua exterioridade e interioridade. Bergson citado por Ferraz (2005) mostra a percepção como algo dual, já que está relacionada à imagem que nos é apresentada. Afirma ainda que a matéria em junção com nosso corpo resultam na imagem. Este mesmo autor diz que o universo é o conjunto das imagens; o mundo material e um “sistema de imagens solidárias e bem ligadas”. Assim, afirma que a percepção é ação, seleção: Pois sua função é eliminar do conjunto das imagens aquelas que não são interessantes para a imagem privilegiada que chamamos nosso corpo e para a preparação das ações. Para ele a nossa percepção delinea no conjunto das imagens, as ações virtuais ou possíveis do nosso corpo, o que resulta nas possibilidades de ação.

Worms (2000) e Menéndez (2005) mostram a percepção como fruto da somatória de sensações. Todavia as percepções informam sobre objetos exteriores e interiores e traduzem ações possíveis, onde o estado atual do pessoa e as ações reais influenciam no seu modo de ser. Menéndez (2006) mostra que Freud analisa a percepção como um processo, onde as quantidades de energia do mundo exterior passam por uma série de filtros e retransições antes de adquirirem a qualidade de sensações conscientes. Segundo Menéndez (2006) a percepção

---

<sup>1</sup> Grifos do autor

tem uma função vinculada às necessidades do corpo. Murad (2007) diz que as coisas não mudam, mas muda a percepção que se tem das coisas.

O conhecimento do indivíduo sobre a ocorrência de lesão medular desencadeia inúmeras reações psicológicas como agressividade, insegurança, ansiedade, impulsividade, isolamento social, desespero, sentimento de inferioridade, ambivalência, raiva, medo e desesperança, como citado por Macedo, et al (1995) e Fecho, et al (2009). Isso acontece mesmo que cada pessoa responda de acordo com sua personalidade e suas experiências singulares (PEREIRA; ARAÚJO, 2006). Esses autores mostram que 50% dos pessoas estavam conscientes de suas paralisias desde o início da lesão, em razão da capacidade de se mover, perda da sensibilidade e distorção na imagem corporal.

Grannattasio (1988) apud Pereira e Araújo (2005) afirma que a lesão medular provoca uma quebra na unidade psicofísica do pessoa que anteriormente funcionava de maneira adequada e que as mudanças corporais e limitações da ação provocam as reações já citadas.

Pereira e Araújo (2006) afirmam que a pessoa com lesão medular e seus familiares adquirem estratégias de enfrentamento diante da nova condição física, e com isso a percepção do pessoa muda quando ele percebe que é capaz de adquirir progressiva independência, a convivência com outros lesados medulares e suas famílias, promovem uma avaliação quanto a situação da lesão e assim estimula-se melhora na qualidade de vida. Bampi, Guilhem e Lima (2008) consideram que a qualidade de vida da pessoa está relacionada com a percepção dele sobre sua vida, relacionando-se como o meio ambiente, saúde física, relações sociais e com a saúde psicológica.

Segundo Murta e Guimarães (2007) os sentimentos de desamparo e a falta de controle sobre a própria vida são experiências descritas pelas pessoas com lesão medular, a percepção que eles possuem sobre sua condição, sua vida está controlada por outros e possuem menor auto-estima e mais desamparo e desesperança que a pessoa fisicamente normal.

Para a pessoa com lesão medular, os autores afirmam que a aproximação a novas pessoas e o engajamento em relações afetivas são influenciadas pelas mudanças orgânicas que ocorrem após a lesão (perdas motoras e sensoriais, mudanças no ambiente social). Com isso, os autores afirmam que essas mudanças provavelmente contribuem para a diminuição da auto-aceitação, auto-confiança e auto-estima. Worns (1998) apud Murta e Guimarães (2007) afirma que a cadeira de rodas é associada a imagem corporal que pode comprometer a atração física e dificulta o estabelecimento de relações afetivas, onde a atração física é considerada pré-requisito.

Torna-se necessário ao portador da lesão reconstruir sua identidade e encontrar formas de enfrentamento e adaptação, que mantém estreita dependência de fatores contextuais, como habilidades funcionais preservadas, recursos pessoais, familiares, econômicos, comunitárias e culturais. O sucesso deste processo supõe modificações também políticas e sociais, só passíveis de serem alcançadas com movimentos sociais organizados e permanentes, capazes de tornarem o ambiente menos “deficiente” e as pessoas mais autônomas (MURTA; GUIMARÃES, 2007, p.62)

## **5 METODOLOGIA**

Em Minayo (2009) consta que a metodologia da pesquisa é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade.

Metodologia é a arte de dirigir o espírito na investigação da verdade, por meio do estudo dos métodos, técnicas e procedimentos capazes de possibilitar o alcance dos objetivos. O método é o caminho pelo qual se chega à meta, sendo a essência da descoberta e do fazer científico e representa o aspecto formal da pesquisa, o plano pelo qual se põe em destaque as articulações entre os meios e os fins, por meio de uma ordenação lógica de procedimentos (BECK;GONZALES;LEOPARDI, 2002, p.149).

### **5.1 Tipo de Estudo**

O estudo seguiu a pesquisa qualitativa descritiva, do tipo exploratória. A pesquisa qualitativa segundo Minayo (2009) é o trabalho com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Estes fatores influenciam na realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. Este fato também é reforçado por Duarte, Mamede, Andrade (2009), que afirmam que as pessoas são sociologicamente regidas por uma ideologia dominante, a qual é estabelecida pela sua classe social, sendo fundamentada pelo Estado, religião, escola, trabalho. O aprendizado das pessoas é decorrente aos que eles aprendem nesses ambientes e o toma importante para si, compartilhando no meio social em que estão inseridos.

### **5.2 Local para Realização do Estudo**

O estudo foi realizado no Centro Catarinense de Reabilitação (CCR) localizado na Rua Rui Barbosa, nº 780, no bairro Agronômica, na cidade de Florianópolis. O atendimento é

fornecido pelo Governo do Estado de Santa Catarina, a todos os habitantes do estado de Santa Catarina que necessitem do serviço. O CCR possui serviços de reabilitação neurológica, de traumato-ortopedia, de reabilitação cardiológica, oficina ortopédica, atendimento médico (fisiatra, pediatria, urologia, neurologia e cardiologia), serviços de enfermagem, psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, assistência social e pedagógicos.

### **5.3 Sujeitos do Estudo**

Os participantes do estudo são pessoas com lesão medular frequentadores do CCR, que procuraram o centro de reabilitação nos meses de agosto a outubro de 2010, no período da manhã, sendo estes: adultos ou jovens na presença de um responsável, com capacidade de comunicação, independente do tempo ou do nível da lesão e não ter tido lesão cerebral, além da medular. Foram entrevistados vinte e cinco sujeitos, os quais foram identificados com a letra P e o número correspondente da entrevista, para que haja a garantia de anonimato.

### **5.4 Considerações Éticas**

O estudo seguiu a Resolução 196/1996, a qual incorpora sobre a visão do pessoa e das coletividades, tendo como referenciais os princípios da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. O projeto foi enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e aprovado através do parecer número 884 em 26/07/10 (ANEXO I).

Foi distribuído aos participantes da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (APÊNDICE I), o qual continha esclarecimentos sobre o estudo e seus objetivos. Os participantes também foram informados quanto o sigilo das informações fornecidas aos pesquisadores, onde estas foram somente utilizadas na pesquisa. Os pesquisadores deixaram o participante com poder de livre escolha caso decida desistir da pesquisa em qualquer etapa das coletas de dados, sem prejuízos.

Ao comparecer no CCR para procedimentos de enfermagem, o participante foi informado da pesquisa, seus objetivos e o método de coleta dos dados e a ele foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

### **5.5 Procedimentos Metodológicos para Coleta de Dados**

Foi realizada uma entrevista semi-estruturada conforme o roteiro proposto (APÊNDICE II). A entrevista semi-estruturada teve seu roteiro formulado para que o tempo da entrevista fosse no máximo de 1 hora, evitando que o entrevistado se sentisse desconfortável com a mesma. O local para realização desta foi em um dos consultórios do CCR, a qual foi gravada com autorização prévia do entrevistado e para posterior transcrição.

