

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: EDUCAÇÃO E TRABALHO EM
SAÚDE E ENFERMAGEM**

LUCIA HELENA HEINECK

**PERCEPÇÃO DA PESSOA COM LESÃO MEDULAR SOBRE OS
CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

**FLORIANÓPOLIS
2014**

LUCIA HELENA HEINECK

**PERCEPÇÃO DA PESSOA COM LESÃO MEDULAR SOBRE OS
CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Dra. Soraia Dornelles Schoeller

Co-orientadora: Dra Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

**FLORIANÓPOLIS
2014**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

, LUCIA HELENA
PERCEPÇÃO DA PESSOA COM LESÃO MEDULAR SOBRE OS CUIDADOS
DE ENFERMAGEMPERCEPÇÃO DA PESSOA COM LESÃO MEDULAR SOBRE
OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM / LUCIA HELENA ; orientadora,
Soraia Dornelles Schoeller ; coorientadora, Mara Ambrosina
de Oliveira Vargas. - Florianópolis, SC, 2014.
129 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. cuidados de enfermagem. 3. medula
espinhal. 4. ética em enfermagem. 5. percepção. I.
Schoeller, Soraia Dornelles. II. Vargas, Mara Ambrosina de
Oliveira. III. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

LUCIA HELENA HEINECK

**PERCEPÇÃO DA PESSOA COM LESÃO MEDULAR SOBRE OS
CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

Esta DISSERTAÇÃO foi julgada adequada para obtenção do Título de: **Mestre em Enfermagem** e aprovada em 16/12/2014, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem.

Dr^a. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:

Prof^a. Dra. Soraia Dornelles Schoeller
Presidente

Dr^a. Francine Lima Gelbecke
Membro

Dr^a. Denise Elvira Pires de Pires
Membro

Dr^a. Karina Silveira Almeida Hammerschmidt
Membro

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, ao meu querido pai e senhor Jesus Cristo pois sem a sua proteção e benção eu não teria conseguido chegar até aqui;

À minha família pela compreensão em especial ao meu esposo pelo apoio incondicional e de forma especial e carinhosa me deu força, coragem, e apoiou nos momentos de dificuldades;

Aos meus filhos Icaro e Fernanda, meus maiores tesouros, que muitas e muitas vezes abriram mão da minha companhia por acreditar no meu sonho, que embora não tivessem conhecimento disto, mas iluminaram de maneira especial os meus pensamentos me levando a buscar mais conhecimentos;

À minha orientadora, Dra. Soraia Dornelles Schoeller agradeço imensamente pelo acolhimento sabedoria, ensinamentos e apoio;

À Co-orientadora Dra. Mara Vargas por enriquecer a pesquisa com suas contribuições;

À Universidade Federal de Santa Catarina, ao Programa da Pós-Graduação em

Enfermagem, aos Docentes que tive a oportunidade de estudar e conhecer. Obrigado pelos ensinamentos e acolhida;

Aos Membros da Banca, por suas colocações e contribuição ao meu estudo;

Ao Instituto Federal de Santa Catarina, pela política de incentivo à qualificação dos seus servidores e pelo ótimo ambiente de trabalho;

Aos colegas e amigos da Enfermagem do Instituto Federal que acompanharam esta trajetória, por todo auxílio ofertado, pelas palavras de incentivo e pela compreensão nos momentos de ausência;

Aos meus amigos e colegas de mestrado, pelas experiências vivenciadas no decorrer do nosso curso;

Em especial ao meu amigo e colega Giovani, mesmo distante, pelo apoio e amizade sincera nos momentos de dificuldades;

A minha amiga Hilda que nas horas de sufoco foi quem me socorreu;

As Instituições colaboradoras que contribuíram para o agendamento dos participantes;

As pessoas com Lesão Medular e aos seus familiares; que entenderam e contribuíram com a realização da pesquisa; obrigado por ter lhes conhecido.

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa cujo objetivo foi compreender a percepção das pessoas com lesão medular (LM) sobre os cuidados de enfermagem a ela prestados durante o período de internação hospitalar. Primeiramente foram localizadas as pessoas que sofreram lesão medular por trauma por meio de duas Instituições não governamentais de Joinville. Sendo 23 (masculinas) e 02 (femininas). Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturadas, com 25 pessoas. Do processo de análise resultaram dois manuscritos. O primeiro intitulado “Cuidados de enfermagem à pessoa com lesão medular durante a hospitalização” trata da percepção do cuidado de enfermagem do momento que a pessoa interna até a sua alta hospital, evidenciando sua importância. Concluí que a enfermagem ocupa papel central na recuperação das pessoas com LM. O segundo manuscrito é sobre a “Primeira internação na lesão medular: do estranhamento à reflexão sobre o cuidado”. Os resultados evidenciaram as dificuldades vivenciadas pelas pessoas com LM na primeira internação, foram descritos os momentos vivenciados e as mudanças resultantes do trauma após a alta. Mostra também a reflexão e o reconhecimento da pessoa que recebe o cuidado de enfermagem. Concluiu-se que o trauma medular por si só é um problema que abala profundamente a vida da pessoa e a internação hospitalar é outro processo que, para muitas das pessoas, é algo também desconhecido que gera sentimentos de medo e insegurança. A enfermagem deve estar preparada para receber essas pessoas e seus familiares e para que isso ocorra é necessário que as instituições administrativas e de ensino se preocupem e preparem seus profissionais, capacitando-os.

Descritores: cuidados de enfermagem; medula espinhal; ética em enfermagem; percepção; internação hospitalar

ABSTRACT

This is a descriptive study with a qualitative approach whose objective was to understand the perception of people with spinal cord injury about the nursing care provided during their hospitalization period. People who have suffered spinal cord injury by trauma were contacted through two non-governmental institutions located in Joinville. Were scheduled twenty-five interviews, 23 (male) and 02 (female). Data were collected through semi-structured interview with 25 people. The analysis process resulted in two manuscripts. Data were collected through semi-structured interviews. The first entitled "nursing care to people with spinal cord injury during hospitalization" is the perception of nursing care from the moment that the inner person until discharge from hospital, highlighting its importance. I concluded Nursing occupies a central role in the recovery of people with SCI. The second manuscript is about "First hospitalization with spinal cord injury: from the strangeness to reflection on care." This highlighted the difficulties experienced by people with SCI during the first hospitalization, according to the moments experienced by the person with SCI and the changes resulting from trauma. It also shows the reflection and the recognition of the person receiving nursing care. We conclude that medullary trauma alone is an issue that deeply undermines the person's life and hospitalization is another process that for many people it is also something unknown that generates feelings of fear and insecurity. Nurses must be prepared to receive these people and their families and for this to occur it is necessary that the administrative and educational institutions worry and prepare its professionals empowering them.

Key words: Nursing Care, Spinal Cord, Ethics in Nursing; perception; hospitalization

RESUMEN

Se trata de un estudio descriptivo con abordaje cualitativo cuyo objetivo fue conocer la percepción de personas con lesión en la médula espinal y los cuidados de enfermería proporcionados durante el período de hospitalización. En primer momento fueron localizadas las personas que suferían lesión medular por trauma por intermedio de dos instituciones no gubernamentales de Joinville. Se logró programar veinticinco entrevistas y 23 (hombres) y 02 (mujeres). Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semi-estructuradas con 25 personas. El primero titulado "Cuidados de enfermería a la persona con lesión medular durante la hospitalización" trata de la percepción del cuidado de enfermería desde el momento de la hospitalización hasta su salida, destacando su importancia. Llegué a la conclusión de que la Enfermería ocupa un papel central en la recuperación de las personas con lesión medular. El segundo manuscrito se trata de "Primer hospitalización en lesión de la médula: de la extrañeza a la reflexión sobre el cuidado"; destaca las dificultades que experimentan las personas con lesión medular en su primer hospitalización, los momentos experimentados por la persona con lesión medular y los cambios resultantes del trauma. Demuestra también la reflexión y el reconocimiento de la persona que recibió cuidados de enfermería. Se concluyó que el trauma medular de por sí es un problema que perturba profundamente la vida de las personas y la hospitalización es otro proceso que para muchas personas es desconocido y genera sentimientos de miedo e inseguridad. La enfermería debe estar preparada para recibir estas personas y su familia, para que esto ocurra es necesario que las instituciones administrativas y de enseñanza que se ocupen y preparen sus profesionales capacitándolos.

Descriptores: Cuidados de Enfermería; Médula Espinal; Ética en Enfermería; Percepción; hospitalización

LISTA DE SIGLAS

ADEJ - Associação dos Deficientes Físicos de Joinville
ASIA - American Spinal Injury Association
CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
AACE - Associação Catarinense de Ensino
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
LM - Lesão medular
PRAXIS - Núcleo de estudos sobre trabalho, cidadania, saúde e enfermagem.
PRONEX - Programa de Apoio a Núcleos de Excelência
SNC - Sistema Nervoso Central
SNP - Sistema Nervoso Periférico
TRM - Trauma Raquimedular
TVP - Trombose Venosa Profunda
TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UNIVALI - Universidade do Vale de Itajaí

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 OBJETIVOS	23
3 CONTEXTO TEÓRICO DO ESTUDO.....	25
3.1 OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM SÃO ESSENCIAIS À RECUPERAÇÃO DA PESSOA COM LESÃO MEDULAR	25
3.2 LESAO MEDULAR.....	31
3.3 O QUE A PERCEPÇÃO.....	46
4 PERSPECTIVAS METODOLÓGICAS	49
4.1 TIPO DE PESQUISA	49
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	50
4.3 PARTICIPANT ES DA PESQUISA	51
4.4 COLETA DE DADOS.....	52
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	52
4.6 QUESTÕES ÉTICAS.....	53
5 RESULTADOS.....	55
5.1 Manuscrito 1 - Cuidado à pessoas com lesão medular durante a hospitalização.....	56
5.2 Manuscrito 2 - Primeira internação pós lesão medular: do estranhamento à reflexão sobre o cuidado.....	81
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	106
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	121
APENDICE B - Roteiro de entrevista semiestruturado.....	124

1 INTRODUÇÃO

O processo de viver implica na possibilidade de adoecimento e morte. A pessoa durante a sua vida pode sofrer agravos à saúde, oriundos de diferentes causas, seja devido à violência (acidente automobilístico, motociclístico, quedas, lesões esportivas, ferimentos por arma de fogo) ou por alguma patologia, como tumores e infecções, além do próprio envelhecimento. Muitos destes agravos resultam em sequelas permanentes, entre estas a deficiência física.

O conceito de deficiência física sofreu varias mudanças ao longo da história da humanidade até chegar ao conceito contemporâneo. A Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência foi adotada pela Organização das Nações Unidas em dezembro de 2006, de acordo com a resolução 61/106 da Assembleia Geral, que entrou em vigor em 03 de maio de 2008. No Brasil foi aprovada com quorum qualificado, tendo sido publicado o Decreto 186/2008 em Diário oficial da União, em 10/07/2008.

O conceito está no artigo 1º da referida Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência:

Pessoas com deficiências são aquelas que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2008, p. 1).

Através do Censo 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) constatou-se que no Brasil, aproximadamente 24% da população possui algum tipo de deficiência (motora, auditiva, visual, intelectual/mental). E, destes, a deficiência motora representa 6,95% da população (IBGE, 2011).

Estudo realizado por Figueiredo et al (2006), mostra que 3% das admissões em pronto atendimento de emergência ao politrauma são devidas a trauma raqui medular. Dados internacionais estimam o acontecimento de 40 a 50 novas ocorrências por milhão de habitantes/ano. No Brasil isso corresponde a 6.000 novos casos por ano. O sexo mais atingido é o masculino (65%) na faixa etária de 25 anos de idade, sendo que 30% se tornam tetraplégicos e 70% paraplégicos.

Lesão medular é considerada um problema global e estudos mostram que o Brasil tem a segunda maior incidência de trauma raquimedular do mundo. Calcula-se que anualmente haja 50 casos novos para cada milhão de habitante/ano. Considerando que em 2012 a população brasileira estava em 198.7 milhões de habitantes, o que indica 99.350 novos casos de pessoas com lesão medular adquirida (PHISICAL MEDICINE E REHABILITATION, 2013; SCHOELLER et al., 2012b).

Por não ter notificações eficientes e devido à ausência de estudos epidemiológicos, a incidência no Brasil ainda não é conhecida. Alguns estudos evidenciam a prevalência do sexo masculino, na faixa etária jovem (entre 15 e 40 anos), causando grande choque socioeconômico por afetar indivíduos em fase produtiva (CUSTÓDIO et al., 2009).

A lesão medular é uma ocorrência traumática que acontece de forma inesperada e não se prevê suas consequências, visto que mudanças físicas irreparáveis (motoras e sensitivas) impedem ou dificultam a capacidade da pessoa em realizar suas atividades essenciais do dia-a-dia. É classificada como incompleta se houver algum movimento espontâneo ou sensibilidade abaixo do nível da lesão e é lesão completa se não houver movimento espontâneo ou sensibilidade abaixo do nível da lesão (REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO, 2010).

O trauma raquimedular é uma agressão à medula espinhal, que pode acarretar em prejuízo dos movimentos voluntários e/ou sensibilidade (profunda, tátil, dolorosa) ao nível de braços e pernas e em alterações do desempenho dos sistemas responsáveis pela respiração, intestino, circulação, sexual e de reprodução (STAAS Jr. et al., 1992, SCHOELLER et al., 2012a).

A pessoa que sofre uma lesão medular tem sua vida mudada abruptamente. Rompe com a vida que tinha antes para viver uma vida onde terá que adaptar-se e vencer novos desafios. Segundo Fecho et al (2009) muitas reações são desencadeadas, ora de agressividade, ora de ansiedade, ora de isolamento social, ora de descaso, ora de ira e revolta, ora de medo e insegurança. O comportamento e o psicológico da pessoa são alterados de forma muito intensa, devido ao trauma em si e todas as consequências negativas que se seguem a ele (BERTO; BERRETO, 2011).

Além do mais, as perdas da condição de saúde, de funções e encargos geram modificações nos hábitos e na maneira de viver do indivíduo, isto demanda que o mesmo imponha novos valores à sua vida, se adapte às restrições físicas e às novidades geradas pela sua

condição atual (VENTURINI; DECÉSARO; MARCON, 2007). A partir disso surge um novo processo em sua vida. A reabilitação é uma ação que deve ter início no momento do trauma com o intuito de prevenir futuras complicações. Reabilitar faz referência a habilitar de novo o que foi perdido, estabelecer estratégias que o induzam a fazer o que fazia antes da lesão. A ação de recuperar lança um desafio para toda a equipe de saúde, desde o momento que ocorre a lesão, até a recuperação de sua independência. A medula espinhal é de extrema importância por ser um centro regulador das funções vitais daí vem as dificuldades de sua recuperação (LIANZA, 2007).

O atendimento da pessoa deve iniciar no local do acidente, com a avaliação clínica pelo médico socorrista, por meio do reconhecimento da gravidade da situação e prevenção de lesões associadas durante o resgate e transporte até o hospital onde receberá atendimento definitivo (DOURADO; SANTOS; BRASILEIRO, 2012).

O cuidado pode ter vários significados ora de solidariedade ora de dever social e ético. Ambos implicam em colocar-se no lugar do outro, podem ser na dimensão pessoal ou social. É um modo de estar com o outro em situações ditas especiais; de alegria ou de tristeza, de promoção e de recuperação da saúde ou até mesmo da morte. Para entender o valor do cuidado de enfermagem é necessário respeito e valorização pela sua própria vida em si, para assim respeitar a do outro em sua complexidade, suas escolhas e tudo mais.

A enfermagem realiza o cuidado por isso é parte fundamental no cuidado de saúde da pessoa com lesão medular, seja na urgência ou na reabilitação, por ser figura atuante na recuperação do indivíduo, na família e na comunidade. O cuidado de enfermagem a pessoa com LM deve promover e restaurar o bem-estar físico, o psíquico e o social e ampliar as possibilidades de viver e prosperar, proporcionando-lhes o bem-estar (SOUZA et al., 2005).

Existem outras profissões que tem o cuidado em suas atividades, no entanto a enfermagem é a profissão do cuidado, e a que mais tem construído conhecimentos para embasar as diversas dimensões do cuidado seja na manutenção ou recuperação da vida (PIRES, 2009).

O interesse por este tema surgiu de experiências vividas na juventude ao ter sofrido lesão medular, em decorrência de um acidente automobilístico. Devido ao impacto houve escorregamento das vértebras no nível de L3 e L4. Fui atendida no Pronto Socorro e liberada. Anos mais tarde comecei a apresentar alterações motoras e sensitivas. Ao procurar assistência médica descobri que estava com lesão medular e necessitava de tratamento cirúrgico por estar com

compressão medular. Quando internada vivi situações de total dependência para realizar os cuidados de higiene, de alimentação e mobilidade, além de momentos de constrangimento ao ser convidada a realizar movimentos que em função da minha condição física não podia executar.

Esta experiência não foi agradável e carreguei durante muito tempo alguns questionamentos que não imaginava encontrar respostas. Aliado as experiências de vida, a necessidade de buscar qualificação profissional no mestrado e contribuir com pesquisas que estão sendo desenvolvidas com esta temática, vi a oportunidade de responder as questões que um dia ficaram sem resposta. Como a pessoa com lesão medular percebe os cuidados realizados pela equipe de enfermagem? Conhecer sobre estas experiências nos remete ao período de internação hospitalar, em que estas pessoas receberam os cuidados de enfermagem.

A lesão medular acarreta mudanças profundas no funcionamento do organismo. A pessoa atravessa um período de aprendizado no qual tem que lidar intensamente com suas limitações. Essas mudanças demandam adaptações físicas, emocionais e sociais que determinam o surgimento de novos padrões de vida. Considerando que a maioria das pessoas com lesão medular é internada em hospitais gerais e assistida por diversos profissionais em vários níveis, muitos sem formação especializada para auxiliar nessa transição, é necessário que a enfermagem se conscientize da importância de sua atuação, assegurando os cuidados necessários para a continuidade dessa assistência, principalmente após a alta hospitalar.

Convém ressaltar que este estudo está associado à participação da pesquisadora no Grupo de Pesquisa (PRAXIS) - Núcleo de estudos sobre trabalho, cidadania, saúde e enfermagem, o qual trabalha com linhas de pesquisa relacionada ao tema em questão. Este estudo procura atingir um dos objetivos do macro projeto com o título “A condição do deficiente físico em Santa Catarina: perfil epidemiológico, qualidade de vida, redes de apoio e processo de trabalho” custeado pelo Programa de Apoio a Núcleos de Excelência – (PRONEX), ligado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico – (CNPq), que o (PRAXIS) realiza em parceria com outros Grupos de pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina e da Universidade do Vale do Itajaí – (UNIVALI).

Para contemplar os objetivos deste assunto elaborou-se a seguinte questão norteadora de pesquisa: *Qual a percepção da pessoa com lesão medular sobre os cuidados de enfermagem a ela prestados durante o período de internação?*

2 OBJETIVOS

- Compreender a percepção das pessoas com lesão medular sobre os cuidados de enfermagem a ela prestados durante o período de internação hospitalar.
- Conhecer o que as pessoas com lesão medular relatam sobre os cuidados de enfermagem que receberam no período de internação hospitalar.

3 CONTEXTO TEÓRICO DO ESTUDO

Para realizar esta pesquisa foi usado como descritores as seguintes palavras – chaves: cuidado, cuidados de enfermagem, medula espinhal, ética em enfermagem, percepção; internação hospitalar e multiprofissional.

Para abordar sobre os Cuidados de Enfermagem as pessoas com Lesão Medular (LM), foram realizadas buscas em livros, no portal de pesquisa da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) que contempla diversos documentos refinado pelas fontes de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Base de Dados em Enfermagem (BDENF); MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde).

O resgate de estudo sobre a temática foi realizada em fevereiro de 2014, ao fazer esse levantamento foram encontrados 51 artigos entre o período de 1999 a 2013, sendo estes selecionados nos idiomas português, inglês e espanhol. Destes apenas 30 artigos estavam completos. E foi com base nessa literatura que se estabeleceu os escritos narrativos da literatura.

3.1 OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM SÃO ESSENCIAIS À RECUPERAÇÃO DA PESSOA COM LESÃO MEDULAR

No campo da saúde, diariamente nos colocamos frente a situações que necessitam de cuidados em qualquer nível de atenção e em qualquer ambiente, estamos em contato com pessoas que precisam de assistência, ou seja, de cuidados.

Quando se deixa de cuidar de algo ou de alguém logo percebemos as manifestações da natureza. O cuidado é essencial para que a vida esteja presente em todas as coisas e lugares, cuida-se de tudo e de todos, o tempo todo (SCHOELLER; LEOPARDI; RAMOS, 2011).

Para Waldow (2008) de um modo geral o cuidado é relacional por estar relacionado com o outro, contextual por sofrer modificações, ser diferente, ser conforme o ambiente em que acontece e existencial por fazer parte do ser humano.

O cuidado esta na essência das pessoas, ele nasce com esta virtude. Esta capacidade será maior ou menor dependendo do contexto vivido por elas. Sofre influência da cultura, da política, da religião, dos valores, crenças e de outros fatores (WALDOW, 2008). O cuidado “humano” é “uma atitude ética em que seres humanos percebem e reconhecem os direitos uns dos outros” (WALDOW, 2008, p. 88). Este

relacionamento tem o intuito de gerar o desenvolvimento e o bem estar de outras pessoas.

“Cuidado significa, então, desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato. Cuidado implica um modo-de-ser mediante o qual a pessoa sai de si e se centra no outro com desvelo e solicitude” (BOFF, 2005, p. 29).

O cuidar põem em evidencia o ser livre. O cuidado deve ser completado no outro em algum momento para assim ser descrito como uma relação de cuidado. O relacionamento é o reconhecimento do encontro humano que resulta uma resposta afetiva (WALDOW, 2008).

Ao adoecer as pessoas tornam-se mais vulneráveis, dependentes do outro e necessitam de cuidados que ultrapassam os cuidados domiciliares, excedem o habitual e passam para cuidados mais técnicos com finalidades quase que unicamente terapêuticas. A pessoa passa a ser vista por inteiro e isto compreende suas particularidades éticas e morais (WALDOW; BORGES, 2011).

O cuidado das pessoas requer ter intimidade com o outro, sentir, acolher, respeitar, dar sossego e repouso. É entrar em sintonia com suas necessidades. É auscultar o ritmo e afinar-se a ele. É algo mais profundo, é o espírito de delicadeza que é chamado a agir mais do que a razão funcional (BOFF, 2005).

Assim, é essencial que o homem desenvolva a capacidade de cuidar para crescer como ser humano. O cuidar é movido por uma força existente em cada individuo que surge pela necessidade interior de cuidar de algo ou de alguém importante, modernizando a capacidade de cuidar. Algo ou alguma coisa rompeu a ligação com os outros, com o *Self*, com Deus como se tivesse perdido um “tesouro”. Por consequência, prevalece a falta de harmonia, a doença e a quebra de ligações. O homem pode recuperar sua humanidade através do cuidado (WALDOW; BORGES, 2011).

O cuidado, deste modo envolve ações, condutas e atitudes. As ações variam com as condições em que ocorreram as situações e com o tipo de relacionamento que se estabeleceu. Uns são mais intensos que outros.

A Enfermagem é uma profissão do cuidado. É disciplina por qualificar os cuidados de enfermagem, por contribuir com a sociedade na produção de conhecimento cultural, técnico, ético e promover a saúde e preserva a vida. É culturalmente delimitada porque sempre parte de ideias prévias e conhecimentos práticos do cotidiano a respeito de determinada questão ou do tema. A enfermagem busca defender um modelo assistencial que valoriza as necessidades individuais, olha para o

indivíduo com conhecimento, respeita seus direitos e busca uma saúde de qualidade. É trabalho por delimitar as condições de trabalho, possuir certa autonomia respeitando as diferenças do meio, além de possuir entidades que as representam no âmbito da sociedade e que formulam regras e parâmetros legais e éticos para o exercício profissional (PIRES, 2009).

Na enfermagem como profissão de saúde há dois aspectos frágeis: o reconhecimento da utilidade social e a autonomia. Quanto à utilidade social existe um consenso que cuidado humano e trabalho de enfermagem estão diretamente ligados. O cuidado faz parte da preservação da vida em todos os sentidos, do início ao fim. O desenvolvimento influenciado pela comunicação global por estar centrado no consumo, nos valores comerciais e na biomedicina, valores como dignidade, ajuda ao próximo e cuidado não são primazia e isto dificulta a valorização de exercícios profissionais como da enfermagem (PIRES, 2009).

Ainda, com o reconhecimento social vem a legalização da profissão enfermagem que está presente em todas as instituições de saúde. Sua presença nas 24 horas do dia, na organização hospitalar, reforça seu valor e demonstra a importância para ter um cuidado de qualidade na assistência em saúde. A enfermagem enquanto profissão é desenvolvida por um grupo de trabalhadores qualificados para efetuar as ações de saúde, ou seja, o cuidado. Possui representação social, que elaboram as regras do exercício da profissão e ainda possuem um código de ética que dirigem suas relações (PIRES, 2009).

A enfermagem domina um campo de conhecimento que fornece condições de cuidar de pessoas durante todo o processo de viver e morrer, seguindo três bases: 1-Cuidar do nascimento a morte; 2- educar e pesquisar que envolve o intrínseco no processo de cuidar, a educação continuada, formação de novos profissionais e a construção de conhecimento; 3- dimensão administrativa e de gerenciamento coordenação do espaço coletivo de enfermagem, e demais espaços de atuação (PIRES, 2009).

Sendo assim, a enfermagem é a única profissão que tomou o cuidado como essência da sua profissão. O trabalho profissional da enfermagem está relacionado ao trabalho especializado e reconhecido pela sociedade como indispensável para a execução de determinadas atividades.

O “cuidado” é objeto de estudo da disciplina de enfermagem. O cuidado é percebido como essência do ser humano, cuja identificação é estabelecida na ação de viver que sofre constantes transformações.

Muitos estudam o cuidado, mas a enfermagem é a que mais desenvolve conhecimento que fundamentam suas práticas (PIRES, 2009).

O cuidado pode ser analisado sob dois pontos, um que é realizado fora do trabalho, junto às famílias, na sociedade, sem fundamentação científica. Outro requer um trabalho de um profissional qualificado. Neste campo não é só a enfermagem que cuida, mas é a enfermagem que tem o cuidado como objeto de estudo (PIRES, 2009).

A enfermagem e o trabalho em saúde implicam em relacionamento entre pessoas. O cuidador - com sua história, experiências, direitos, necessidades, relacionamentos com pessoas do trabalho, conceitos culturais-profissionais de saúde; e a pessoa cuidada - com suas necessidades e costumes de saúde.

Em relação à autonomia do trabalho de enfermagem, esta se depara com as políticas institucionais organizadas onde ocorre sua prática. O entendimento sobre as necessidades e o domínio maior ou menor do processo de trabalho interfere na criatividade das ações realizadas. As normas das instituições e os coordenadores estabelecem os limites de atuação de cada área. Na prática diária os profissionais de saúde exercem alguma autonomia técnica. Apesar do controle médico sobre a terapêutica, os profissionais ainda assim conseguem planejar suas atividades com certa autonomia e conhecimento científico (PIRES, 2009).

A prioridade da Enfermagem é o cuidado com o ser humano no todo e, conforme a sua natureza, reconhece-lo como uma pessoa com potencial e habilidades para atuar e definir, analisando sua individualidade, necessidades, perspectivas e sua realidade. E assim, desenvolver probabilidades para desempenhar sua autonomia e para modificar a situação em que vive (PIRES, 2009).

Conforme Souza et al. (2005) o cuidado de enfermagem é a essência da profissão e diz respeito a dois campos: um objetivo e outro subjetivo. O primeiro acena para o desenvolver técnico e de procedimentos. Já o segundo se fundamenta na sensibilidade, na criatividade e percepção para cuidar do outro.

Cuidar do outro é muito mais que cuidar do seu físico, é muito mais profundo, é cuidar dos sentimentos, da mente é dialogar com interesse no bem estar da pessoa cuidada. Deste modo, é uma troca de relações onde os extremos se descobrem num horizonte onde o cuidar agrega o sonho e a ciência, o racional e a intuição, o real e o ilusório, a fantasia e a invenção, o dia-a-dia e a subjetividade, o singular e o coletivo (BARBOSA, 2005).

O foco do cuidado de enfermagem com a pessoa com lesão medular deve ser a busca pela autonomia e consequentemente recuperação da autoestima. A enfermagem tem a oportunidade de produzir na pessoa com lesão medular o sentimento de “poder”, que ela pode recuperar parte do que perdeu e muito mais, e dar um novo sentido a sua nova condição de vida e redescobrir valores esquecidos.

O enfermeiro representa peça fundamental no quebra cabeça que é a reabilitação da pessoa com lesão medular e sua família por desenvolver função de educadora, de gerência e assistência e de coordenação da assistência (MELO; MARTINS, 2009).

O enfermeiro possui uma função significativa na reabilitação e na assistência da pessoa com lesão medular, por essa razão deve estar em constante atualização de seus conhecimentos seja em cuidados, em intervenções possíveis ou em intercorrências que poderão ocorrer com a pessoa com lesão medular. Isto poderá contribuir para uma melhor qualidade de vida e reintegração social (SCHOELLER et al., 2012b).

A lesão medular é uma doença que afeta intensamente a vida de uma pessoa e de seus familiares. Muitos avanços científicos, tecnológicos e estudos médicos realizados no século XX possibilitaram o desenvolvimento da terapêutica e diminuíram a morbi/mortalidade. O neurocirurgião Guttman, quis mudar ao inventar um padrão sistematizado para auxiliar a pessoa com lesão medular, com destaque nos mecanismos fisiopatológicos da lesão (MELO; MARTINS, 2009).