A após a realização das entrevistas, fez-se uma análise documental dos prontuários destes, para identificar especialmente o nível e a classificação da lesão, além da independência para as atividades diárias, visto que dados foram expressados pelos entrevistados de maneira incerta.

### **5.6 Registro e Análise dos Dados**

Para análise dos dados utilizou-se a análise temática, que, segundo Minayo (2009), tem como perspectiva a compreensão dos significados no contexto da fala. Como suporte para a análise dos dados qualitativos, utilizamos o software denominado de Atlas ti. O processo de análise incluiu os seguintes passos: apreensão, síntese e teorização. A apreensão envolveu a imersão nos dados com leituras e releituras das entrevistas, seguida da codificação a partir da segmentação e identificação das unidades de significado. Esses códigos foram agrupados por semelhança, selecionados os mais relevantes ao estudo, formando a categoria. Durante este processo, a fundamentação teórica foi utilizada como referência e base para as interpretações.



## **7 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Os resultados da pesquisa “Percepção sobre a pessoa com lesão medular sobre sua condição” são apresentados na forma de artigo científico conforme acordado pelo Colegiado da 8ª Fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

O artigo a seguir, cujo título é: “Pessoas com lesão medular e as diferentes percepções sobre a sua condição” segue as normas de publicação da Revista Texto & Contexto Enfermagem, a qual foi eleita pelos autores para submissão do mesmo. Ressalta-se que tal artigo mostra parte dos resultados que surgiram através da análise dos dados, devido a número restrito de páginas que podem ser publicadas. Além da escolha de um aprofundamento maior no que foi mais evidenciado no decorrer do estudo.

PESSOAS COM LESÃO MEDULAR E AS DIFERENTES PERCEPÇÕES SOBRE A SUA  
CONDIÇÃO  
PERSON WITH SPINAL CORD INJURY AND THE DIFFERENTS PERCEPTIONS  
ABOUT YOUR CONDITION  
PERSONAS CON LESIÓN MEDULAR Y DIFERENTES PERCEPCIONES SOBRE SU  
CONDICIÓN

*Ana Maria Fernandes Borges<sup>1</sup>, Paula Brignol<sup>2</sup>, Soraia Dornelles<sup>3</sup>, Albertina Bonetti<sup>4</sup>*

<sup>1</sup> Discente do Curso de Graduação de Enfermagem da UFSC.

<sup>2</sup> Discente do Curso de Graduação de Enfermagem da UFSC.

<sup>3</sup> Dra. Enfermeira. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSC.

<sup>4</sup> Dra. Educadora Física. Docente do Departamento de Desportos da UFSC.

**RESUMO:**

Este estudo diz respeito à pessoa com lesão medular, que depois do trauma depara-se com uma condição grave e incapacitante. Objetivou compreender a percepção da pessoa com lesão medular sobre sua condição. Foi realizada uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, com a realização de entrevistas semi-estruturadas a 25 pessoas com lesão medular. Os dados foram analisados através da análise temática. Constatou-se que as pessoas com lesão medular enfrentam e se percebem de maneiras diferentes a sua condição, o que gerou uma categoria, Lesão medular: Diferentes Percepções. Conclui-se que há a necessidade novos estudos sobre as diversas estratégias de enfrentamento adotadas pela pessoa com lesão medular e quais as percepções da pessoa com lesão medular. Supõe que a percepção está relacionada a capacidade funcional da pessoa com lesão medular.

**PALAVRAS-CHAVES:**

Medula espinhal; Reabilitação; Autonomia Pessoal; Enfermagem.

**ABSTRACT:**



This study is with person with spinal cord injury, that after the trauma she is in front of the condition serious and disability. The intention is understand the perception of the person with spinal cord injury about her condition. Was executed a qualitative research, exploratory and descriptive, with realization of the interviews semi-structured with 25 people with spinal cord injury. The data were analyzed per thematic analysis. Was found that the people with spinal cord injury confront and realize, each her way, her condition, than was been created one category, Spinal Cord: Different Perceptions. Concludes the necessity about studies about the many strategies de confront that person with spinal cord injury have and her different perceptions. It is assumed that the functional independence have relation with the perception.

**KEYWORDS:**

Spinal Cord; Rehabilitation; Personal Autonomy; Nursing.

**RESUMEN:**

Este estudio se refiere a la persona con lesión de la médula espinal, que después del trauma se enfrentan a una condición grave y incapacitate. Tuvo como objetivo comprender la percepción de las personas con lesión de la médula espinal sobre su condición. Se realizó una investigación cualitativa, de tipo exploratorio y descriptivo, con la realización de entrevistas semi-estructuradas a 25 personas con lesiones de la medula espinal. Los datos fueron analizados utilizando el análisis temático. Se encontraron que las personas con lesión de la médula espinal se enfrentan y se percibe, cada uno a su manera, su condición, lo que llevó a una categoría, Lesión de la médula espinal: Diferentes percepciones. Se concluye que existe la necesidad de nuevos estudios sobre las diversas estrategias de afrontamiento adoptadas por las personas con lesión de la médula espinal y sus diferentes percepciones. Se supone que la independencia funcional está relacionada con su percepción.

**PALABRAS CLAVES:**

Médula espinal; Rehabilitación; Autonomía Personal; Enfermería.

## INTRODUÇÃO

O presente estudo tem sua temática relacionada à pessoa com deficiência física, especialmente com lesão medular. O número de pessoas com deficiência física tem aumentado no mundo nos últimos anos, devido aos avanços tecnológicos por um lado, e à crescente violência, e aumento da expectativa de vida de outro. No Brasil a prevalência estimada de deficientes físicos por paralisação de ao menos um membro<sup>1</sup> é de 9,4 a cada mil habitantes.

De acordo com a OPAS, somente 2% dos 85 milhões de pessoas com deficiência têm assistência adequada na América Latina e 10% da população mundial vive com deficiência, mas sem acesso a direitos constitucionalmente adquiridos. Assim, a deficiência precisa ser abordada diferentes níveis: clínico, de reabilitação, social e político, já que pobreza e deficiência estão fortemente relacionadas<sup>2</sup>.

Após o trauma e diagnóstico da lesão medular, se depara com uma condição grave e incapacitante por um longo período de tempo, ou mesmo para o resto da vida; há alteração na sua imagem corporal e a busca do reconhecimento da nova condição física, o que pode afetar sua relação com o mundo que o cerca. Ou seja: a lesão medular é caracterizada pela perda da integridade física, o que promove a mudança da imagem corporal podendo também levar à desestruturação psíquica<sup>3</sup>. Portanto é esperado, devido à grande mudança de vida, reações, desde as mais exacerbadas até as mais inexpressivas, que estão interligadas com fatores internos e externos, os quais envolvem as condições psicológicas, sociais e, econômicas, além daquelas intrínsecas da pessoa.

A percepção é como fruto de uma somatória de sensações. Todavia as percepções informam sobre objetos internos e externos à ela e traduzem ações possíveis, onde o estado atual do pessoa e as ações reais influenciam no seu modo de ser. Ou seja, a percepção da pessoa com lesão medular influencia no seu modo de encarar a nova condição de vida melhorando assim sua qualidade de vida<sup>4-5</sup>.

As pessoas com lesão medular podem apresentar reações psicológicas como “agressividade, insegurança, ansiedade, impulsividade, isolamento social, desespero, sentimento de inferioridade, ambivalência, raiva, medo e desesperança”<sup>3:40</sup>.

O estudo, que resultou neste artigo, buscou saber da pessoa com lesão medular qual a percepção que ela possui a respeito da sua condição, a partir dos aspectos acima elencados. Teve como questão problematizadora: **Qual a percepção da pessoa com lesão medular**

**sobre sua condição?** O objetivo principal foi compreender a percepção da pessoa com lesão medular sobre sua condição de lesado medular e investigar algumas de suas características: idade, sexo, tempo, causa e nível da lesão medular. Foram entrevistadas vinte e cinco pessoas com lesão medular e a saturação dos dados resultou em diversas questões sendo a mais evidenciada diz respeito às diferentes percepções da pessoa com lesão medular possui sobre a sua condição.