As pessoas com lesão medular precisam de um atendimento específico e interdisciplinar que deve ter início no local onde ocorreu o acidente com o intuito de evitar complicações.

Na hospitalização muitos cuidados são fundamentais para evitar complicações. Quando estas se instalam prolongam a internação e dificultam mais ainda a vida da pessoa e dos envolvidos. Estas complicações podem ser evitadas se adotada uma assistência específica a pacientes com lesão medular e se os familiares ou cuidadores receberem orientações sobre medidas preventivas (MELO; MARTINS, 2009).

A família torna-se a principal fonte de segurança e cuidados, por estar diretamente envolvida com a situação. A vida não muda só para pessoa que sofreu a lesão, muda também para a família que terá que se reorganizar para cuidar e auxiliar nos procedimentos que exigem paciência, compreensão e treinamento para enfrentar as dificuldades do dia-a-dia (SCHOELLER et al., 2012b).

Além das alterações neurológicas podem ocorrer intercorrências como problemas urinários, intestinais, espasmos musculares e úlceras

por pressão que depois de instaladas são de difícil tratamento devido ao comprometimento circulatório causado pela lesão medular.

Dentre as complicações, como citado acima, temos as úlceras de pressão que são comuns em pessoas com lesão medular, devido à perda de massa muscular e a hipoestesia ou anestesia a que eles estão submetidos. Para evitar deve-se dar especial atenção à circulação sanguínea através do alívio da pressão constante, especialmente nas proeminências ósseas, alívio no caso de demora prolongada na cadeira de rodas, ingestão hídrica adequada e manutenção nutricional (ARES; CRISTANTE, 2007).

A trombose venosa profunda (TVP), o tromboembolismo pulmonar e a hipotensão ortostática são as alterações vasculares mais comuns nas pessoas com LM. A prevenção e o diagnóstico precoce são fundamentais para evitar implicações graves. Os sinais clínicos a serem observados incluem edema em membros inferiores, febre baixa sem motivo específico, alteração na cor da pele, membro afetado com discreta alteração de temperatura alterações de sensibilidade ou dor em lesões incompletas (ARES; CRISTANTE, 2007).

A dor mielopática segundo Nobrega (2007, p. 413).

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

As articulações podem ser atingidas também pela ossificação heterotrófica que é a presença de tecido ósseo em lugares onde normalmente não existe. As articulações mais afetadas são os quadris, ombros e os joelhos e os sinais clínicos mais frequentes são: rigidez e limitação local, aumento da espasticidade, febrícula, edema e hiperemia (LEITE; FALOPPA, 2007).

Devido às alterações vesicais pode ocorrer hidronefrose que é retenção de volumes maiores que a bexiga pode suportar que leva ao refluxo urinário nos rins e aumenta a pressão nos tecidos renais e lesiona de tal maneira, que os rins param gradualmente seu funcionamento (REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO, 2010).

Na reabilitação, por exemplo, é na fase crítica que se inicia o cuidado, ou seja, logo após a ocorrência da lesão, especialmente através dos cuidados preventivos com a pele para evitar a formação de úlceras de decúbito, nos cuidados vesicais e intestinais, dos membros paralisados, nas complicações respiratórias e vasculares entre outros. O enfoque maior é referente aos cuidados de vida diária (AVD) com intuito de promover a recuperação da autonomia por meio do autocuidado (LEITEL; FARO, 2005).

A equipe de Enfermagem é responsável pelos cuidados com a pessoa com lesão medular durante às 24 horas do dia e em todo o tempo de hospitalização. Assim sendo, é bom lembrar que as atividades do dia-a-dia, realizadas por essa equipe são com a alimentação, eliminação, higiene corporal, conforto físico, mudança de decúbito, assim como as orientações educativas com a pessoa e a família. Além dos aspectos técnicos a enfermagem também auxilia na solução de problemas pessoais da pessoa com lesão (LEITEL; FARO, 2005).

A aceitação das mudanças em seu físico, da nova situação de vida, do reaprender a fazer o que se fazia de forma independente é um desafio constante na vida da pessoa com lesão medular. A reintegração social pode ocorrer aos poucos ou ocorre o afastamento da sociedade onde a pessoa se nega interagir com seu ciclo de amizades.

3.2 LESAO MEDULAR

Medula significa o que esta dentro. A medula se localiza dentro do canal vertebral, é uma massa cilíndrica de tecido nervoso situada no interior do canal vertebral. No crânio limita-se com o bulbo, ao nível do forame magno. Sua caudal vai até a 2º vertebra lombar. A medula é o órgão mais simples do Sistema Nervos Central (MACHADO, 2006).

O sistema nervoso é responsável por compor e coordenar todos os estímulos motores e sensitivos do corpo. Ele se divide em:

- Sistema Nervoso Central (SNC): que recebe os estímulos e o decifra e manda a resposta para cada um dos órgãos eferentes. Esse se divide em Encéfalo e medula espinhal.

- Sistema Nervoso Periférico (SNP): conduz os estímulos periféricos do ambiente e do próprio corpo para o SNC. Divide-se em Sistema Nervoso Sensorial e Motor que se divide em somático e autônomo que se compõem de parassimpático e simpático (KAWAMOTO, 2008).

Por meio das fibras nervosas aferentes o Sistema Nervoso Sensorial leva os estímulos sensitivos da extremidade do corpo para o

SNC. Já o Sistema Motor leva a resposta da motricidade (via aferente) do SNC até a extremidade. O Sistema Motor é composto pelo Sistema Somático e o Sistema Autônomo.

O Sistema Somático inerva a musculatura esquelética e está sob controle voluntário do corpo. Já o Sistema Autônomo inerva a musculatura lisa, glandular e cardíaca, e suas respostas são via parassimpático e simpático que são sistemas involuntários. O simpático é responsável pela dilatação da pupila, broncoconstrição ou broncodilatação, taquicardia, inibição da secreção, inibição da secreção pancreática, inibição do peristaltismo inibição gástrica produção e liberação de glicose hepática, relaxamento de bexiga, ejaculação, vasoconstrição periférica, piloereção, sudorese, estimulação e secreção de adrenalina e noradrenalina pela medula adrenal; Parassimpática: constrição, bradicardia, estimulação da secreção da secreção gástrica, estimulação do peristaltismo, estimulação da secreção biliar, micção e ereção genital (KAWAMOTO, 2008).

Os neurônios que são responsáveis em conduzir os estímulos das vias sensoriais localizam-se em diferentes locais que são classificados como:

Neurônios de Primeira ordem – São os primeiros a receber a ordem sensorial, traduzem e transmitem para o neurônio de segunda ordem. Situam-se no gânglio da raiz dorsal da medula espinal. Neurônio de Segunda Ordem – Conduzem as informações recebidas dos neurônios de primeira ordem para os de terceira ordem. Os estímulos originados de um lado do corpo são projetados para o lado contrário. Situam-se no cordão dorsal (parte posterior da medula) ou em núcleos dos nervos cranianos do núcleo. Neurônio de Terceira Ordem - recebem informações dos neurônios de segunda ordem. Situado no tálamo e fazem sinapse com o neurônio de quarta ordem no córtex. Neurônio de Quarta Ordem - Se situa em área específica, no córtex cerebral, dependendo de onde vem o estímulo (SCHOELLER et al., 2012a).

Essa transmissão dos neurônios é afetada quando a medula espinal sofre uma lesão, seja por defeito congênito, trauma ou doença. O prognóstico dependerá da extensão e da localização da lesão (SCHOELLER et al., 2012a).

A lesão medular traumática pode ser definida como uma grave agressão à medula espinal que pode resultar em danos relacionados às funções motoras sensitivas, autônomas que acomete a vida das pessoas que sofreram a lesão no âmbito social e psicológico. (LIANZA, 2007).

No momento do trauma, ocasionam a primeira lesão, onde alguns neurônios, oligodentritos e antrócitos são mortos e alguns axônios são rompidos.

Após o trauma, inicia a lesão secundária na tentativa de reprimir o processo de lesão, as células de defesa começam a destruir outras células. Nesta fase secundária, ainda ocorre à morte de células por carência de nutrientes e oxigênio, isto por que, vários vasos sanguíneos são rompidos, não chegando o oxigênio e os nutrientes necessários para a sobrevivência destas células.

Ao ocorrer um trauma na coluna vertebral, uma ou mais vértebras podem se deslocar, e provocar uma compressão sobre a medula, ou fragmentos de ossos podem invadir o canal medular, ou até, as duas situações ao mesmo tempo (SCHOELLER et al., 2012a).

Quanto mais alta for à lesão medular, maior será a área afetada. Segundo a American National Injury Association (ASIA) as lesões medulares podem ser divididas em completas e incompletas: Na lesão medular completa há a ausência da função motora e sensitiva no segmento sacral inferior, já na lesão medular incompleta possui função sensitiva e/ou motora preservada abaixo do nível neurológico e isto inclui a parte mais baixa do segmento sacral (MAYANARD et al., 1997).

Segundo a ASIA,

a gravidade da lesão varia do A, B, C, D e E, sendo A lesão completa e E a normalidade. A escala de comprometimento ASIA tem o seguinte significado: A – completa nenhuma função motora ou sensorial está preservada nos seguimentos sacrais S4 a S5. B – incompleta: a função sensorial, porém não a motora, está preservada abaixo do nível neurológico e inclui os seguimentos sacrais S4 a S5. C – incompleta; a função motora está preservada abaixo do nível neurológico e mais de metade dos músculos-chave abaixo do nível neurológico têm um grau muscular menor que 3. D – incompleta: a função motora está preservada abaixo do nível neurológico e pelo menos metade dos músculos-chave abaixo do nível da lesão tem grau muscular três ou mais. E – normal: a função sensorial e motora é normal.

Em relação ao nível da lesão medular, considera-se paraplegia quando ocorre comprometimento torácico, lombar e sacral com comprometimento ou perda da sensibilidade e motricidades dos membros inferiores; tetraplegia quando ocorre comprometimento cervical, torácico, lombar ou sacral com comprometimento ou perda da sensibilidade e motricidade dos membros superiores e inferiores (LIANZA, 2007).

Dentre elas temos alterações na termo regulação, comprometimento respiratório, espasticidade, disreflexia autonômica, disfunção vesical, disfunção intestinal, disfunção sexual (KAWAMOTO, 2008).

O número de pessoas com tetraplegia e paraplegia por lesão medular tem aumentado expressivamente nos últimos anos e ultimamente estima-se que de 30 a 40 pessoas/milhão/ano sofram lesão, o que equivale no Brasil a 6000 novos casos por ano. Este acréscimo se deve principalmente as lesões traumáticas (80%) provocadas por ferimentos de arma de fogo, acidentes automobilístico, quedas e mergulhos (AACD).

A lesão medular deriva de quebra dos axônios, lesão das células nervosas e a ruptura dos vasos sanguíneos. Seguida da primeira lesão, causada pelo trauma há uma sucessão de fatos que levam há necrose do tecido medular. Já nas horas iniciais pós-trauma ocorrem hemorragia, necrose e edema na massa cinzenta, que podem se estender para a substancia branca. Em 3 a 6 dias o edema pode e levar semanas para diminuir (MACHADO, 2006; SCHOELLER et al., 2012a).

No período seguinte há a gênese de tecido cicatricial e cistos no interior da medula. A diminuição fluxo sanguíneo local pode levar a morte de células e axônios que não foram inicialmente lesados. Os cistos resultam da cicatrização e morte dos axônios. Os cistos estão nas bordas, denominados de axônios que permanecem ilesos, e os mielinizados que continuam a transportar todas as informações, no entanto, podem existir axônios sem lesões impossibilitados de transportar as informações (MACHADO, 2006; SCHOELLER et al., 2012a).

Quando ocorre uma lesão medular além das funções motoras e cognitivas ficarem comprometidas, existe também o comprometimento do sistema nervoso autônomo, que são o simpático e parassimpático, responsáveis pelas funções de homeostasia. A musculatura lisa, cardíaca e glandular é inervada pelo simpático e parassimpático. O simpático se divide na região toracolombar. Suas fibras pré-ganglionares são curtas ao passo que as pós-ganglionares são longas. Seu gânglio está situado na

medula espinhal onde acontece a sinapse (MACHADO, 2006; SCHOELLER et al., 2012a).

Já o parassimpático se divide na região crâniosacral, suas fibras pré-ganglionares são longas e as pós-ganglionares são curtas e seu gânglio localiza-se na parede do órgão inervado (MACHADO, 2006; SCHOELLER et al., 2012a).

A medula espinhal é um acesso de comunicação entre várias partes do corpo com o cérebro e, além disso, é um centro que regula e controla a respiração, a circulação, o intestino, a bexiga, a atividade sexual e controla a temperatura corporal (GIANINI; CHAMLIAN; ARAKAKI, 2006).

A medula espinhal é composta por um segmento cilíndrico levemente achatado no sentido anteroposterior, de mais ou menos 45 cm de comprimento e que se vai do forame magno do occipital, até a borda inferior da 1ª vértebra lombar. É envolvida externamente pelas meninges, que são três membranas de tecido conjuntivo, que recobrem todo o sistema nervoso central: dura-máter, aracnóide-máter e pia-máter (MOORE; DALLEY, 2007).

A medula espinhal está dividida em segmentos e as raízes nervosas que surgem da medula no nível de cada segmento e são nomeadas por números que se faz referência ao nível de sua saída. Da medula espinhal originam-se 31 pares de nervos espinhais: 08 cervicais, 12 torácicos, 05 lombares, 05 sacrais e 01 coccígeo (DEFINO, 2006).

A lesão medular provém de rompimento dos axônios, lesão das células nervosas e ruptura dos vasos sanguíneos. Depois da lesão primária, gerada pelo trauma, há um ciclo de eventos que culmina com a morte do tecido medular. Logo nas primeiras horas acontece sangramento, morte e inchaço na massa cinzenta, que pode se ampliar para a substância branca. O inchaço tem seu pico entre 3 a 6 dias após a lesão e pode diminuir em semanas (SCHOELLER et al., 2012a).

As causas mais comuns de lesão medular são as traumáticas e às não traumáticas. As traumáticas podem ser causadas em acidentes automobilísticos ou motociclísticos, quedas de alturas, mergulhos em águas rasas, por ferimentos com armas de fogo (projétil) ou arma branca (faca) (LIANZA, 2007).

Do levantamento dos textos serão discorridos conforme semelhança de assuntos abordados.

No caso deste estudo, as pessoas com lesão medular, têm direitos como todo cidadão a atenção a saúde. Conforme França et al. (2012) existem vários desafios para uma política de saúde, neste estudo eles investigam ações realizadas em Unidades Básicas de Saúde da Família

para atender as necessidades desse portador da lesão. O cidadão brasileiro por si só já encontra desafios na saúde pública e a pessoa com LM encontra mais, elas não têm o mesmo acesso e muitas delas não possuem um atendimento especializado.