## **METODOLOGIA**

O estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa descritiva, do tipo exploratória. Sendo o local para realização da pesquisa foi um centro de referência em reabilitação no Estado de Santa Catarina. Os participantes sujeitos do estudo foram pessoas com lesão medular participantes do programa de reabilitação do centro, que procuraram o serviço de enfermagem nos meses de agosto a outubro de 2010, no período da manhã, e como critério de inclusão: adultos ou jovens acompanhados de um responsável, com capacidade de comunicação, independentemente do tempo ou do nível da lesão, sem ter tido lesão cerebral além da lesão medular. Foram entrevistados vinte e cinco sujeitos, abaixo caracterizados, os quais são identificados com a letra P – participante - e o número correspondente da entrevista, para que haja a garantia de anonimato.

A pesquisa respeitou a Resolução 196/96, sendo esta enviada ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e aprovada através do parecer número 884 em 26/07/10.

Para realização da coleta dos dados, houve uma abordagem dos pesquisadores às pessoas que freqüentavam ou retornavam ao programa de reabilitação durante o período da coleta de dados. Os participantes do estudo foram esclarecidos quanto aos objetivos, método e análise dos dados da pesquisa, e esta foi por eles autorizado através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados deu-se através de entrevista semi-estruturada. Através dessa, buscou-se dados referentes a lesão, escolaridade, condições sócio-econômicas, família, quais atividades da vida diária eram realizadas e também se questionava ao entrevistado como ele se percebia como pessoa com lesão medular.

Buscou-se a análise documental para a confirmação dos dados relacionados ao nível da lesão e das atividades da vida diária, que por vezes foi mencionado pelo entrevistados de maneira incerta.

O registro dos dados foi feito com gravação e posterior transcrição das entrevistas, e, para análise dos dados utilizou-se a análise de temática, que, segundo Minayo, tem como perspectiva a compreensão dos significados no contexto da fala<sup>6</sup>. Para a organização dos dados foi utilizado o software ATLAS-ti. O processo de análise incluiu os seguintes passos: apreensão, síntese e teorização. A apreensão envolveu a imersão nos dados com leituras e releituras das entrevistas, seguida da codificação a partir da segmentação e identificação das unidades de significado. Esses códigos foram agrupados por semelhança, selecionados os mais relevantes ao estudo, formando a categoria. Durante este processo, a fundamentação teórica foi utilizada como referencia e base para as interpretações

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Caracterização dos sujeitos da pesquisa**

A coleta de dados desta pesquisa deu-se durante os meses de agosto, setembro e outubro de 2010, no Centro Catarinense de Reabilitação durante o Estágio Supervisionado II do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Neste período foram entrevistadas vinte e cinco pessoas com lesão medular. Dentre os entrevistados a idade variou entre 14 a 77 anos, e o tempo da lesão entre 4 meses a 14 anos, sendo a idade quando ocorreu o trauma raquimedular entre 3 a 63 anos. O nível de escolaridade predominante foi com o ensino fundamental incompleto, sendo que somente 1 entrevistado possui curso completo.

No que diz respeito ao estado civil, 12 são solteiro, 2 separados, 3 amasiados e 8 são casados. Há o predomínio familiar no convívio das pessoas com lesão medular, dos entrevistados 3 afirmam que não moram com a família, 1 vive com um amigo, 1 sozinho e o outro em uma instituição de longa permanência.

Dos participantes da pesquisas, somente 3 eram mulheres e a principal causa da lesão foi o ferimento por arma de fogo que foi relatado por 10 participantes, sendo eles todos homens em idade produtiva. O nível da lesão dos participantes da pesquisa variou de L2 a C4, possuindo classificação ASIA A a ASIA D, somente dois entrevistados a classificação ASIA não foi informada.

As pessoas com lesão medular participantes da pesquisa, as quais são independentes para as atividades da vida diária (AVD's), possui o nível da lesão entre L1 a C8 e a classificação ASIA entre ASIA A a ASIA D. O tempo de lesão destes participantes

independentes para a vida diária varia entre 10 meses a 14 anos de lesão. Os dependentes para as AVD's possuem o nível da lesão entre L2 a C4, sendo o tempo da lesão de 4 meses a 4 anos e 6 meses. As AVD's não realizadas relatadas pelos entrevistados estão desde a total dependência para as AVD's a não conseguir alimentar-se sozinho.

### **Lesão Medular: Diferentes Percepções**

A partir das falas dos participantes na pesquisa constatamos que eles percebem a sua condição, expressando-se de diversas formas. Houve saturação dos dados quanto ao tema percepção, que variou, desde a verbalização de sensação total de impotência para 'o vivenciar' da nova condição, até o entendimento de que a lesão medular não constitui problema, passando pelo estabelecimento concreto de metas a serem perseguidas, gradativamente, até o exercício de autonomia.

A autonomia está relacionada com a liberdade de escolha e ação que cada pessoa possui em relação a sua vida. Desta forma, pode-se considerar que capacidade de se autogovernar está relacionada à autonomia. No entanto a capacidade de se autogovernar de cada pessoa pode estar ligada a determinadas áreas da sua vida, sendo dependente dos demais nas demais áreas<sup>7-8</sup>.

No processo de reabilitação, a pessoa com lesão medular se depara com diversas situações, as quais permitem se perceber sobre sua condição e assim encarar a nova situação de maneiras diferentes seja por eles ou pelo seu entorno. As diferentes percepções da pessoa com lesão medular estão diretamente ligadas à autonomia que esta possui em relação a sua condição. O sentir-se impotente diante de uma situação, faz com que a pessoa com lesão medular sinta-se incapaz de se autogovernar, o que pode desencadear um efeito negativo no processo de reabilitação que um dos principais objetivos é a busca da autonomia.

Entre os entrevistados é unânime o relato de que há o aumento de dificuldades e limitações causadas pela lesão. Porém, reafirmando, são construídas diferentes estratégias para o enfrentamento destas limitações, assim gerando percepções diferentes sobre sua condição.

Todos nós possuímos desafios e isso se inicia a partir do nosso nascimento. Dificuldades nos são apresentadas e estas são superadas, amenizadas; a partir das estratégias de enfrentamento; de expectativas, perspectivas e determinações que estabelecemos para o alcance de nossos objetivos; e a partir da percepção que possuímos a respeito. Com a pessoa com lesão medular não é diferente, qualquer deficiente físico possui desafios a serem

superados e, resta a ela determinar e organizar quais ações devem ser estabelecidas para que a sua autonomia seja construída e exercida.

O enfrentamento da lesão medular é uma resposta mais abrangente do que a habitual, objetivando diminuir os gastos energéticos, físicos e emocionais relacionados à sua condição. Há também uma busca por pilares de sustentação que facilitem todo o processo, seja ele a religião, pensamento positivo, focalização no problema e busca de redes apoio para suporte social<sup>9</sup>.

A própria sociedade os desafia a todo o momento, pois é equipada para as pessoas ditas normais a partir de um padrão próprio do que seja normalidade, composto por pessoas com todos os órgãos sensitivos e motores funcionantes. E os deficientes físicos, quem são eles? O que eles possuem de diferente de nós? São cidadãos que possuem os mesmos direitos e deveres de uma pessoa sem alguma deficiência física, acrescido do fato de que, cabe à sociedade proporcionar esta igualdade, seja ela relacionada aos direitos ou aos deveres de cidadania. Isto vai ao encontro da Legislação - Lei nº 10098 sancionada em 2000 que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida<sup>10</sup>.

Sendo assim, as pessoas com lesão medular possuem o mesmo direito fundamental de ir e vir e de frequentar qualquer espaço público. Porém, são encontradas várias dificuldades, o que contribui para que ela perceba-se diferente dos demais e assim tentar estabelecer estratégias para enfrentar esses desafios impostos pela sociedade e pela sua condição, que se expressam em enfrentamentos mais ou menos construtivos de sua autonomia. “[...] o enfrentamento a uma adaptação bem sucedida está positivamente associado à adoção de estratégias focadas no problema, como busca do suporte social e percepção de controle sobre a própria saúde”<sup>11</sup>.

Diversas estratégias são construídas para o enfrentamento da condição de lesão medular, e que uma pessoa pode se utilizar uma ou mais delas<sup>11</sup>. A qual resulta em diferentes percepções sobre a condição de pessoa com lesão medular. E estas são distribuídas em subcategorias: *Impossibilidade de superar sua nova condição; Possibilidade de adaptar-se a sua nova condição de vida; A família e entorno, apoio essencial; Todos têm problemas a serem superados.*

*Impossibilidade de superar sua nova condição*

Esta subcategoria está relacionada ao sentimento de perda verbalizado por alguns dos entrevistados. Neste caso, a pessoa com lesão medular sente-se incapaz de se autogovernar, devido a sua dependência e à falta de controle sobre si mesmo. Para eles não há possibilidade de autonomia. Quando na verdade a autonomia também está ligada à capacidade da pessoa de escolher e agir, tendo opções e autogoverno sobre sua vida.

Existe a perda de si mesmo, o “sujeito” ideal é aquele anterior a sua nova condição, havendo a valorização da perda e do passado, em detrimento das capacidades que lhes restam, pois elas parecem sem utilidades e sem a perspectiva de mudança ou melhora.

Vários sentimentos ficam exacerbados e podem ser positivos ou negativos, afetando o processo de reabilitação. No entanto, é comum e esperado que este se apresente nas várias fases da reabilitação. Segundo Anjos (1991) apud Pereira e Araujo (2009) os sentimentos de desamparo, fraqueza, depressão, rejeição do novo modo de vida, auto-imagem distorcida e insegurança, fazem parte do cotidiano das pessoas que convivem com mudanças bruscas em seu estilo de vida <sup>13</sup>.

*[...] sinto-me triste quase sempre, quase todo dia, não aquele baixo-astrol todo, mas às vezes quando eu fico sozinho, começo a pensar antes desse acidente. Começo a comparar o antes e o depois, o que eu podia e o que eu não posso. Então é aonde bate a tristeza. [...] Têm certos tipos de coisas que eu fazia e não posso fazer. Eu sinto inveja dos outros, quando vejo alguém correndo eu me sinto mal, não posso fazer igual, [...] então isso me deixa muito mal[...]. (P8)*

*[...] antes eu podia cuidar de mim mesmo, podia me virar. Qualquer problema eu podia tentar resolver sozinho, podia pedir ajuda de alguém, mas eu era o principal que podia me ajudar. Só que agora não, agora eu estou totalmente vulnerável a tudo, se não tiver alguém ali do meu lado, pra me dar água, eu posso morrer de sede, fome, de vez em quando eu fico tonto, passo mal, desmaio, ai se não tiver alguém do lado [...] eu sozinho, estou totalmente vulnerável, desprotegido [...]. (P17)*

*[...] eu não tenho como me movimentar, não é? Porque antes eu andava muito e agora eu não consigo mais[...]. (P22)*

### *Possibilidade de superar sua nova condição de vida*

As limitações impostas pela lesão medular induzem a pessoa a reconhecer sua condição, e assim construir metas pequenas e constantes:

*[...] eu estou lutando para minha escara sarar, não é? [...] Eu sei que ela já está bem menor, então já é uma luta que eu estou vencendo. Têm outras lutas para eu vencer, para eu tomar banho, trocar a minha roupa. São outras lutas que eu ainda vou começar, mas é uma coisa de cada vez. Enquanto eu não conseguir, eu não paro e vou lutando para aquilo até conseguir. Então por isso, eu me acho um lutador [...]. (P10)*

Cada pessoa possui uma perspectiva diante de cada situação na sua vida. O importante é entender que a vida não parou, houve uma grande mudança, o que não a impede de tocar a vida, de ter planos.

*[...] a vida não é fácil, a gente vai aprendendo tudo de novo, não é? Quando nasce a gente tem que aprender a engatinhar, não é? E a gente vai aprender tudo diferente de novo, só não vamos andar mais, muda tudo assim. Mas eu não tenho do que reclamar [...]. (P17)*

*[...] tudo parte do princípio de a gente estimular, não vou desanimar [...] eu só tenho 28 anos, tenho muito tempo ainda para tentar, muito tempo, não sei quando eu vou morrer ninguém sabe. Mas eu tenho muito tempo para tentar e para não desistir, nem que eu leve uns 30 anos [...] e eu não vou desistir, nem que seja a última coisa que eu faça [...]. (P19)*

A adaptação bem sucedida a esta condição está positivamente associada à adoção de estratégias focadas no problema, como busca de suporte social e percepção de controle sobre a própria saúde<sup>11-12</sup>.

A adaptação da pessoa com lesão medular à sua nova condição passa por diversas fases, não impedindo esta de continuar a desenvolver suas metas, seus planos e trabalhar para melhorar sua qualidade de vida, continuar a estabelecer perspectivas e manter suas expectativas de vida, inclusive ampliando o leque de possibilidades de superação e até de confronto da atual condição de vida.

Qualquer pessoa que percebe seus desafios como algo a ser superado, faz com que esses sejam vencidos com mais facilidade. Não é diferente com a pessoa com lesão medular, a partir do momento que ela encara sua nova condição de vida como uma limitação, a qual não a impede de continuar a traçar seus objetivos. O método pode ser mais difícil, mas o resultado será alcançado. Percebe-se que a pessoa com lesão medular capaz de superar seus limites, com alta governabilidade sobre si torna-se autônoma, dependendo cada vez menos dos seus potenciais cuidadores.

#### *A família e o entorno, apoio essencial*

Toda situação de enfrentamento da pessoa com lesão medular está relacionada a fatores inerentes à deficiência, os relativos à pessoa, assim como o contexto social (Vash, 1988 citado por Murta e Guimarães, 2007)<sup>11</sup>. Uma das abordagens de enfrentamento é a busca de rede de apoio para suporte social, como o apoio familiar e o companheirismo das amizades.

*[...] no estado em que eu estou a gente precisa de companheirismo, porque nessas horas tem que ter companheirismo, é muito difícil, para quem convive com essa*



*situação [...] tem que ter amor, companheirismo... até porque tem uma mudança na vida, tem que estar bem preparado mentalmente.[...] eu tenho uma família muito participativa [...]. (P9)*

O suporte social é considerado um fator relevante no processo de reabilitação, proporcionando a adaptação à condição de pessoa com lesão medular. A família é o alicerce que influencia na percepção da pessoa com lesão medular na sua nova condição. No entanto, ela também necessita de apoio para enfrentar esta situação <sup>11</sup>. Murta e Guimarães (2007) referenciando Vash (1988) citam que “[...] o cliente em processo de reabilitação é o grupo familiar e não somente a pessoa com deficiência: embora somente um membro da família ‘possua’ deficiência, todos os membros da família são afetados e, até certo ponto, incapacitados por ela” <sup>11:59</sup>.

A qualidade de vida de pessoas com lesão medular está intrinsecamente associada à reabilitação, processo que facilita a adaptação à nova condição através da independência funcional, melhora da auto-estima e inclusão social <sup>14</sup>. A percepção positiva da pessoa com lesão medular diante da sua condição é importante para que haja melhora na qualidade de vida do indivíduo, para que isso acontece é necessário que a família e o entorno da pessoa com lesão medular estejam presentes, fazendo com que as limitações sejam amenizadas e muitas vezes superadas.

Assim, a partir do momento que a pessoa com lesão medular traça seus objetivos, os quais são superados e são estabelecidas novas metas com alta governabilidade sobre sua condição em busca da autonomia, família e amigos da pessoa com lesão medular possuem um papel extremamente importante. Pois a partir disso, a pessoa com lesão medular percebe-se como o principal responsável sobre sua vida, e seu entorno é o elo de apoio entre as limitações vivenciadas por ele e ela.

A adaptação é um processo que ocorre quando a pessoa interage com o ambiente, a pessoa com lesão medular pode adotar diferentes métodos para enfrentar as diferentes situações a ele apresentada, e agir de diferentes maneiras às mesmas situações, dependendo dos recursos pessoais, ambientais e familiares disponíveis.

*Todos têm problemas a serem superados*

A idade em que ocorre a lesão é um ponto importante no processo de enfrentamento, pois seleciona as experiências vividas pelo portador dessa condição mostrando que, adultos

que sofreram a lesão medular na infância apresentam menos problemas de adaptação, do que pessoas que adquiriram a lesão durante a fase adulta, tanto de forma traumática quanto não traumática<sup>11</sup>. Desta forma, a percepção da pessoa com lesão medular também se diferencia de acordo com o momento e como foi ocorrido a lesão.