Os autores fizeram uma pesquisa (entrevista) sobre a política de saúde, no interior nordestino e, levou-se em consideração a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Alguns dos entrevistados abordam as dificuldades encontradas para o acompanhamento ou até mesmo para o encaminhamento dessas pessoas. Os entrevistados afirmam que deve ter uma equipe de atendimento às pessoas com LM mínima para que possam atender as demandas, além disso, que seja uma equipe preparada e especializada para o atendimento e afirmam que em muitos casos a pessoa só recebe visita médica domiciliar ou eles apenas conseguem acompanhar os casos, sem irem a residência destas, pois eles não conseguem dar o suporte necessário para atenção primária básica, como, fisioterapias (FRANÇA et al., 2012).

Mesmo com a implantação do SUS, não é garantido que essas pessoas terão seus direitos atendidos. Os autores sugerem que a Secretaria de Saúde de cada município busque formar redes sociais para o atendimento a essas pessoas e, que seja implementado um programa de apoio com pessoas qualificadas para atender essa demanda que se torna reprimida por não saber que seus direitos já são estabelecidos por lei, deixando assim de exigir-los (FRANÇA et al., 2012).

Santos et al. (2012) desenvolveram um estudo bibliográfico com objetivo de refletir sobre as políticas públicas direcionadas as pessoas com deficiência. Concluíram que apesar destas pessoas terem o aparo jurídico não significa que ele seja adequado a sua realidade. A acessibilidade ainda é um impasse grande, pela falta dela as pessoas com deficiência são impedidas de viver com qualidade e autonomia.

O acesso à saúde é limitado, visto que a necessidade é particular, são as mais variadas possíveis, e com isso, existe a falta de profissionais qualificados e especializados nas mais diversas áreas. Destaca-se também a falta de interesse dos políticos e governantes em discutir sobre as políticas públicas ligadas às pessoas com deficiências e incluí-los definitivamente na sociedade (SANTOS et al., 2012).

Bruni et al. (2004) em estudo realizado sobre aspectos fisiológico e assistenciais de enfermagem na reabilitação da pessoa com LM, desenvolvido por estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem, em uma Universidade Federal com pacientes em fase aguda da lesão medular, abordam as principais complicações clínicas resultantes da LM

e as intervenções de enfermagem que auxiliam na melhoria do bem estar e na qualidade de vida das pessoas seja de forma curativa ou preventiva.

É nesta fase que o choque medular desencadeia as alterações orgânicas e metabólicas da pessoa que sofreu a lesão. Os músculos ficam entorpecidos, flácidos e sem reflexos. Ocorre hipotensão arterial ocasionando paralisia e perda da sensibilidade nas partes abaixo da lesão (BRUNI et al., 2004).

No trauma cervical alto os músculos respiratórios fundamentais são afetados ocasionando problemas respiratórios como diminuição da capacidade vital, retenção de secreções, alteração dos níveis CO₂ e O₂, insuficiência respiratória e acúmulo de líquido pulmonar. As funções vesical e intestinal são comprometidas acarretando ileoparalítico, priapismo, retenção urinária, alterações digestivas e cardiocirculatórias e instabilidade térmica (BRUNI et al., 2004).

As intervenções de enfermagem elaboradas pelos estudantes neste estudo foram baseadas tanto nas complicações temporárias como nas permanentes levantadas durante a pesquisa (BRUNI et al., 2004).

Trauma raquimedular (TRM) causa a imobilidade que pode levar Trombose Venosa Profunda (TVP). Ela é identificada quando há aumento da circunferência da panturrilha. É indicativo para prevenção o uso de anticoagulante, meias elásticas, exercícios fisioterápicos e ingesta hídrica apropriada, posição adequada com leve elevação e movimentos passivos no leito (BRUNI et al., 2004).

Os problemas respiratórios estão diretamente ligados ao nível da lesão. Quanto mais alta a lesão maior o comprometimento respiratório podendo levar a morte por insuficiência respiratória aguda. Nestes casos há indicação de aspiração orotraqueal com cautela porque pode estimular o nervo vago e causar bradicardia. A fisioterapia torácica pode ser indicada quando a pessoa não consegue tossir (BRUNI et al., 2004).

À enfermagem cabe monitorar constantemente a respiração, por meio da ausculta pulmonar, gasometria, posicionamento da pessoa de forma adequada no leito, mudança de decúbito e hidratação. Em pacientes crônicos é indicado o uso da vacina pneumocócica e influenza (BRUNI et al., 2004).

A Úlcera por Pressão é uma constante devido a perda da mobilidade, da sensibilidade, do controle da urina e das fezes, de alterações do turgor, da elasticidade da pele e circulatório. Essa afirmativa vai ao encontro do estudo realizado por Faro (1999) o qual aborda os fatores de risco para úlcera de pressão. Nas áreas onde existe pressão contínua como tuberosidades isquiática, região sacra, no trocanter, nos calcanhares e nos cotovelos elas podem se desenvolver

em seis horas. As úlceras de pressão podem ser classificadas de acordo com a profundidade e a extensão das lesões, ou seja, grau 1, grau 2, grau 3 e grau 4.

A mudança de decúbito, o posicionamento adequado, Avaliação e alívio regular da área de pressão do corpo, fazer limpeza e lubrificação da pele e manter os lençóis sem dobras são medidas prioritárias para prevenir e evitar úlceras de pressão (BRUNI et al., 2004).

Cabe ao enfermeiro propor ao familiar ou a pessoa com lesão ou ao cuidador procedimentos de mudanças de decúbitos a cada duas horas, manter o leito limpo e livre de sujidades. Na hora do banho o uso de sabonetes neutro e a secagem da pele devem ser feitos com cuidado. Após a secagem é aconselhável o uso de lubrificantes e hidratantes (BRUNI et al., 2004).

Além disto, uma nutrição adequada e equilibrada é necessária para ajudar na recomposição da pele. Faro (1999) aborda os mesmos cuidados em relação aos procedimentos realizados, ou seja, mesmo com o decorrer dos anos os cuidados e prevenções ainda permanecem os mesmos.

Já Costa e Oliveira (2005, p. 372) em seu estudo sobre fenômenos de enfermagem em portadores de lesão medular e o desenvolvimento de úlcera por pressão afirmam que “torna-se importante identificar a associação de outros fatores que, somados, podem tornar seu portador ainda mais vulnerável ao surgimento dessas úlceras”.

É sugerido, ainda, pelos estudantes para o conforto da pessoa com LM o uso de espumas, de cilindros quadrados e triângulos nas áreas de pressão, almofada d'água ou espuma na região sacra, as pessoas paraplégicas são orientadas a realizar inspeção com espelho nas áreas de risco ficando atentos ao edema, rubor ou escoriações (BRUNI et al., 2004).

A disreflexia autonômica é considerada uma emergência que ocorre de forma súbita e resulta de vários estímulos nocivos abaixo do nível da lesão que leva a hipertensão basal. Se caracteriza por ocasionar cefaléia intensa, dilatação das pupilas, visão embaçada, piloereção, sudorese abundante, congestão nasal e bradicardia, deslocamento da retina, AVC, crise convulsiva, infarto do miocárdio e morte. A maior incidência é em pessoas com lesão acima do nível T6 ou tetraplégicos.

Alguns estímulos são agentes desencadeantes como distensão vesical e intestinal, estímulos táteis, dolorosos ou térmicos e unhas encravadas.

Devido a vários estímulos serem os causadores foram elaborados intervenções de urgência pelos estudantes, tais como, sentar imediatamente o paciente; anotar o pulso e pressão arterial; esvaziar bexiga imediatamente por meio de sondagem de alívio, considerando uma possível constipação como causa da ocorrência; realizar lavagem intestinal ou flettenema, eliminar qualquer outro estímulo que possa desencadear esta complicação, como por exemplo, objetos machucando a pele ou uma correnteza de ar frio e o uso de medicamento (alfa ou beta bloqueador e miorrelaxante) conforme prescrição médica (BRUNI et al., 2004).

Andrade et al. (2013) realizaram um estudo para identificar diagnósticos e intervenções de enfermagem para o cuidado de paciente com LM, os autores afirmam neste estudo que identificar o estímulo causador e retirá-lo é o melhor tratamento para a Disreflexia autonômica na prática de enfermagem.

No que diz respeito às infecções os estudantes perceberam que as pessoas com tetraplegia e paraplegia apresentam maior predisposição a desenvolver infecções provenientes de várias fontes, tais como, no aparelho urinário decorrente da manipulação por meio do cateterismo, da anormalidade e distensão da bexiga; no aparelho respiratório pelas pneumonias, nas patologias intra abdominais sem sinais aparentes; nas áreas com úlceras por pressão que podem evoluir para osteomielites e febre, exposição ambiental e deficiência nutricional (BRUNI et al., 2004).

Os riscos de infecções nas vias respiratórias podem diminuir quando tomados algumas medidas preventivas como evitar contato com pessoas com sintomas respiratórios, realizar exercícios respiratórios, mudanças de decúbito, uso de vacinas profiláticas, evitar tabagismo, aspirar vias aérea adequadamente se necessário e hidratação (BRUNI et al., 2004).

Para evitar risco de infecções do aparelho urinário deve-se promover treinamento e usar técnica asséptica no cateterismo, prevenir estase e distensão vesical.

A bexiga neurogênica ocorre por consequência da perda dos mecanismos voluntários e involuntários da bexiga (estudantes). Este é um resultado imediato da lesão medular (BRUNI et al., 2004).

É aconselhável o esvaziamento vesical a cada quatro ou seis horas com a utilização de um cateter. O volume urinário máximo retirado não deve ir além de 500ml. O uso de sonda de demora é sugerido quando há impossibilidade de cateterismo intermitente. Nestes casos deve-se ter atenção para evitar a formação de fistulas e a sonda

deve ser aberta a cada 3 ou 4 horas e trocadas semanalmente (BRUNI et al., 2004).

Assis e Faro (2011, p. 4) complementam ao afirmar em seu estudo que o autocateterismo vesical “promove a inclusão social, facilita o manejo das limitações, resgata a autoestima e a independência”.

Deve-se estimular o cateterismo vesical intermitente por promover a função vesical e na reeducação vesical e é imprescindível a higiene das mãos (BRUNI et al., 2004).

Orienta-se registrar as características desta eliminação e esvaziamento por meio de manobras não invasivas como, a estimulação Suprapúbica, Credê, Valsalvas. No caso da reeducação vesical, deve-se ingerir de 2 a 3 litros de água diariamente contribuindo para prevenção de infecções (BRUNI et al., 2004).

O Intestino Neurogênico é “uma condição que afeta o processo corporal para armazenamento e a eliminação de resíduos sólidos de alimentos não-digeridos” (FURLAN; CALIRI; DEFINO, 2006, p. 153). A pessoa com L.M perde o controle sobre a sua a função intestinal.

O esvaziamento intestinal é controlado pelo nível medular S2 a S4e a lesão a este nível pode incapacitar a evacuação espontânea levando a uma disfunção intestinal causando a constipação e impactação fecal. Nestes casos recomenda-se alimentação balanceada com mínimo de três refeições diárias ricas em fibras com ingestão de 2 a 3 litros de água por dia. Recomenda-se padronizar um horário para a evacuação e utilização de manobras de Rosing (massagens abdominais no sentido horário com suaves compressões). Se a manobra não der resultado pode ser utilizado estímulo retal ou ainda o supositório de glicerina. Deve-se procurar assistência médica caso a pessoa com LM não evacue por mais de três dias (BRUNI et al., 2004).

Outra alteração é a Hipotensão Ortostática que ocorre quando acontece a lesão medular alta, acima de T6, rompe com conexões simpáticas entre o tronco cerebral e o coração e podem causar baixa da frequência cardíaca, ela se caracteriza por náusea, tontura, síncope e por não tolerar a posição deitada (BRUNI et al., 2004).

Para redução dos episódios hipotensivos é sugerido que a pessoa com LM deva ser colocada na posição sentada gradativamente, por isso é preciso que a elevação da cabeceira deva ser feita de forma lentamente ao dia anterior que ela ficará sentada, essa posição deve ser associada com o uso de meias elásticas e faixas abdominais. Além disso, é preciso fazer a mudança de decúbito antes e no decorrer da mudança de posição. Ao fazer essas mudanças devem-se monitorar os sinais vitais da pessoa com LM (BRUNI et al., 2004).

Em relação às alterações psicossociais percebeu-se que pode levar algum tempo até que a pessoa e a família compreendam a dimensão do Trauma Raquimedular (TRM).

Sentimentos de revolta, de negação do que esta acontecendo levará a pessoa de um extremo outro. Despertando sentimentos ruins e de luto pela perda da autonomia. Aos poucos a pessoa com LM volta a adquirir autoconfiança dentro das novas possibilidades os ajustem e as descoberta acontecem no decorrer da nova condição de vida.

Para que haja um ajuste nesta nova vida e seja evitado complicações ou agravamento das incapacidades, as pessoas com LM, os familiares e os cuidadores, nas visitas domiciliares, devem receber orientações dos profissionais que estão atuando com o paciente, buscar saber onde fica a unidade de saúde básica mais próxima de sua residência e qual o enfermeiro que irá lhe orientar quanto aos cuidados necessários que terá que ter dali para diante. Nestas visitas é sugerido modificações no domicílio que irá facilitar o acesso e a execução dos cuidados ou o uso de equipamentos específicos para a pessoa com lesão medular.

Cafer et al. (2005) reafirmam diagnóstico e intervenções e complementam com o estudo acima ao apresentar uma pesquisa com propostas de intervenções para pacientes com lesão medular, com base, na Nursing Interventions Classification (NIC) e em diagnósticos de enfermagem, segundo a North American Nursing Diagnosis Association, (NANDA), Associação Norte Americana de Diagnóstico de Enfermagem que possui mais de 200 diagnósticos clínicos para uso da enfermagem. Essa pesquisa foi feita em uma Unidade de Ortopedia e Traumatologia em São Paulo.

Os diagnósticos pertinentes às pessoas com LM encontrados foram:

Mobilidade física prejudicada; Déficit no autocuidado para banho e higiene; Déficit no autocuidado para vestir-se e arrumar-se; Disfunção sexual; Risco para infecção; Risco para integridade da pele prejudicada; Incontinência urinária total; Constipação; Ansiedade; Integridade da pele prejudicada; Risco para disreflexia autonômica; Déficit no autocuidado para alimentar-se; Déficit de conhecimento; Retenção urinária; Dor (CAFER, et al., 2005).