É possível que seja mais fácil para a pessoa que sofreu lesão na infância desenvolver melhor o enfrentamento comportamental do que o adulto; substituir uma rotina já existente por outra, agora com a ruptura da limitação. Enquanto a criança adapta-se ao seu corpo e ao meio externo já com as limitações físicas presentes, o adulto, precisa desenvolver novos mecanismos para realizar atividades antes realizadas sem dificuldades<sup>11</sup>.

Independente da idade existem limitações. Atitudes devem ser estabelecidas para que as dificuldades sejam superadas, no entanto apesar das limitações a percepção dessas pessoas muda. Pois quando adulto, a imagem da sua condição anterior é muito presente e quando a lesão foi na sua infância ou o tempo de lesão é longo, a imagem predominante é a da sua atual condição física.

Me sinto feliz, adaptado, tranquilo com a vida que levo. [...] afinal são 11 anos.  
(P18)

Há, ainda, casos em que a percepção está naturalmente intrínseca ao processo de viver, pois a pessoa já tem um sentimento de normalidade perante a sua condição. Seja por não ter vivenciado outra situação em sua vida, por estar completamente adaptado ou ter aceitado a sua nova condição.

Acho que por ter perdido meus movimentos eu não sou diferente de ninguém. Graças a Deus, meus pensamentos, minha cabeça funciona direito. Não tem o porquê eu ser diferente, meu corpo é igual de todo mundo, só porque estou com problema. Mas quem não tem problema nessa vida? (P10)

A forma que a pessoa se percebe sobre sua condição varia de acordo com a forma que ela encara a sua nova condição de vida. A partir do momento que ela a aceita como parte dela, onde a sua vida continua como as das demais pessoas do seu entorno, é possível que ela aceite melhor sua condição de pessoa com lesão medular. E assim consegue viver e estabelecer metas, alcançar objetivos. E pode, desta forma, realizar seus sonhos, mesmo que eles precisem ser adaptadas à sua nova vida.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As vítimas de trauma raquimedular são, predominantemente, homens jovens em idade produtiva; sendo a causa da lesão ferimento por arma de fogo e acidentes automobilísticos em 68% dos entrevistados.

A família é um alicerce importante no processo de reabilitação da pessoa com lesão medular, pois pode proporcionar uma melhor adaptação diante da situação apresentada, estimulando a pessoa com lesão medular a estabelecer metas e perspectivas em relação a sua nova condição de vida. Outro fator contribuinte à melhor adaptação a esta nova condição é o entorno que a pessoa com lesão medular possui, neste momento, além da família, os amigos também são importantes, assim como a boa receptividade da sociedade. No entanto, tal fato está longe de ser alcançado, já se avançou muito, mas a sociedade também precisa se adaptar para acolher a todos, sejam eles com ou sem deficiência física.

É possível compreender que a pessoa com lesão medular, a qual se sente confiante e capaz de atingir suas metas, encara melhor sua nova condição de vida, mostrando-se mais esperançosa com o processo de reabilitação.

No processo de reabilitação o principal “personagem” é a pessoa com lesão medular, onde a equipe e seu entorno são os alicerces para o desempenho e sucesso da reabilitação. Visto que tudo dependerá das expectativas que cada pessoa possui diante da sua condição.

O estabelecimento de metas, o enfrentamento da nova condição da pessoa com lesão medular, faz com que esta torne autônoma e com capacidade de se autogovernar, visto que a autonomia da pessoa com lesão medular não está relacionada, exclusivamente, ao seu nível de lesão, ou à sua classificação de independência funcional.

Os achados desta pesquisa apontam para a necessidade de estudos que aprofundem, ainda mais, as diversas estratégias que as pessoas com lesão medular utilizam para enfrentar sua nova condição, assim como quais as percepções que elas possuem diante da condição física. Supõe-se que a capacidade funcional da pessoa com lesão medular está relacionada à capacidade de se autogovernar, assim como a autonomia adquirida por ele.

## **REFERÊNCIAS**

1. Castro SS, et al. Deficiência visual, auditiva e física: prevalência e fatores associados em estudo de base populacional. Cad. Saúde Pública. 2008 Ago; 24 (8): 1773-1782.

2. Elias MP, Monteiro LMC, Chaves, CR. Acessibilidade a benefícios legais disponíveis no Rio de Janeiro para portadores de deficiência física. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008 Mai-Jun; 13 (3):1041-1050.
3. Fecho MB, Pacheco KMB, Kaihami HN, Alves VLR. A repercussão da lesão medular na identidade do sujeito. *Acta Fisiatr*. 2009; 16 (1): 38-42
4. Worms, F. *Le Vocabulaire de Bergson*. Paris: Ellipses; 2000
5. Menendéz JG. A relação entre percepção e memória: aproximações e divergências entre Freud e Bergson. *Rev AdVerbum*. 2006; 1 (1): 23-34.
6. Minayo MCS. O Desafio da Pesquisa Social. In: Minayo MCS, Delandes SF, Gomes R. *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. 28ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Vozes; 2010: 9-79
7. Diogo MJDE. A dinâmica dependência-autonomia em idosos submetidos à amputação de membros inferiores. *Rev Lat Am Enferm*. 1997; 5 (1): 59-64.
8. Machado WCA, Scramin AP. (In) dependência funcional na dependente relação de homens tetraplégicos com seus (in) substituíveis pais/cuidadores. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44 (1): 53-60.
9. Pereira MESM, Araújo TCCF. Estratégias de enfrentamento na reabilitação do traumatismo raquimedular. *Arq Neuropsiquiatr*. 2005; 63 (2B): 502-507.
10. Presidência da Republica; Casa Civil; Subchefia para Assuntos Jurídicos, Lei N°10098, (Dec, 19, 2000)
11. Murta S, Guimarães SS. Enfrentamento à lesão medular traumática. *Estudos de Psicologia*. 2007; 12 (1): 57-63.
12. Livneh H. Psychosocial adaption to spinal cord injury: the role of coping strategies. *Journal of Apphed Rehabilitation Counseling*. 2000; 31: 3-10.

13. Pereira MESM, Araújo TCCF. Enfrentamento e reabilitação de portadores de lesão medular e seus cuidadores. PSICO Porto Alegre PUCRS. 2006 Jan-abr; 37 (1): 37-45, jan./abr.
  
14. Vall J, Braga BAV, Almeida PC. Estudo da qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática. Arq Neuropsiquiatr. 2006; 64(2B):451-455.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a decisão de realizar nosso trabalho com a pessoa com lesão medular, soubemos que vários desafios iriam surgir. Afinal, o contato com a reabilitação, com pessoas com lesão medular durante a graduação, foi quase que nulo. Tal fato não foi visto como um empecilho para nós.

Conciliar o Estágio Supervisionado II junto à coleta dos dados do Trabalho de Conclusão de Curso fez como que criássemos uma relação com as pessoas com lesão medular e os demais pacientes que são atendidos no Centro Catarinense de Reabilitação e assim conseguimos compreender o processo de reabilitação. O qual deve ser iniciado durante a internação hospitalar.

A partir do desenvolvimento desta pesquisa percebemos que alguns resultados corroboram com o já divulgado na literatura, que: as vítimas de trauma raquimedular são, predominantemente, homens jovens, em idade produtiva; a causa da lesão mais evidenciada está relacionada com a violência urbana, através do ferimento por arma de fogo e acidentes automobilísticos em 68% dos entrevistados.

A família é um alicerce importante no processo de reabilitação da pessoa com lesão medular, pois pode proporcionar uma melhor forma de enfrentar à sua nova situação, estimulando a pessoa com lesão medular a estabelecer metas e perspectivas em relação a sua nova condição de vida. Outro fator contribuinte à melhor adaptação a esta nova condição é o entorno que a pessoa com lesão medular possui, neste momento, além da família, os amigos também são importantes, assim como a boa receptividade da sociedade. No entanto, tal fato está longe de ser alcançado, apesar dos avanços já conseguidos, a sociedade também precisa se adaptar para acolher a todas as pessoas, sejam elas com ou sem deficiência física.

É possível compreender que a pessoa com lesão medular, quando se sente confiante e capaz de atingir suas metas, encara e percebe melhor sua nova condição de vida, mostrando-se mais esperançosa com o processo de reabilitação.

O estabelecimento de metas, à adaptação à nova condição da pessoa com lesão medular, e a percepção que a pessoa com lesão medular tem sobre si mesmo, faz com que esta se torne autônoma e com capacidade de se autogovernar, visto que a autonomia da pessoa com lesão medular não está relacionada, exclusivamente, ao seu nível de lesão, ou à sua classificação de independência funcional.

Os achados desta pesquisa apontam para a necessidade de estudos que aprofundem, ainda mais, as diversas estratégias que as pessoas com lesão medular utilizam para enfrentar

sua nova condição, assim como quais as percepções que elas possuem diante da condição física. Supõe-se que a capacidade funcional da pessoa com lesão medular está relacionada à capacidade de se autogovernar, assim como a autonomia adquirida por ele.

Destacam-se entre as diversas questões apontadas nesse estudo, principalmente a diferença de percepção da pessoa com lesão medular para as pessoas ditas normais. Contudo, esta pesquisa deve ter continuidade, para que os demais questionamentos levantados no decorrer desta sejam abordados. Sabemos muito pouco sobre como a pessoa com lesão medular se sente em relação a outras pessoas da sociedade, porém sabemos que muitos, quando adaptados à sua nova condição de vida, não se enxergam diferentes, provando que é possível viverem e tornarem-se autônomos apesar das dificuldades enfrentadas todos os dias para superarem seus próprios limites. Mas o estudo também mostrou que muitos se sentem diferentes dos demais, sentem-se “presos” à cadeira de rodas, percebem o sentimento de desprezo e pena das pessoas, até pelos amigos mais próximos. Tal fato os deixa deprimidos o que pode influenciar no processo de reabilitação.

Cada ser humano possui uma percepção diferente a respeito da sua vida, e diversos fatores contribuem para que tal visão seja formada, através dos aspectos culturais, sócio-econômicos, psíquicos, emocionais, cognitivos. Com a pessoa com lesão medular a diferença entre a percepção de cada um é mais evidenciada, pois ela também está relacionada às estratégias de enfrentamento utilizadas por cada uma diante da nova condição de vida.

Em relação ao tema acessibilidade, fica evidente que esta questão está articulada ao sentimento de diferença que o cadeirante tem em relação aos demais, pois nos lugares que ele possui livre acesso muitas vezes esquece que as suas pernas foram substituídas pelas rodas. Mas, infelizmente poucos são os lugares com acesso e infra-estrutura adequada ao cadeirante, como citado melhor acima, mas ainda tem muito a ser feito. Desta forma, pode-se afirmar que a acessibilidade está, também, relacionada com a autonomia, com a capacidade de se autogovernar. A qual é buscada, ou deve ser durante todo o processo de reabilitação.

## REFERÊNCIAS

- ABBAGNAMO, N. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Martins Fontes. 4 ed, 2000.
- ARES, M. J. J.; CRISTANTE, A. F. Tratamento. In: GREVE, J. M. D'A. **Tratado de medicina de reabilitação**. São Paulo: Rocca, 2007. p. 402-411.
- ASIA. **American Spinal Injury Association**. Disponível em: <http://www.asia-spinalinjury.org/> Acesso em 05/07/2010.
- BAMPI, L. N. S.; GUILHEM, D.; LIMA, D. D. Qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática: um estudo com o WHOQOL-bref. *Rev Bras Epidemiol*. v. 11, n. 1, 2008, p. 67-77
- BARRO FILHO, T. E. P; CRISTANTE, A. F. Tratamento Neuropático – Fase Aguda. In: GREVE, J. M. D'A. **Tratado de medicina de reabilitação**. São Paulo: Rocca, 2007. p. 392-404.
- BECK, C. L.C.;GONZALES, R. M. B.;LEOPARDI, M. T. Detalhamento da Metodologia. In: BECK, C. L.C.;GONZALES, R. M. B.;LEOPARDI, M. T. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Florianópolis: UFSC/PEN. 2 ed. rev. e atual., 2002. 290 p.
- BRUNI, D. S.; et al . Aspectos fisiopatológicos e assistenciais de enfermagem na reabilitação da pessoa com lesão medular. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, Mar. 2004 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-562342004000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-562342004000100009&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 de junho de 2010.
- CASALIS, M. E. P. Etiologia e Epidemiologia. In: GREVE, J. M. D'A. **Tratado de medicina de reabilitação**. São Paulo: Rocca, 2007. p. 384-385.
- \_\_\_\_\_. Quadro Clínico – Exame Neurofisiátrico.. In: GREVE, J. M. D'A. **Tratado de medicina de reabilitação**. São Paulo: Rocca, 2007. p. 386-391.
- CASTRO, A.W.; GREVE, J. M. D'A. Ossificação heterotrópica em pacientes com lesão medular traumática: associação com antígenos do sistema HLA. *Acta. Ortop. Bras*: São Paulo, n.11, v.2. 2003, p. 102-109
- CASTRO, S. S., et al. Deficiência visual, auditiva e física: prevalência e fatores associados em estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**. v. 24, n. 8, 2008, p. 1773-1782.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_96.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm) Acesso em: 18 de junho de 2010.
- Constituição da República Federativa do Brasil – 1988**. Editora Revista dos Tribunais: São Paulo. 1988. 93 p..
- DUARTE, S. J. H; MAMEDE, M. V; ANDRADE, S. M. O. Opções Teórico-Metodológicas em Pesquisas Qualitativas: Representações Sociais e Discurso do Sujeito Coletivo. **Saúde**



**Soc.:** São Paulo, v.18, n.4, 2009, p.620-626. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n4/06.pdf> Acesso em: 30 de maio de 2010.

ELIAS, M. P.; MONTEIRO, L. M. C.; CHAVES, C. R. Acessibilidade a benefícios legais disponíveis no Rio de Janeiro para portadores de deficiência física. **Ciênc. saúde coletiva:** Rio de Janeiro, vol.13, n.3, 2008, p. 1041-1050.

FECHIO, et al. A repercussão da lesão medular na identidade do sujeito. **Acta Fisiatr:** São Paulo, v. 16, n. 1, 2009. p. 38-42. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br) Acesso em: 21 de maio de 2010.

FERRAZ, M. C. F. Percepção, imagem e memória na modernidade: uma perspectiva filosófica. **Rev. Brasil. De Ciências da Comunicação.** São Paulo. v. 17, n 1, 2004.

GREVE, J. M. D'A. **Tratado de medicina de reabilitação.** São Paulo: Rocca, 2007. 1951p

GIANNI, M. A. C. Fisiopatologia da Espasticidade. In: GREVE, J. M. D'A. **Tratado de medicina de reabilitação.** São Paulo: Rocca, 2007. p. 340-341.

**Investigação clínica das úlceras de pressão em pacientes portadores de lesão medular uma proposta fisioterapêutica.** Disponível em: [http://www.fag.edu.br/tcc/2006/Fisioterapia/investigacao\\_clinica\\_das\\_ulceras\\_de\\_pressao\\_e\\_m\\_pacientes\\_portadores\\_de\\_lesao\\_medular\\_uma\\_proposta\\_fisioterapeutica.pdf](http://www.fag.edu.br/tcc/2006/Fisioterapia/investigacao_clinica_das_ulceras_de_pressao_e_m_pacientes_portadores_de_lesao_medular_uma_proposta_fisioterapeutica.pdf) Acesso em: 20 de junho de 2010.

LEITE, V. B. E.; FARO, A. C. M. E. O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. **Rev. Esc. Enferm. USP: São Paulo,** n.39, v. 1, 2005, p.92-96.

REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO. **Lesão Medular.** Disponível em: <http://www.sarah.br/> Acesso em: 04 de maio de 2010.

MACEDO S.P., CHIATTONE H. B., LIANZA S., VIEIRA M. S. R. Avaliação dos aspectos psicológicos de pacientes portadores de lesão medular. **Med Reabil.** 1995; 40:11-5.

MENÉNDEZ, J. G. A relação entre percepção e memória: aproximações e divergências entre Freud e Bergson. **Revista AdVerbum.** v.1, n.1, 2006, p. 23-34.