Em relação aos diagnósticos apresentados as autoras apresentam propostas de intervenções que são as seguintes:

Terapia com exercícios: deambulação; terapia com exercícios: mobilidade articular; posicionamento; banho; assistência do autocuidado: banho e higiene; vestir; cuidados com os cabelos; assistência no autocuidado: vestir-se/arrumar-se; aconselhamento sexual; controle de infecção; proteção contra infecção; controle de pressão sobre áreas do corpo; prevenção de ulcera de pressão; cuidados na incontinência urinaria; controle da constipação/impactação; redução da ansiedade; cuidados com o local de incisão; supervisão da pele; cuidados com lesões; controle da disreflexia; alimentação; assistência no autocuidado: alimentação; ensino: processo da doença; cateterização vesical; cuidados na retenção urinaria; controle da dor (CAFER, et al., 2005)

Andrade e Chianca (2013) também fizeram um estudo que levaram em consideração as intervenções da NIC, porém especificado na mobilidade física prejudicada. Dessas intervenções sugeriram o cuidado com órtese, já que esta não consta descrita na NIC.

Se essas intervenções forem postas em práticas as pessoas portadoras com LM poderão ter uma melhora na qualidade de vida. É preciso que os familiares tenham participação nesse processo e recebam orientação e treinamento para a execução desses cuidados. As intervenções usadas pelo enfermeiro contribuem para a reabilitação da pessoa que sofreu uma lesão medular, porém o desafio maior é enfrentado pela pessoa em não desistir de continuar realizando os cuidados diariamente de forma adequada a sua realidade (ANDRADE; CHIANCA, 2013).

Creôncio et al. (2013) ao pesquisar o perfil dos enfermeiros entrevistou 15 profissionais que atuavam em um hospital de Petrolina – PE, identificou que o trabalho executado por este profissional é fundamental para a recuperação da pessoa com LM, 80% dos enfermeiros referiram não receber curso de atualização acerca do TRM e mais da metade dos profissionais responderam que não apresentaram dificuldades em prestar assistência a pessoa com TRM. O conhecimento é a base das mudanças e evidencia a promoção de atualizações dos profissionais neste campo de atuação.

Os enfermeiros como parte principal desse processo de cuidados da pessoa com LM “deve aplicar o processo de enfermagem em todos os pacientes, com a sistematização da assistência” (CRÉONCIO et al., 2013, p. 6), ou seja, é ele quem passa mais tempo com a pessoa com LM, é ele quem vai dar o suporte para diagnosticar o paciente e é ele quem vai orientar a família no que se refere as intervenções.

Sartori e Melo (2002) em seu estudo salientam a importância da assistência ao lesado medular ser sistematizada, as autoras completam ao afirmar que se deva ter uma educação continuada na enfermagem para que todos possam se atualizar nos conhecimentos e com isso atender as necessidades do lesionado.

Em relação à assistência sistematizada são apontados gerenciamento de casos, com o objetivo de qualificar essa assistência.

Gonzales et al. (2003) apresentam um gerenciamento de caso voltado à saúde o qual afirmam que ele é uma alternativa para melhoria do atendimento a pessoa com lesão medular.

Cardoszo-Gonzales, Villa e Caliri (2001) apresentaram um gerenciamento de caso para que seja organizada a alta da pessoa com LM, as autoras afirmam a importância desse gerenciamento desde o momento da lesão até a sua reabilitação. As autoras afirmam que “o gerente de caso integra todas as partes envolvidas no cuidado do paciente, tais como a equipe de saúde, família (ou cuidador) e o próprio paciente” (p. 332).

No Ceará foi desenvolvido um estudo em um hospital de emergência e trauma sobre a experiência de ensino-aprendizagem no cuidado dos pacientes com lesão raquimedular, para suas famílias. Participaram desta pesquisa 28 acompanhantes da pessoa com a LM. Esta pesquisa visou discorrer sobre o ensino para os familiares a cuidar da pessoa com a lesão e identificar os sentimentos e ações aprendidas por esses acompanhantes. Os resultados obtidos no estudo foram os seguintes: quase sempre é mulher o acompanhante cuidador; o familiar acompanhante deixou de ser expectador, ele passa a ser co-responsável na assistência de enfermagem; com a orientação da enfermagem dada os acompanhantes, estes perceberam que poderiam dar continuidade aos cuidados do paciente em domicílio; as pessoas com LM ao perceberem que o acompanhante sabe cuidar deles e, com isso, passa a confiar mais no seu cotidiano fora do hospital (CARVALHO et al., 2006).

A partir do momento que a pessoa com LM recebe alta, como parte integrante do processo, ela precisa gerenciar seu autocuidado. Isto ocorre por que ela sente-se segura e por ter recebido as orientações necessárias, por conhecer suas limitações e ter apoio de seus familiares

ou cuidadores caso necessite de auxílio. Mais uma vez a enfermagem a enfermagem vem ser o agente principal da reabilitação da pessoa com LM.

Brito, Bachion e Souza (2008) apontam diagnósticos de enfermagem com base no modelo de Orem (Dorothea E. Orem). Afirmam que o autocuidado é o cuidado pessoal que os indivíduos necessitam diariamente para regular seu próprio funcionamento e desenvolvimento, os quais podem ser afetados por fatores como idade, etapas de desenvolvimento, estado de saúde, condições ambientais e efeitos de atenção médica.

Bruni et al. (2004, p. 7) completam ao afirmar que “o autocuidado é reforçado durante as visitas domiciliares pela Enfermaria de Reabilitação [...]”, pois é ela que conhece os passos necessários para a assistência.

Em relação ao autocuidado na eliminação intestinal Padula e Souza (2007) fizeram um estudo com 28 pacientes, sendo 14 de um grupo experimental e 14 um grupo de controle. Os resultados deste estudo permitiram aceitar a hipótese que o grupo experimental de paraplégicos com déficits relacionados a eliminação intestinal conseguem evoluir expressivamente em relação ao grupo de controle quando submetido a um programa educativo de autocuidado

Quando o paciente consegue fazer o autocuidado e suas necessidades diárias básicas, chama-se de avaliação funcional. Em relação a esta, Silva et al. (2012) fizeram um estudo exploratório utilizando a escala da independência funcional Método de Independência Funcional (MIF) para avaliar as pessoas com LM. Para este estudo foram escolhidos 228 prontuários de pessoas com lesão medular traumática que entraram pela primeira vez no Programa de Reabilitação do Lesado Medular, no período de janeiro de 2002 a dezembro de 2005.

Concluiu-se neste estudo que a maioria dos pacientes pesquisados conseguia vestir seus membros inferiores e se tornavam independentes neste sentido no momento da alta. No que diz respeito à alimentação, alguns conseguem se alimentar, dependendo do nível da lesão.

A reabilitação das pessoas com LM depende de como esta pessoa irá enfrentar sua nova vida e, principalmente pelo encaminhamento a uma equipe multidisciplinar. É ela quem vai auxiliar na sua independência funcional.

Com o objetivo de reduzir a dependência da pessoa com LM em relação aos seus cuidadores, para que elas conseguissem realizar atividades diárias sozinhas, Machado e Scramina (2010) fizeram um

estudo com 8 homens da região Sul e Sudeste do Brasil. Os autores afirmam que esses homens pesquisados têm medo de perder seus pais e, com isso, não saberem quem poderá auxiliá-los no cuidado e no autocuidado. Todos têm esperanças que consigam ser mais independentes funcionalmente para que não precisem do auxílio de terceiros o tempo todo.

Albuquerque, Freitas e Jorge (2009) interpretaram experiências de hospitalização com 7 pacientes com LM em um Hospital Público de Urgência e Emergência em Fortaleza. Os entrevistados informaram que haveria muitas mudanças na rotina das suas vidas após a hospitalização, que também se sentiam constrangidos com a exposição dos seus corpos e ficavam frustrados por não conseguirem realizar suas funções biológicas sem dificuldade.

O que ficou percebido pelas autoras é que é preciso pensar além das condições físicas do hospital, é necessário um preparo em relação ao atendimento a pessoa com a LM e a sua família. Na verdade deve ser pensando num todo, “é preciso criar formas de sentir, falar e fazer a prática do cuidado de modo compartilhado com os profissionais, cliente e família” (ALBUQUERQUE; FREITAS; JORGE, 2009, p. 6).

A nova situação de vida da pessoa com LM faz com ela tenha que reaprender a fazer o que fazia antes, porém de forma diferente. Isso agora se torna um desafio constante na sua vida.

Amaral (2009) fez um estudo sobre como a pessoa com LM pode encontrar um novo sentido para vida. Alguns itens cruciais para a melhoria na vida dessas pessoas são: aceitação do estado atual; reconhecer seus sentimentos negativos e deve-se encorajar o paciente a expressá-lo; estabelecer confiança e atenção positiva. Sendo que “é nesta fase que a ajuda dos enfermeiros se torna fundamental [...]” (p. 7).

Brunozi et al. (2011) fizeram uma revisão de literatura sobre a qualidade de vida das pessoas com Lesão Medular Traumática, concluíram com as análises dos artigos que os aspectos sociais e físicos são comprometidos, confirmaram que independência funcional dessas pessoas é prejudicada, pois depende do nível da lesão de cada um.

França et al. (2013) fizeram um estudo epidemiológico, com 47 pessoas com LM, realizado na Unidade Básica de Saúde da Família em Campina Grande/PB, sobre a qualidade de vida em pacientes com lesão medular.

Concluíram que a qualidade de vida das pessoas acometidas pela lesão medular não é satisfatória. Os maiores influenciadores para a má qualidade de vida dessas pessoas foram considerados os domínios físico e ambiental. E ainda, “locomoção, trabalho, dinheiro, informações,

lazer, vida sexual e aproveitamento da vida” (FRANÇA et al., 2013, p. 5).

Schoeller et al. (2012b) ressaltam que as pessoas com lesão medular têm os mesmos direitos de ir e vir que uma pessoa sem deficiência, só que isso não acontece, já que a pessoa com LM encontra vários problemas que a impedem de exercer esses direitos, isso faz com que a ela se sinta excluída do seu ambiente social, já que a própria sociedade a exclui pela sua condição. Isso influi na piora da sua qualidade de vida.

Uma pessoa pode enfrenta vários problemas no seu dia a dia que causa desequilíbrio emocional e físico e supera sem afetar sua condição. Com a pessoa que sofre lesão medular pode ser mais complexo devido ao choque causado pelo trauma, às mudanças inesperadas em sua vida ou rotina diária que deverá se adaptar e os transtornos de comportamento psicológico e físico que poderá afetar sua qualidade de vida. Ao pensar na rotina diária de cuidados de uma pessoa com lesão medular nos leva a perceber o quanto é importante à orientação e o cuidado de enfermagem na vida destas pessoas para que tenham uma vida com mais qualidade.

3.3 O QUE A PERCEPÇÃO

O conceito de percepção deriva do termo grego *perceptio* - segundo o dicionário de filosofia pode ser apontado três significações. Primeira significação tem um significado mais geral pode ser qualquer atividade de conhecimento, não se separa de pensamento. Para o filósofo Telésio “a sensação é a percepção das ações das coisas, dos impulsos do ar” e em especial “das mesmas paixões e mudanças”. Afirmava que sensação e percepção refletem na ação dos acontecimentos ou na alteração da alma. Já, Descartes usava o termo percepção para indicar todos os atos cognitivos, “que são passivos em relação ao elemento, em contrario aos atos da vontade, que são ativos”. Descartes dividiu o termo percepção em três: as percepções que dizem respeito aos objetos externos, as que dizem respeito ao corpo e as que dizem respeito à alma (ABBAGNAMO, 2003, p. 753).

A segunda definição tem um significado mais limitado, “expressa o ato cognitivo objetivo, que apreende ou manifesta um objeto real determinado (físico ou mental)”. É o conhecimento baseado na experiência, imediato, correto e extenuante do elemento real. Os Estóicos definem a sensação assim: “a sensação é a percepção por meio do sensorio ou da compreensão”. Telésio e Bacon introduziram a

palavra percepção no uso filosófico e a partir deles seu significado começou a se distinguir do de sensação. Contudo, foi Descartes que formou uma definição nova e mais complexa para o termo “percepção”. A partir daí vê-se a necessidade de diferenciar sensação e percepção na teoria da percepção (ABBAGNAMO, 2003, p. 753).

Assim, a percepção continua a ter como função de abranger ou ilustrar um objeto, esse ato utiliza certo número de dados elementares de sensações.

O terceiro significado de percepção diz que, percepção é “interpretação dos estímulos”, o reencontro ou a edificação da definição deles. Pesquisadores da psicologia após estudos realizados evidenciaram dois grupos de teorias, os fatores e condições objetivas e dos fatores e das condições subjetivas. As teorias sobre os fatores e condições objetivas pertencem à psicologia da forma (*gestalttheorie*). Muitos estudiosos como Max Wertheimer, Köhler, Koffka, mostram que não existem sensações rudimentares que façam parte da composição de um elemento e que não existe *um* elemento da percepção como instituição isolada ou isolável. O que se percebe é um todo que faz parte de um todo, cujas partes se analisadas separadas, não apresentam as mesmas particularidades. Já, as teorias sobre os fatores e condições subjetivas não consideram o pressuposto da consciência e introspecção. Consideram que estar “disposto” para certo estímulo e para certa reação e um estímulo facilita o ato de perceber e possibilita uma realização com maior interesse e energia. Disposição é uma ação “seletiva” que determina preferências, prioridades, diferenciais qualitativo ou quantitativamente naquilo que se percebe (ABBAGNAMO, 2003).

Resumidamente a percepção é uma interpretação provisória e incompleta fundamentada em indícios e sinalizações; não implica nenhuma garantia ou certeza permanecendo na esfera do provável, precisa ser validada, coloca a prova. Não é um conhecimento completo e estável pode ser corrigido (ABBAGNAMO, 2003).

Bergson (2010) quando escreveu seu livro “Matéria e memória” diz de forma categórica e demonstra seu intuito dual acerca do espírito e da matéria, que representados ao mesmo tempo pela percepção e pela memória, abrangem naturezas distintas.

No entanto, o plano de Bergson versa em descobrir suas afinidades, diminuindo as alternativas de dualidade. A fantasia e o real são para ele assuntos ao mesmo tempo inadequados: “é falso reduzir a matéria à representação [...], também é falso fazer dela uma coisa que produziria em nós representações, mas que seria de outra natureza” (BERGSON 2010, p. 1).

Ainda, argumenta que a metafísica clássica altera o período porque o prende, o detém e particulariza o tempo. A diferença torna-se deste modo semelhança, constância, espaço e o tenso, expansão. Nesse significado, para Bergson a percepção cria a probabilidade de uma preocupação direta e intuitiva do fato, que incidiria em uma recuperação da intuição por meio de conflito das conclusões experimentadas e adaptadas da inteligência (BERGSON, 2010).

Assim, para Bergson percepção é ação, é escolha, ela não cria coisa alguma, ao contrário, seu papel é abolir do conjunto das imagens aquelas que não são importantes para aquela imagem distinta que titulamos de nosso corpo e, dessa maneira preparar a ação. “Perceber significa imobilizar condensar períodos enormes de uma existência diluídas em alguns momentos, mas diferenciados de uma vida mais intensa, resumindo assim uma longa história” (BERGSON, 2010, p. 209).

O sentimento de impotência frente às dificuldades causadas pela lesão medular levam as pessoas a sentirem e se perceberem em uma variedade de sentimentos como o desânimo, o medo, a ira, a insegurança entre outros. Aos poucos vão se achando no novo corpo e arriscam-se a fazer certos movimentos que pareciam impossíveis de realizar. A personalidade pode ser fator decisivo no tempo de reabilitação e adaptação a nova situação de vida que se encontra (PEREIRA; ARAUJO, 2006).

Oscilações emocionais ocorrem como forma de tentar justificar e compreender a situação que se encontram e à medida que o tempo passa as pessoas vão se descobrindo “pessoas melhores” com expectativas de recuperar os movimentos, e percebe a possibilidade de ter uma vida com qualidade e adaptar-se a sua nova condição (BERTO; BARRETO, 2011). É analisada por alguns autores que a vida da pessoa com lesão possui maior qualidade de acordo com a percepção dele sobre sua vida (BAMPI; GUILHEM; LIMA, 2008).

Toda pessoa ao ser hospitalizada necessita de cuidados de enfermagem, da família, dos médicos, de toda uma equipe administrativa e de saúde. Em especial, as pessoas vítimas de traumas medulares carecem de um cuidado mais planejado, com bases científica, com um objetivo único que é a manutenção de sua vida. A percepção destas pessoas nesta situação é de extrema relevância para melhor atender as vítimas com lesão e os familiares envolvidos.

4 PERSPECTIVAS METODOLÓGICAS

Este item inclui a trajetória percorrida para a realização desta pesquisa. Aborda o tipo de pesquisa, o local de estudo, a seleção dos participantes, a coleta dos dados, como se deu a análise e a interpretação dos dados, assim como os aspectos éticos envolvidos na pesquisa.

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, do tipo exploratória e analítico.

A pesquisa qualitativa permite reconstruir as representações sociais que constituem a vivência das relações objetivas pelos atores sociais que lhe atribuem significados (MINAYO, 2010).

Os estudos exploratórios permitem ao pesquisador ter maior domínio sobre determinado assunto, pois é necessário que este aprofunde o estudo, dentro dos limites de uma realidade específica, e busque tanto antecedentes como maiores conhecimentos acerca da temática. Os estudos descritivos têm como principal característica a descrição fidedigna de determinado fato e exige ao pesquisador um conhecimento prévio sobre o objeto de estudo (TRIVIÑOS, 2010).

Para verificar a percepção das pessoas com lesão medular sobre os cuidados de enfermagem no período de internação hospitalar realizaram-se entrevistas semiestruturadas.

O processo de análise foram a partir da proposta da análise de conteúdo convencional, sendo definida como um método de pesquisa para a interpretação subjetiva do conteúdo do texto (HSIEH; SHANNON, 2005).

A análise de conteúdo convencional geralmente é utilizada como uma imagem para apresentar um fato. A vantagem da abordagem convencional para a análise de conteúdo é ganhar informação direta dos participantes do estudo, sem impor categorias pré-concebidas ou perspectivas teóricas.

A organização e análise dos dados ocorreram conforme Análise Temática proposta por Minayo (2010). A análise Temática pode ser organizada em quatro passos: “pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação”. Na pré-análise faz-se a leitura flutuante seguida da leitura repetida, para estabelecer relações entre as falas, a fim de construir uma síntese para reconhecer as representações, contradições e antagonismos de cada relato. Na segunda fase é o momento de aplicarmos o que foi definido na anterior, á fase

mais longa. A seguir, foi realizada a leitura vertical que é realizada para tornar os resultados agressivos significativos, propor deduções. Na terceira fase ou leitura horizontal volta-se à análise dos objetivos de estudo. A análise transversal permite o reconhecimento dos equívoco/contradições e relações entre as falas que tornam possíveis as interpretações das concepções e criação dos significados.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A busca pelos dados foi realizada na cidade de Joinville, por ser a cidade de residência da pesquisadora, e esta cidade tem como característica ser a maior cidade, em população, do estado de Santa Catarina (SC), atualmente com 515.288 habitantes. É o maior polo econômico, tecnológico e industrial do estado. Maior parque fabril de SC, com um número de 1,6 mil indústrias e 13,4 mil estabelecimentos comerciais. Apresenta o 13º melhor IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) do Brasil - 0,857 (JOINVILLE, 2014).

Joinville possui o Hospital Municipal São José que é referência em atendimentos de traumas. No ano de 2013, no Pronto Socorro do HMSJ, foram realizados 3580 atendimentos. É um dos hospitais que mais atende pacientes do SUS em SC com 286 leitos. O perfil de atendimento é de Média e Alta Complexidade, sendo referência em Urgência e Emergência Adulto, Tratamento Intensivo Adulto, Neurologia e Neurocirurgia, Oncologia, Ortopedia e Traumatologia, Tratamento de Queimados, Transplante de Córnea, Rins e Fígado (JOINVILLE, 2014).

A coleta de dados foi desenvolvida na ADEJ – Associação dos Deficientes Físicos de Joinville, que foi fundada em julho de 1983. É uma instituição filantrópica que tem como foco principal os projetos nas áreas de reabilitação e inclusão social. Tem como missão “reabilitar e reintegrar à sociedade as pessoas com deficiência física através de terapias, capacitações e inserção no mercado de trabalho”. Atendem pessoas com deficiências físicas a partir dos 4 anos de idade. Disponibilizou seu espaço para realizar as entrevistas facilitando o acesso das pessoas participantes. E também na ACE - Associação Catarinense de Ensino, que possui os cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, da Faculdade de Ciências da Saúde de Joinville e um Centro Pedagógico de Reabilitação, com as Clínicas Integradas de Psicologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Por intermédio desta clínica foi realizado o contato com as pessoas que possuem lesão medular por trauma.

As entrevistas também foram realizadas, no domicílio das pessoas com Lesão medular por ser o lugar onde as pessoas têm a sua residência permanente e, assim sentir-se mais a vontade e seguras para participar dos encontros.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram da pesquisa pessoas com lesão medular adquirida. Foram entrevistadas 25 pessoas, nas quais o ponto de saturação esgotou o número de participantes disponíveis para as entrevistas. O ponto de saturação é coletar dados até que todas as categorias estejam saturadas, isto significa até nenhum dado novo ou importante para surgir em relação a uma categoria (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Foram pessoas com LM registradas na ADEJ, indicadas pelos participantes cadastrados e pacientes da clínica de Fisioterapia da ACE. Foram convidadas para participar aquelas pessoas que atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

- Pessoas maiores de 16 anos de idade que sofreram Lesão Medular Traumática.
- Ter capacidade de comunicação, condições cognitivas e mentais preservadas.

Alguns critérios de exclusão foram estabelecidos:

- Ter tido lesão cerebral associada.
- Lesão Medular Não Traumática.

O acesso aos participantes deu-se por contato prévio com a direção da ADEJ e da ACE, onde foi apresentada a proposta da pesquisa bem como os métodos para coleta de dados, os critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos na pesquisa, os aspectos éticos e outras dúvidas acerca da pesquisa.

Após autorização da ADEJ e da ACE, foram contatadas as pessoas com lesão medular cadastradas nestas entidades a partir dos critérios de inclusão acima citados. Estas pessoas foram convidadas pessoalmente para integrar à pesquisa. A partir do aceite para participar foi agendado as entrevistas com estes sujeitos, acordando o dia, o horário e o local de realização das entrevistas, de acordo com a disponibilidade de cada pessoa.

4.4 COLETA DE DADOS

Como instrumento de coleta de dados, foi usado à entrevista com base em roteiro semiestruturado (Apêndice II) composto por sete questões que respondem ao objetivo geral e específico da pesquisa.

Segundo Gil (2008), entrevista é o encontro de duas pessoas, a fim de que uma delas consiga elementos a respeito de certo assunto onde o entrevistado tem livre-arbítrio para ampliar cada situação em qualquer direção que julgue apropriada. Para Minayo (2010), o roteiro semiestruturado deve desdobrar os vários indicadores essenciais e suficientes em tópicos que contemplem abranger as informações esperadas.

As entrevistas foram gravadas em gravador digital e posteriormente transcritas. No primeiro momento foram coletados os dados de identificação da pessoa. No segundo momento foram realizadas as perguntas acerca da percepção que a pessoa tem sobre o atendimento recebido pela enfermagem durante sua internação.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas gravadas foram transcritas logo após a coleta de dados. O processo de análise foi a partir da proposta da análise de conteúdo convencional, sendo definida como um método de pesquisa para a interpretação subjetiva do conteúdo do texto (HSIEH; SHANNON, 2005).

A análise do conteúdo foi por meio da abordagem convencional que se beneficia por obter informações diretas dos entrevistados e geralmente é utilizada como um retrato para apresentar um fato. A vantagem da abordagem convencional para a análise de conteúdo é ganhar informação direta dos participantes do estudo, sem impor categorias pré-concebidas ou expectativas teóricas.

Inicialmente foram transcritas todas as vinte e cinco entrevistas. A entrevista foi composta por sete perguntas. A seguir realizou-se a leitura grifando as falas relevantes e assinalando as primeiras observações, pensamentos e análise inicial. Surgem as primeiras possíveis categorias, são separadas e agrupadas as perguntas das entrevistas. São analisadas e grifadas com cores (amarelo – cuidado enfermagem; verde - momento marcante/percepção do cuidado; rosa – reabilitação/orientação a família).

A partir destas análise emergiram as categorias.

O número de categorias depende da relação existente entre as subcategorias que podem aumentar ou diminuir o número delas. Na sequência, as definições para cada categoria, subcategoria e código são desenvolvidas (HSIAEH; SHANNON, 2005).

4.6 QUESTÕES ÉTICAS

Todas as fases desta pesquisa foram realizadas em conformidade com as questões ético-legais da resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS (CNS, 2012) que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, respeitando os princípios de autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, visando garantir os direitos e deveres que dizer respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (CNS, 2012).

Esta pesquisa foi realizada em acordo com as questões ético-legais da resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS (BRASIL, 2012a) que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em 10/03/2014 - número 549.536.

Com aprovação do Comitê de ética, os informantes do estudo receberam individualmente todas as orientações referentes ao desenvolvimento da pesquisa, e após devidamente informados foram convidadas a participar do mesmo, ficando livres para participar ou não e de desistir a qualquer momento. Aos que manifestaram disposição para participar voluntariamente do estudo, foi disponibilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) para que assinassem, sendo que uma cópia ficou com a pesquisadora, e a outra, com o sujeito do estudo.

As pessoas que aceitaram participar do estudo receberão individualmente as orientações referentes ao desenvolvimento da pesquisa, ficaram livres para participar ou não e de desistir a qualquer momento. Aos que manifestaram disposição para participar voluntariamente do estudo, foi disponibilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice I) para que assinassem, sendo que uma cópia ficará com a pesquisadora, e a outra, com o sujeito do estudo.

Foi reservado o anonimato das informações fornecidas pelos participantes, sendo utilizadas apenas em publicações de periódicos, livros ou divulgação em eventos de características científicas. Os riscos foram mínimos como: chorar, se emocionar passíveis de serem controlados e teriam a assistência necessária prestada pela pesquisadora,

considerando o benefício e o acompanhamento posterior ao encerramento ou a interrupção da pesquisa.

5 RESULTADOS

Os resultados são apresentados conforme Normativa do programa de Pós Graduação em Enfermagem de 2011 que regulamenta a apresentação dos trabalhos de conclusão dos cursos de Mestrado e Doutorado – UFSC, os resultados desta dissertação estão consubstanciados em dois manuscritos. O manuscrito um intitulado: “Cuidados de enfermagem à pessoa com lesão medular durante a hospitalização”. Desta análise emergiram três categorias: **A enfermagem cuida**; onde constam os cuidados realizados pela enfermagem e enfermeiro; **Lacunas do cuidado de enfermagem**, que trata de ações de não cuidado por parte dos profissionais; e, **Outros profissionais também se envolvem na assistência**, aonde os participantes relatam ações de outros profissionais envolvidos. Concluiu-se que um Enfermeiro atuante na assistência de enfermagem faz a diferença no local de trabalho e na recuperação da pessoa com LM, e da importância da integração das áreas no planejamento da assistência a pessoa com LM.

O manuscrito dois intitulado: “Primeira internação pós lesão medular: do estranhamento à reflexão sobre o cuidado”. Emergiram dos dados coletados, cinco categorias - três relacionadas aos momentos em que os cuidados de enfermagem são realizados: 1) primeiro momento vivenciado: *não consigo fazer nada e têm pessoas estranhas mexendo em mim*; 2) segundo momento: *eu preciso dessa gente*; 3) terceiro momento: *sou grato a estas pessoas*. E duas a partir da reflexão dos cuidados recebidos: 4) *têm coisas que podem melhorar* e 5) *o que me marcou no cuidado*. Neste estudo se destacou muito dos problemas vividos pelas pessoas e familiares na primeira internação hospitalar e também de revelar a importância de ter uma enfermagem envolvida na recuperação desta pessoa e nesta fase tão complexa de sua vida.

5.1 Manuscrito 1 - Cuidado à pessoas com lesão medular durante a hospitalização¹

Lucia Helena Heineck²

Soraia Dorneles Schoeller³

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas⁴

Resumo: Este estudo teve por finalidade compreender a percepção das pessoas com lesão medular sobre os cuidados de enfermagem a ela prestados durante o período de internação hospitalar. A metodologia utilizada foi à qualitativa. Sendo entrevistadas 25 pessoas que sofreram LM por trauma, no período de maio a junho de 2014. Estas pessoas foram contatadas por meio de duas entidades não governamentais da cidade de Joinville, Santa Catarina. Utilizou-se entrevista semi-estruturada. Da análise emergiram três categorias: **A enfermagem cuida**; no qual constam os cuidados realizados pela enfermagem e enfermeiro; **Lacunas do cuidado de enfermagem**, que aborda ações de não cuidado por parte dos profissionais; e, **Outros profissionais também se envolvem na assistência**, onde os participantes relatam ações de outros profissionais envolvidos. Concluiu-se que um Enfermeiro atuante na assistência de enfermagem faz a diferença no local de trabalho e na recuperação da pessoa com LM, e da importância da integração das áreas no planejamento da assistência a pessoa com LM. Percebeu-se que a enfermagem é o elo que une a pessoa com LM aos demais profissionais e setores intra e extra hospitalar e a contribuição maior são as orientações contínuas ministradas do decorrer da internação.

Descritores: Cuidados de Enfermagem; Enfermagem; Multiprofissional.

¹ Manuscrito apresentado como parte do resultado da dissertação sob o título “**PERCEPÇÃO DA PESSOA COM LESÃO MEDULAR SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**”, vinculado ao Grupo de Pesquisa Práxis – Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), desenvolvido em 2014.