MEYRES, A. R. The epidemiology of traumatic spinal cord injury in the United States. In S. Nesathurai (Ed.). The rehabilitation of people with spinal cord injury. Boston Medical Center. 2001, p. 9 a 13

MINAYO, M. C. S. O Desafio da Pesquisa Social. In: MINAYO, M. C. S; DELANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade.** Rio de Janeiro: Vozes. 28 ed., 2009.

MURAD, P. Riso e aniquilação: a comicidade em Bérqson e Pirandello. **Comum.** v.13, n 29, 2007, p. 117 a 128.

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

NÓBREGA, J. C. M. Dor Mielopática. In: GREVE, J. M. D'A. **Tratado de medicina de reabilitação**. São Paulo: Rocca, 2007. p. 413-433.

**OMS**. Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <http://www.who.int/topics/en/index.html#top> Acesso em: 20 de junho de 2010.

PEREIRA, M. E. S. M.; ARAÚJO, T. C. C. F. Enfrentamento e reabilitação de portadores de lesão medular e seus cuidadores. **Psico**: Porto Alegre, v. 37, n.1, jan/abr. 2006, p. 37-45.

\_\_\_\_\_. Estratégias de enfrentamento na reabilitação do traumatismo raquimedular. **Arq Neuropsiquiatr**. v. 63, n. 2B, 2005, p. 502-507.

Presidência da Republica; Casa Civil; Subchefia para Assuntos Jurídicos, **Lei N°7713**, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L7713.htm> Acessado em 30 de maio de 2010

Presidência da Republica; Casa Civil; Subchefia para Assuntos Jurídicos, **Lei N°10098**, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L10098.htm> Acessado em 30 de maio de 2010

Presidência da Republica; Casa Civil; Subchefia para Assuntos Jurídicos, **Lei N°7853**, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L7853.htm> Acessado em 30 de maio de 2010

Presidência da Republica; Casa Civil; Subchefia para Assuntos Jurídicos, **Lei N°8899**, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8899.htm> Acessado em 30 de maio de 2010

Presidência da Republica; Casa Civil; Subchefia para Assuntos Jurídicos, **Lei N°7713**, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L7713.htm> Acessado em 30 de maio de 2010

Presidência da Republica; Casa Civil; Subchefia para Assuntos Jurídicos, **Decreto N° 129**, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto/1990-1994/D0129.htm> Acessado em 30 de maio de 2010

**Trauma Raquimedular**. Disponível em: <http://www.sogab.com.br/traumaraquimedular.pdf> Acesso em: 15 de maio de 2010.

WORMS, F. **Le Vocabulaire de Bergson**. Paris: Ellipses. 2000.

## APÊNDICES

## Apêndice I



**UNIVERSIDADE FEDERAL SANTA CATARINA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convidamos o(a) Sr(a) para participar do estudo intitulado **“PERCEPÇÃO DA PESSOA COM LESÃO MEDULAR SOBRE SUA CONDIÇÃO”** que será coordenado pela Enfermeira Professora Doutora Soraia Dornelles Schoeller, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e realizado pelas acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal e Santa Catarina, Ana Maria Fernandes Borges e Paula Brignol.

O estudo tem por objetivo compreender a percepção da pessoa com lesão medular sobre sua condição de lesado medular. A coleta de dados será realizada através de uma entrevista contendo perguntas relacionadas à sua condição como lesado medular: tempo da lesão, nível da lesão, tipo de lesão, redes de cuidados e de apoio situações enfrentadas no dia-a-dia.

Garantimos que seu nome e qualquer outro dado pessoal serão mantidos em sigilo e que o(a) Sr(a) terá liberdade para desistir do estudo a qualquer momento, mesmo que já tenha assinado este termo de consentimento, não implicando em qualquer ônus ou prejuízo para a assistência que recebe.

Após ler o presente Termo de Consentimento e aceitar participar da pesquisa, pedimos que o assine. Qualquer informação adicional ou esclarecimento a respeito do trabalho poderá ser obtido junto às responsáveis:

- Endereço Dra. Soraia: Universidade Federal de Santa Catarina: Departamento de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Bairro Trindade, Florianópolis/SC, Cep: 88.040-900. Telefone: (48) 3721- 9480. e-mail: soraia@ccs.ufsc.br

- Contatos das Acadêmicas:

Ana Maria Fernandes Borges – Telefone: (48) 3249-8269 e (48) 8404-7662. E-mail: a.fborges@yahoo.com.br

Paula Brignol – Telefone: (48) 3269-3078 e (48) 9121-9898. E-mail: paulabrignol@hotmail.com

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que participo e que fui esclarecido sobre os objetivos e métodos deste estudo, estando ciente que posso desistir de participar em qualquer momento e ainda que terei meu direito de anonimato preservado, assim como o sigilo dos meus dados pessoais fornecidos.

---

Ass. da participante ou responsável

---

Ass. Pesquisadora

Florianópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010

**Apêndice II****ROTEIRO DA ENTREVISTA****PERCEPÇÃO DA PESSOA COM LESÃO MEDULAR SOBRE SUA CONDIÇÃO****I) IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Filhos: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_

Renda: \_\_\_\_\_

Com quem vive: \_\_\_\_\_

**II) SOBRE A LESÃO MEDULAR:**

Tempo da lesão: \_\_\_\_\_

Nível da lesão: \_\_\_\_\_

Independência para AVDs (Atividades da Vida Diária): \_\_\_\_\_

Tipo de lesão (completa ou incompleta): \_\_\_\_\_

**III) DIGA TRÊS PALAVRAS QUE DESCREVAM COMO VOCÊ SE PERCEBE COM LESÃO MEDULAR:**\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**IV) DAS PALAVRAS CITADAS, PERGUNTA-SE:**Como?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quando?

---

---

---

Onde?

---

---

---

Por que?

---

---

---

Há alguma situação em que você se sinta diferente? Qual?

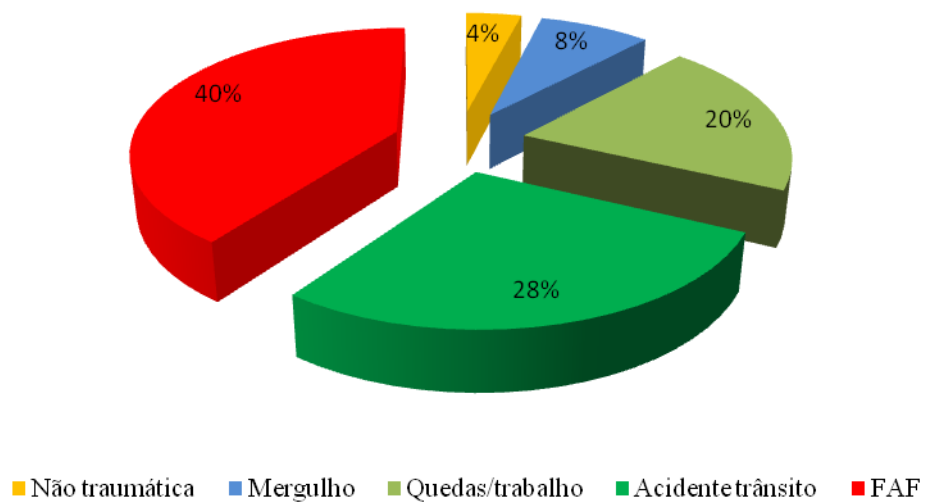
---

---

---

## Apêndice III

**Gráfico 1** - Lesão medular segundo as causas entre os sujeitos participantes, Florianópolis, 2010



## Apêndice IV

**Quadro 1** - Caracterização das pessoas com lesão medular participantes da pesquisa, segundo idade, sexo, estado civil, renda, nível, classificação da lesão, Santa Catarina, 2010.