² Enfermeira professora do Instituto Federal de Educação/ Joinville, alunado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da UFSC.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem UFSC. Docente Graduação e Pós-Graduação Departamento Enfermagem UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa Práxis-UFSC. Coordenadora do Grupo (Re)Habilitar-UFSC.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem UFSC. Docente Graduação e Pós-Graduação Departamento Enfermagem. UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa Práxis-UFSC.

INTRODUÇÃO

A Lesão medular (LM) é um problema global e estimativas internacionais apontam que o Brasil tem a segunda maior incidência de trauma raquimedular do mundo (ICCP, 2014). Calcula-se que anualmente haja 50 casos novos para cada milhão de habitante/ano. Considerando que em 2014 a população brasileira estará em 203.200 milhões de habitantes (IBGE, 2014), tal estimativa indica 83.278 novos casos de pessoas com lesão medular adquirida. Devido à ausência de estudos epidemiológicos, dados mais exatos são ainda desconhecidos.

O trauma raquimedular é uma agressão à medula espinhal, que pode acarretar em prejuízo dos movimentos voluntários e/ou sensibilidade (profunda, tátil, dolorosa) ao nível de braços e pernas e em alterações do desempenho dos sistemas responsáveis pela respiração, intestino, circulação, sexual e de reprodução (SCHOELLER et al., 2012a; ARMSTRON et al., 2014; UMESCH et al., 2011).

Lesão Medular é uma ocorrência traumática que acontece de forma inesperada e não se prevê suas consequências, visto que mudanças físicas irreparáveis (motoras e sensitivas) impedem ou dificultam a capacidade das pessoas em realizar suas atividades essenciais do dia-a-dia. É classificada como incompleta se houver algum movimento espontâneo ou sensibilidade abaixo do nível da lesão e é lesão completa se não houver movimento espontâneo ou sensibilidade abaixo do nível da lesão (UMESH et al., 2011).

A pessoa que sofre uma lesão medular tem sua vida transformada abruptamente. Rompe com a vida que tinha antes para viver uma na qual terá que se adaptar e vencer novos desafios. Segundo Fecho et al (2009) muitas reações são desencadeadas, ora de agressividade, ora de ansiedade, ora de isolamento social, ora de descaso, ora de ira e revolta, ora de medo e insegurança. O comportamento e os aspectos psicológicos da pessoa são alterados de forma muito intensa, devido ao trauma em si e todas as consequências que se seguem a ele (BERTO; BERRETO, 2011; BORGES et al, 2012). O enfrentamento da nova condição passa por varias fases de adaptação independente da gravidade da lesão e a medida que ela vai se descobrindo nessa nova maneira de viver ela volta a planejar sua vida em busca de sua independência (BORGES et al., 2012).

A partir daí surge um novo processo em sua vida. A reabilitação é uma ação que deve ter inicio no momento do trauma com o intuito de prevenir futuras complicações. Reabilitar faz referência a habilitar de novo o que foi perdido, estabelecer estratégias que o induzam a fazer o

que fazia antes da lesão (SCHOELLER et al., 2012b).

A lesão medular exige internação hospitalar por longos períodos de tempo, em tratamentos caros e complexos. A pessoa com LM pode apresentar muitas complicações imprevisíveis que prolongam a hospitalização, em decorrência disto além do desgaste emocional resulta na elevação dos custos (SARTORI; MELLO, 2002; ALVES; BORGES; BRITO; SOARES; SILVA, 2014).

Além disso, na internação segue com uma rotina de cuidado a qual a pessoa não estava acostumada, tudo é muito diferente. Além das alterações físicas existem também as mudanças de horários, a área física, os exames que são realizados a todo instante, as picadas e remédios que antes ela não fazia uso e a alimentação diferente daquela que está acostumado a receber em casa.

O interesse por este tema surgiu de experiências pessoais que despertaram questionamentos acerca da assistência de enfermagem. Dai vem o questionamento: como a pessoa com lesão medular percebe os cuidados realizados pela equipe de enfermagem? Conhecer sobre estas experiências nos remete ao período de internação hospitalar, quando estas pessoas receberam os cuidados de enfermagem. Assim este estudo objetivou:

Compreender a percepção das pessoas com lesão medular sobre os cuidados de enfermagem a ela prestados durante o período de internação hospitalar.

METODOLOGIA

Esta pesquisa é de natureza qualitativa do tipo exploratória e descritiva. Segundo Minayo (2010, p. 26) a pesquisa qualitativa “trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações crenças e valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

Participaram deste estudo 25 pessoas com LM adquirida. Os critérios de inclusão foram pessoas maiores de dezesseis de idade (16 anos); ter capacidade de comunicação, condições cognitivas e mentais preservadas. Como critérios de exclusão foram: ter tido lesão cerebral associada e lesão medular não traumática.

As pessoas com LM foram contatadas através de duas entidades não governamentais que realizam ações voltadas a esta população, sendo uma paradesportista ADEJ – Associação dos Deficientes Físicos de

Joinville e outra de assistência em saúde ACE – Associação Catarinense de Ensino que possui uma Clínica Integrada de Psicologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Os participantes foram questionados sobre o interesse em participar da pesquisa e, após concordarem foi efetuada a leitura e assinatura do TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido e então realizada a entrevista. Participaram do estudo 25 pessoas com LM adquirida (23 homens e duas mulheres).

Para verificar a percepção destas pessoas com LM sobre os cuidados de enfermagem no período que estiveram internadas, realizou-se entrevista semiestruturada. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. A coleta de dados ocorreu durante o período de maio a julho de 2014, no domicílio dos participantes.

A organização e análise dos dados ocorreram segundo Análise Temática proposta por Minayo (2010). Com as seguintes etapas: “pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação”. Na pré-análise é realizada a leitura flutuante seguida da leitura repetida para estabelecer relações entre os depoimentos a fim de construir uma síntese para reconhecer as representações, contradições e antagonismos de cada relato. A leitura vertical é realizada para tornar os resultados brutos significativos, propor inferências e a leitura horizontal volta-se à análise dos objetivos de estudo. A análise transversal permite o reconhecimento das contradições e relações entre os depoimentos que tornam possíveis as interpretações das concepções e criação dos significados.

Todas as etapas desta pesquisa foram realizadas em consonância com as questões ético-legais da resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS (BRASIL, 2012a) que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em 10/03/2014. Pesquisa sob número 549.536.

Foi garantido o anonimato dos participantes, que estão nominados com a letra P (participante) e o número sequencial da entrevista.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Emergiram dos dados três categorias: **A enfermagem cuida**, no qual constam os cuidados realizados pela enfermagem e enfermeiro; **Lacunas do cuidado de enfermagem**, que aborda ações de não cuidado por parte dos profissionais; e, **Outros profissionais também se envolvem na assistência**, onde os participantes relatam ações de outros

profissionais envolvidos.

A ENFERMAGEM CUIDA

A pessoa com lesão medular requer muitos cuidados devido as múltiplas incapacidades decorrentes. Na análise dos dados foram identificados nestas categorias os seguintes cuidados: ações voltadas à assistência direta e ações de educação em saúde.

Primeiramente, foram elencadas as ações de cuidado realizadas, tanto pela enfermagem, quanto pelo enfermeiro, já que os participantes não diferenciaram o profissional específico da ação (se enfermeiro ou outra categoria da enfermagem).

O enfermeiro pode desempenhar importante papel na recuperação da pessoa com lesão medular. Manter-se informado do quadro clínico, acompanhar sua evolução, adotar medidas preventivas, orientar, ensinar e realizar visitas diárias são algumas delas (MACHADO; VIEIRA, 2009)

Apesar de saber que o enfermeiro desempenha além das funções administrativas, gerenciamento e as funções de assistência à pessoa com lesão medular, sua presença não foi percebida pelas falas dos participantes.

“Pra mim todos eram enfermeiros, me davam injeção, remedinhas de febre. []Eu era totalmente leigo e eles não tinham nenhum crachá de identificação que identificasse se era enfermeiro ou técnico” (P1).

Apesar das diferenças legais, de saber que o enfermeiro desempenha as funções de assistência à pessoa com LM além das funções administrativas e gerenciamento a sua presença não foi percebida pelos participantes. Uma possível explicação reside no fato de que o enfermeiro destina pouco tempo para as atividades de assistência direta. Nogueira (2012), ao investigar a percepção dos sujeitos sobre os cuidados de enfermagem em Portugal, constatou que a grande maioria das pessoas associa os cuidados de enfermagem a procedimentos, o que, no Brasil, é feito predominantemente pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, e não somente pelos enfermeiros. Acresça-se a isto o fato de que enfermeiro não se apresenta, não se faz ver e mostra para as pessoas sua função na unidade de internação, colocando-se a disposição e atuando junto aos cuidados da pessoa que necessita. O cuidar além da técnica demanda da percepção da necessidade do outro para que ele seja

realizado com qualidade e humanizado, se não ele será somente mais uma tarefa.

O enfermeiro tem suas próprias ideias, maneiras de ser e agir diante das circunstâncias. Suas ações são pautadas nos valores morais, éticos, na legislação vigente e nas normas da instituição. A prioridade da Enfermagem é o cuidado ao ser humano em sua totalidade, reconhecendo a pessoa cuidada como autor e habilidades para atuar e definir acerca da própria vida. E assim, desenvolver estratégias para ela exercer sua autonomia e modificar a situação em que vive. Sua presença é indispensável para o bom funcionamento da unidade de internação (ARAUJO; BRITO; NOVAES, 2008; PIRES, 2009). Neste relato o participante ressalta.

“Tinha que fazer tudo pra mim. Eu só conseguia falar, tinha que dar comida na boca, escovar dentes, tudo. Eu só mexia o olho” (P2).

Na enfermagem há dois aspectos frágeis: o reconhecimento de sua utilidade social e sua autonomia. Quanto à utilidade social existe um consenso que cuidado humano e trabalho de enfermagem estão diretamente ligados. O cuidado faz parte da preservação da vida em todos os sentidos, do seu início ao final. O crescimento global centrado no mercado de consumo e tecnológico dificulta a valorização do exercício da enfermagem (PIRES, 2009; WALDOW, 2011).

Dentre as ações voltadas à assistência direta, nos relatos ficaram evidentes: higiene e conforto, prevenção de úlceras por pressão, cuidado com a pele e feridas e eliminações vesico-intestinais.

Os Cuidados de Higiene e conforto são fundamentais para o bem estar do ser humano.

“Sei lá é um momento muito difícil que eles têm que fazer tudo. Percebi que eles tem que fazer com muito cuidado tem que pegar no lugar certo pra virar, dar banho, secar, trocar a sonda” (P9).

Nem sempre este cuidado, aparentemente de fácil realização é simples: pode gerar constrangimento e até sentimento de tristeza, conforme relata um dos participantes.

“Era trabalhoso e cada vez que eu ia tomar banho chorava (ri). Até hoje eu choro pra tomar banho por que era complicado, entra com maquina e tudo no chuveiro. Passava trabalho,

pra bota no chuveiro, me lavar, secar, mas tinha que fazer” (P4).

A hora do banho pode ser um momento de vulnerabilidade e constrangimento para a pessoa com LM. Com os idosos não é diferente, Martins (2009) constatou em seus estudos que nas internações ocorre uma constante invasão de privacidade. Os idosos sentem vergonha e se calam por achar que faz parte do tratamento, sendo que muitos só ficaram nus na frente de seus cônjuges. Cabe ao enfermeiro criar estratégias que o deixem mais tranquilo e a vontade, sem que se sintam desrespeitados como: fechar a porta quando realizar o banho, ficar no quarto somente as pessoas que realmente são necessários, cobrir as partes do corpo que não estiver higienizando e informar sobre o que vai fazer.

Conforme o Código e Ética Resolução de Enfermagem COFEN 311/2007 da responsabilidade e Deveres art. 19, todo profissional deve “respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade do ser humano, em todo ciclo vital inclusive nas situações de morte e pós-morte”.

A pessoa com LM fica imóvel por longos períodos, perde a sensibilidade, não controla suas eliminações, sofre alterações no turgor, na elasticidade da pele, além do sistema circulatório, ficando sujeita a desenvolver úlceras por pressão. Podem ser ocasionadas por fatores externos como a pressão, o cisalhamento, a fricção e a umidade. Quanto maior for a pressão exercida e o tempo da mesma sobre o tecido, maior será o efeito patológico pois a pressão é considerada o principal fator causal da ulcera por pressão (STURDAT et al. 2011).

O depoimento mostra que os cuidados, quando realizados criteriosamente produzem um resultado positivo e satisfatório. Esta é uma responsabilidade exclusiva da enfermagem (MELO; MARTINS, 2009).

“Eles viravam de três em três horas...(mãe) ele ficou 38 dias lá e ele não teve uma escara!! Este era o cuidado...dai as enfermeiras vinham e viravam ele de 3/3hs. Todo mundo ficou admirado porque a maioria do pessoal que tem LM tem facilidade de pegar e ele não pegou”(P8).

Há nível hospitalar os cuidados são de competência da enfermagem, como por exemplo, ter atenção a higiene e conforto e ao enfermeiro cabe também estar atento em orientar a família quando da alta para manter tais cuidados. O enfermeiro deve propor ao familiar ou

a pessoa com LM ou ao cuidador mudanças de decúbitos a cada duas horas, manter o leito limpo e livre de sujidades. Na hora do banho o uso de sabonetes neutro e a secagem da pele devem ser feitos com cuidado. Após a secagem é aconselhável o uso de lubrificantes e hidratantes como medidas preventivas (BRUNI et al., 2004).

Na LM a sensibilidade e a motricidade são muito afetadas. A pessoa não sente a pressão que algumas áreas de seu corpo podem estar sofrendo, por isso o enfermeiro deve orientar a pessoa a realizar, periodicamente, movimentos de descompressão e aliviar a pressão das áreas de risco de formação de ulcera de pressão.

Faro, já em 1999, aborda os mesmos cuidados em relação aos procedimentos realizados. Porém, algumas pessoas não conseguem se movimentar por apresentarem lesões que podem agravar o quadro clínico. Estas movimentações só podem ocorrer se realizadas em bloco. Nestes casos a pessoa com LM deve ser orientada sobre a situação.

“Todos os cuidados deles eram pra mim não me movimentar, mexer a coluna, ficava na cama sem mudar de posição” (P3).

Em alguns casos deve-se usar auxílio de travesseiros ou almofadas de espumas para proteger as proeminências ósseas pra evitar que fiquem em contato com uma ou mais superfícies duras para evitar a formação de úlceras de pressão.

As consequências da úlcera por pressão são graves devido ao tempo que levam para cicatrizar e a reabilitação não ser iniciada quando a pessoa ainda não apresenta alguma úlcera. Estes cuidados e medidas preventivas mencionadas podem ser utilizados em pessoas acamadas e com a mobilidade prejudicada, pois também estão sujeitas a desenvolver úlcera por pressão e passar pelas mesmas dificuldades que a pessoas com LM (BRITO; SOARES; SILVA, 2014).