Idade	Idade na lesão	Tempo da Lesão (anos)	Sexo	Escola-ridade	Estado Civil	Filhos	Com quem vive	Renda (SM)	Nível lesão	ASIA
14	3	6	M	E.F.I.	Solteiro	Não	Mãe	1	T2	A
18	16	2	M	E.M.I.	Solteiro	Não	pais e irmãos	N. I.	T11	A
18	16	2	M	E.F.I.	Solteiro	Sim	amigo	1	T3	A
19	19	4m	M	E.M.I.	Solteiro	Não	Pais	4 a 5	T5	A
19	17	1	M	E.F.I.	Amasiado	Não	namorada	N. I.	T7	B
19	17	2a 3m	M	E.F.C.	Solteiro	Não	Pai	1	C4	A
19	18	1	M	E.F.I.	Solteiro	Não	mãe e irmãos	N. I.	T2	A
20	19	8 m	M	E.F.I.	Amasiado	sim	Pais	1	T11	A
25	22	2a 10m	M	E.S.I.	Solteiro	Não	Pais	5 a 10	C5	N.I
25	24	1a 6m	M	E.F.C.	Amasiado	sim	cônjuge e filho	2 a 3	C6	NI
28	27	10m	F	E.S.I.	Solteira	sim	filhos	1 a 2	C8	C
31	27	4a 6m	M	E.F.I.	Casado	Não	cônjuge	N.I	T4	A
33	29	4a 6m	F	E.M.C.	Solteira	Não	Pais	2 a 3	T11	A
33	27	6	M	E.F.I.	Solteiro	Não	sozinho	1	T3	A
33	28	5	M	E.F.I.	Casado	sim	cônjuge	1 a 2	T12	A
38	36	2a 10m	M	E.F.I.	Casado	sim	cônjuge e filhos	2 a 3	C5	B
38	37	1a 3m	F	E.F.C.	Casada	sim	cônjuge e filhos	2 a 3	T4	A
40	26	14	M	E.F.I.	Casado	sim	cônjuge e filhos	1 a 2	C8	B
41	33	7m	M	E.M.C.	Solteiro	Não	mãe e irmãos	1 a 2	C4	A
42	40	1a 8m	M	E.F.C.	Solteiro	sim	ILPI	N.I.	T12	A
42	41	1a 9m	M	E.M.C.	Separado	sim	filhos e parente	1 a 2	T2	A
45	42	2a 11m	M	E.F.I.	Casado		cônjuge	1 a 2	C5	C
47	46	1a 4m	M	E.F.I.	Casado	sim	cônjuge	2 a 3	L1	D
49	49	6m	M	E.F.I.	Separado	sim	Mãe	N. I.	L2	C
77	63	14	M	E.S.C.	Casado	sim	cônjuge	> 15	T11	D

**Legenda:** E.F.I.= Ensino Fundamental Incompleto; E.F.C.= Ensino Fundamental Completo; E.M.I.= Ensino Médio Incompleto; E.M.C.= Ensino Médio Completo; E.S.I.= Ensino Superior Incompleto; E.S.C.= Ensino Superior Completo; N.I.= Não Informado.



**Apêndice V**

**Quadro 2** - Sujeitos com lesão medular independentes para as Atividades da Vida Diária segundo tempo da lesão, idade no trauma, nível e classificação da lesão, Santa Catarina, 2010

<b>Idade atual (anos)</b>	<b>Tempo da Lesão (anos)</b>	<b>Idade no trauma (anos)</b>	<b>Nível da lesão</b>	<b>Classificação</b>
33	4 anos e 6 meses	29 anos	T11	ASIA A
18	2 anos	16 anos	T11	ASIA A
42	1 ano e 8 meses	40 anos	T12	ASIA A
40	14 anos	26 anos	C8	ASIA B
38	1 ano e 3 meses	37 anos	T4	ASIA A
33	6 anos	27 anos	T3	ASIA A
18	2 anos	16 anos	T3	ASIA A
33	5 anos	28 anos	T12	ASIA A
14	6 anos	3 anos	T2	ASIA A
28	10 meses	27 anos	C8	ASIA C
47	1 ano e 4 meses	46 anos	L1	ASIA B
77	14 anos	63 anos	T11	ASIA D

## Apêndice VI

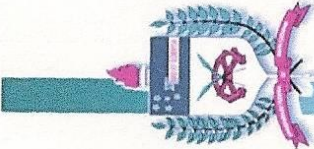
**Quadro 3** - Sujeitos com lesão medular dependentes para as Atividades da Vida Diária(AVD) segundo tempo da lesão, idade no trauma, nível e classificação da lesão, Santa Catarina, 2010.

Tempo da Lesão	Idade do trauma	Nível da lesão	ASIA	Consegue fazer	Não consegue fazer
2 a 11 m	42 a	C5	C	Alimentação	Higiene, vestuário, cateterismo
8 meses	19 a	T11	A	Higiene, alimentação, vestuário	Transferência, devido lesão no Plexo Braquial
4 m	19 a	T5	A	Higiene, alimentação, vestuário	Transferência devido a cadeira
1 a	17 a	T7	B	Transferência para cadeira, higiene, alimentação	Demais Atividades
2a 10m	36 a	C5	B		Necessita de auxílio para realizar as AVDs
7 m	33 a	C4	A	Alimentação, Escovar os dentes	Necessita de auxílio para as demais atividades
4a 6m	27 a	T4	A	Alimentação, transferência, higiene	Não realiza cateterismo, possui cistostomia. Auxílio no vestuário
2a e 3m	17 a	C4	A		Totalmente Dependente
1 a	18 a	T2	A	Alimentação, higiene, cateterismo, vestuário, transferência	Necessita de auxílio para entrar e sair do banheiro
2a 10m	22 a	C5	N. I.	Cateterismo	Demais Atividades
6m	49 a	L2	C	Higiene; alimentação; vestuário	Transferência; cateterismo
1a 6m	24 a	C6	N.I.	Alimentação, higiene, cateterismo, vestuário, transferência	Auxílio para Incontinência intestinal
1a 9m	41 a	T2	A	Demais atividades	Transferência da cama para cadeira

**Legenda:** N.I. = não informado

## ANEXOS

## Anexo I



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
Pro-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

**CERTIFICADO** Nº 884

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pro-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584 GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

**APROVADO**

**PROCESSO:** 884      **FR:** 354856

**TÍTULO:** Percepção da pessoa com lesão medular sobre a sua condição

**AUTOR:** soraia domelles schoeller, Soraia Domelles Schoeller, Ana Maria Fernandes Borges, Paula Brignol

FLORIANÓPOLIS, 26 de Julho de 2010.

\_\_\_\_\_  
Coordenador do CEPSH UFSC

## Anexo II



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP.: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787 - e-mail: nfr@nfr.ufsc.br



Florianópolis, 26 de Maio de 2010


PARA: Jaqueline Reginatto  
Gerente do Centro de Reabilitação SC - Agrônômica

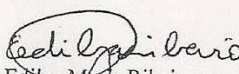
De: Profa Edilza Maria Ribeiro  
Coordenadora 8ª da Fase do Curso de Graduação em Enfermagem

Cumprimentando-o cordialmente, solicitamos estágio curricular obrigatório da disciplina: INT 5162 Estágio Supervisionado II, desenvolvido na 8.ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem, no Centro de Reabilitação SC - Agrônômica, para o período de 11/08/2010 a 26/11/2010, com carga horária de 420 horas aula, para as alunas, *Ana Maria Fernandes Borges e Paula Brignol* que serão supervisionadas pelas enfermeiras *Ana Maria Petters e Flávia Brito*, conforme aceite efetuados pelas mesmas. Informamos que a professora *Soraia Dornelles* será a orientadora acadêmica na disciplina mencionada.

O estágio será desenvolvido mediante um plano de trabalho, elaborado em conjunto com as enfermeiras supervisoras e professora orientadora. As alunas ainda produzirão um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) o qual será aprovado em banca, da qual fazem parte a professora orientadora, um professor convidado e as enfermeiros supervisores.

Atenciosamente,

  
Evanguelia K. Atherino dos Santos  
Chefe do Depto de Enfermagem

  
Edilza Maria Ribeiro  
Coordenadora da Disciplina INT 5134 - 8ª fase  
[edilzamr@linhalivre.net](mailto:edilzamr@linhalivre.net)

*Recebido  
Kassandra  
26/05/10*

## Anexo III



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
CENTRO CATARINENSE DE REABILITAÇÃO

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **PERCEPÇÃO DA PESSOA COM LESÃO MEDULAR SOBRE SUA CONDIÇÃO**, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 08 / 07 / 10

*Patricia Khan*

ASSINATURA  
Carimbo do(a) Responsável

**Dra. Patricia Khan**  
Gerente do CCR em Exercício  
Mátrícula 368490-3-02