“Eles não tinham me explicado, e fiquei só de um tipo, aí deu ulcera, saí do hospital com quinze dias e com ulcera de pressão que levei uns oito a nove meses pra curar” (P6).

A pessoa com lesão medular tem dificuldade de se alimentar por não conseguir segurar os talheres ou o copo, por ter perdido a força e a coordenação motora dos membros superiores. Isto acontece nas lesões medulares altas – acima de T6. Quanto mais alta é a lesão medular, maior serão a possibilidades de produzir complicações graves (AMARAL, 2009).

“As enfermeiras me alimentavam ”(P3).

Além disso, a alimentação da pessoa com LM deve ser balanceada, já que o padrão de evacuação da pessoa com LM é diferenciado devido a perda do controle do sistema nervoso periférico motor autônomo (SCHOELLER et al., 2012, p. 2665). O participante confirma ao relatar.

“No inicio eu tive uma dieta liquida pastosa e depois com pouco sal até chegar a uma dieta normal e em casa também, por alguns meses, com uma dieta com restrição alimentar, tanto por causa das cirurgias que tinha feito quanto por causa da colostomia”(P1).

Na LM a pessoa tem comprometimento do controle da micção – bexiga neurogênica. A retenção de urina é uma implicação imediata. Como a pessoa não sente a distensão vesical pode ocorrer o superestiramento da bexiga e do musculo detrusor e espaçar o resposta da função vesical. A bexiga neurogênica é causada por qualquer lesão que afete este mecanismo (VASCONCELOS et al., 2010).

A intervenção de enfermagem neste processo é essencial para orientar e ensinar a pessoa e o familiar e/ou cuidador quanto ao esvaziamento da bexiga - cateterismo intermitente - para evitar superdistensão da bexiga e a contaminação do trato urinário (ASSIS; FARO, 2011).

Cassani (2014) considera o auto-caterismo intermitente a melhor opção para o tratamento da incontinência e/ou retenção urinária em pessoas que necessitam de um cateter. As pessoas que realizam o auto cateterismo utilizam menos as unidades de saúde. Segundo ele, ainda que o uso de cateter urinário de demora aumente a morbidade, piora a qualidade de vida e promove visitas desnecessárias a unidade de saúde. Esta é uma das intervenções de maior importância na qual o enfermeiro educa, ensina e realiza até que a pessoa com LM possa realizar sozinha.

“Sonda de alivio aprendi no hospital com os enfermeiros, na primeira internação por que isso eu tinha que fazer, de lá que veio meu procedimento até hoje” (P6).

Da mesma forma da reeducação vesical, há a necessidade de reeducar o sistema gastro-intestinal. A atuação da enfermagem neste processo já deve ser aplicada durante a hospitalização, e consta de

alimentação e hidratação adequadas, além das massagens abdominais ou o uso de medicações.

“No começo fazia com fletenema, fazia aquilo, dava laxante, direto, não era fácil ah! ficava até quinze dias sem evacuar, fazia quase sempre na cama, não tinha controle, foi indo, o médicos pararam com laxantes e foi controlando com a comida, um chazinho” (P7).

Deve-se procurar planejar a reeducação de acordo com o estilo de vida e os hábitos intestinais da pessoa antes da lesão (AWAD et al., 2013).

Todos estes cuidados objetivam a qualidade de vida da pessoa que deve ser retomada já no momento da lesão e cuja participação da enfermagem é vital no processo.

Dentre os resultados, os participantes da pesquisa sinalizaram as ações de educação em saúde. Nesta perspectiva, afirma-se que a educação em saúde é uma das finalidades do cuidado de enfermagem. É um momento onde o enfermeiro auxilia na emancipação da pessoa, expõem seus conhecimentos, promove um vínculo de confiança entre o enfermeiro e as pessoas envolvidas e propõem medidas que irão auxiliar na conquista da autonomia e da qualidade de vida (LIS, AFONSO, 2014).

No Japão profissionais tendem a considerar os contextos individuais de pessoas com lesão da medula espinhal (SCI) como a causa de sua participação passiva em atividades de autocuidado ou auto-gestão. No entanto, o significado de auto-cuidado envolve variáveis que se relacionam com fatores socioculturais. Deste modo, é necessário encontrar o seu significado na percepção das pessoas com lesão medular a fim não só de implementar uma melhor reabilitação, mas também para compreender os constrangimentos sócio-culturais que determinam as atitudes da pessoa para o auto-cuidado que resultam em respostas demoradas (OKOCHI; TADAKA; FUJIMURA, 2013). As falas abaixo relatam sobre onde e com quem as pessoas aprenderam a realizar seus próprios cuidados:

“Tudo que eu sei hoje basicamente, me alimentar, fazer barba, escovar os dentes, tudo foi à enfermagem do SARA tudo, tudo, tudo foi a enfermagem” (P9).

“Minha esposa ficou comigo durante este tempo

que tive no hospital, pra quando eu viesse pra casa ela tivesse aprendido. Quando eles(a enfermagem) iam cuidar de mim chamavam ela pra ficar junto pra acompanhar, pra quando eu viesse para casa ela iria continuar fazendo para mim” (P12A).

A educação em saúde pode ser uma estratégia usada para promoção da saúde estimulando o autocuidado da pessoa com LM, tendo em vista o repasse de informações, a conscientização, criação de possibilidades e sua qualidade de vida. E enfermagem realiza educação em saúde o tempo todo, no momento do banho, quando medica, na hora do curativo, quando realiza a mudança de decúbito pode realizar em quase todos os procedimentos que esta em contato com as pessoas e familiares (SILVA et al., 2011).

No entanto, em algumas situações, a enfermagem perde as oportunidades de realizar seu trabalho de educação em saúde, como relatado na fala seguinte:

“Talvez eles não estivessem preparados pra isso há 17 anos atrás. Mas eu não recebi realmente o atendimento necessário pra me explicar como deveria proceder, como minha família deveria proceder daquele dia em diante, fazer os decúbitos, sentar, como fazer fisioterapia, terapia ocupacional e nutricionista”(P1).

A partir de informações da história de vida sobre a profissão, habitação, alimentação e lazer, o enfermeiro pode formar um dialogo que permita a pessoa a aderir novos hábitos de vida.

Pesquisa realizada por Lis e Afonso (2014) demonstrou que os elementos que dificultam a ação do enfermeiro como educador na promoção da saúde no ambiente hospitalar são:

A sobrecarga de funções do profissional de enfermagem e o seu tempo escasso para dedicar às práticas de educação em saúde; a falta de interesse da instituição e de estímulo pela gerência do hospital; a falta de preparo do próprio profissional para atuar com a promoção em saúde no contexto hospitalar; a baixa adesão do paciente a formar novos hábitos de qualidade de vida e a baixa frequência de contato com os familiares dos pacientes (LIS; AFONSO, 2014, p. 75).

Neste mesmo estudo a solução sugerida foi a convivência diária do enfermeiro com a pessoa internada com intuito de desenvolver um vínculo de confiança quanto aos cuidados realizados (LIS; AFONSO, 2014).

LACUNAS PERCEBIDAS NO CUIDADO

O cuidado é um componente indispensável nas relações humanas para o bem estar, conservação da saúde e da própria vida; promove uma ligação entre quem cuida e quem é cuidado. Contudo, quando o cuidado não acontece, pode causar sentimentos negativos (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2011).

Quando se deixa de cuidar de algo ou de alguém logo percebemos as manifestações da natureza. O cuidado é essencial para que a vida esteja presente em todas as coisas e lugares, cuida-se de tudo e de todos, o tempo todo (SCHOELLER; LEOPARDI; RAMOS, 2011).

O cuidado esta na essência das pessoas, elas nascem com esta virtude. Esta capacidade será maior ou menor dependendo do contexto vivido por elas. Sofrem influência da cultura, da política, da religião, dos valores, crenças e de outros fatores (WALDOW, 2008).

Na relação de cuidar, o cuidador não se encontra sozinho, ele precisa do outro para que a inter-relação aconteça. Deste modo, esta é uma forma especial de cuidar que eleva seu valor neste mundo (FAVERO; PAGLIUCA; LACERDA, 2013).

O cuidado “humano” é “uma atitude ética em que seres humanos percebem e reconhecem os direitos uns dos outros” (WALDOW, 2008, p. 88). Este relacionamento tem o intuito de gerar o desenvolvimento e o bem estar de outras pessoas.

Cuidado implica em desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção e bom trato. Cuidado implica um modo-de-ser mediante o qual a pessoa sai de si e se centra no outro com desvelo e solicitude” (BOFF, 2005, p. 29).

Ao adoecer as pessoas tornam-se mais vulneráveis, dependentes do outro e necessitam de cuidados que ultrapassam os cuidados domiciliares, excedem o habitual e passam para cuidados mais técnicos, com finalidades quase que unicamente terapêuticas. A pessoa passa a ser vista por inteiro e isto compreende suas particularidades éticas e morais (BORGES et al., 2012).

O cuidado é muito mais que uma atitude, que uma ação, O cuidado somente passar a existir quando a existência de alguém tem importância para quem cuida. Este então se dedica a ela; dispõe-se a

participar de seus cuidados, de suas buscas, de suas aflições e de suas conquistas, de ouvir suas queixas, enfim, de sua vida. (BOFF, 2005).

A responsabilidade da enfermagem compreende a atenção dada a pessoa, os seus posicionamentos político e sua maneira de saber fazer no seu dia-a-dia e que está sendo construída. Deste modo é a base que fundamenta as atividades do enfermeiro viabilizar conquistas e manter os espaços de atuação e colaboram para a manutenção da autonomia do profissional (FENTANES et al., 2011).

Todos participantes mencionaram conseqüências e ações de não cuidado por parte dos profissionais de saúde, não somente os de enfermagem. Nesta direção, as complicações clínicas que resultaram foram úlcera por pressão, infecção urinária, Hipotensão Ortostática Postural, além das pequenas ações dos profissionais que foram percebidas como descaso profissional e falta de atenção:

“Fiquei sem entender muito bem as questões fisiológicas, nada foi explicado pra mim. Recebia muito laxante pra evacuar e a sonda estava há muito tempo ali” (P1).

O enfermeiro é peça fundamental no quebra-cabeça que é a recuperação da pessoa com LM e sua família por desenvolver função de educador ao ensinar como proceder nos cuidados com conhecimento científico e de gerência ao administrar as dificuldades que se apresentam e da assistência a dieta. Ele deve procurar adequar a pessoa à nova realidade, ao atender suas necessidades e coordenar a assistência de sua equipe (MELO; MARTINS, 2009). Porém, a fala abaixo vem contra esta afirmação:

“Tinha alguns enfermeiros ou enfermeiras que diziam: “já vou” e o já vou deles nunca chegava (rindo), era enorme de meia hora, uma hora, duas horas, ai meu Deus do céu!! Será que eles pensam que a gente tá chamando por brincadeira?! Que não tô com dor, meu Deus!! Por que eu não conseguia fazer xixi por causa da lesão, minha bexiga enchia muito e doía minha cabeça demais. Uma vez tava tão cheia que eles tiraram dois litros de urina. Eu falava, suava muito, tinha tanta dor de cabeça, eu tremia, me dava sudorese gelada, eu passava muito mal. Ai me davam remédio pra dor de cabeça, não sarava, a dor de cabeça era por que eu não urinava” (P13).

Na hospitalização muitos cuidados são fundamentais para evitar complicações. Quando estas se instalam prolongam a internação e dificultam mais ainda a vida da pessoa e dos envolvidos. Estas complicações podem ser evitadas se adotada uma assistência específica a pacientes com lesão medular e se os familiares ou cuidadores receberem orientações sobre medidas preventivas (MELLO; MARTINS, 2009).

Algumas medidas simples como deixar a campainha próxima da pessoa, estimular a ingestão de líquido para evitar constipação, realizar alívio de áreas de pressão sempre que possível, questionar sempre que tiver dúvidas, procurar manter bom humor buscando sua autonomia.

O foco do cuidado de enfermagem com a pessoa com lesão medular deve ser a busca pela autonomia e conseqüentemente recuperação da autoestima. A enfermagem tem a oportunidade de produzir na pessoa com lesão medular o sentimento de “poder”, que ela pode recuperar parte do que perdeu e muito mais, e dar um novo sentido a sua nova condição de vida e redescobrir valores esquecidos (MELO; MARTINS, 2009).

A falta de entendimento do que está acontecendo gera na pessoa um sentimento de abandono. Cabe ao profissional estabelecer a comunicação com as pessoas para descobrir quais são as suas necessidades e tentar proporcionar na medida do possível um ambiente tranquilo a fim de amenizar possíveis complicações (BERTO, BARRETO, 2011).

A lesão pode causar muitas sequelas e ao receber uma assistência de enfermagem de qualidade muitas destas complicações podem ser amenizadas ou evitadas (CRUZ, 1995).

“Eu já estava com escaras no final da lombar de tanto ficar numa mesma posição, sem decúbito, sem nada. Acho que isso foi uma falta de preparação” (P1).

Bruni et al. (2004) afirmam que a úlcera por pressão é uma constante devido a perda da mobilidade, da sensibilidade, do controle da urina e das fezes, de alterações do turgor, da elasticidade da pele e circulatório. Essa afirmativa vai ao encontro do estudo realizado por Faro (1999) o qual aborda os fatores de risco para úlcera de pressão. Nas áreas onde existe pressão contínua como tuberosidades isquiática, região sacra, no trocanter, nos calcanhares e nos cotovelos elas podem se desenvolver em seis horas.

Um dos participantes lamenta:

“Quando sai do Hospital já tinha escara, um monte de problema” (P14).

Da mesma forma acontece com a não realização de cateterismo vesical, que é de responsabilidade da enfermagem.

“Aquela sonda já estava há tempo ali. Desde que cheguei não lembro de ter sido trocada. Isso foi um agravante, peguei uma infecção urinária bem grave que prolongou meu estado no hospital até completar dois meses” (P1).

O enfermeiro ao sistematizar a assistência do autocateterismo assume indiretamente o compromisso de promover a inclusão social, resgatar a autoestima e a independência e com isso estará contribuindo para a melhora da qualidade de vida das pessoas com LM (ASSIS, FARO, 2011).

Outra complicação advinda das lacunas é a de hipotensão ortostática que se caracteriza por náusea, tontura, síncope e por não tolerar a posição deitada (MS, 2012).

“Não tem aquilo que é pra levantar a cama, eu ficava ruim, escurecia tudo, era por causa da respiração, pra tomar água. Ela disse: “isso aí com o tempo tu vai melhorar”. Eu não consegui sentar. Sentei numa cadeira de rodas depois de dois anos” (P15).

Para redução dos episódios hipotensivos é sugerido que a pessoa com LM seja colocada na posição sentada gradativamente, por isso é preciso que a elevação da cabeceira deva ser feita de forma lentamente ao dia anterior que ela ficará sentada, essa posição deve ser associada com o uso de meias elásticas e faixas abdominais (SCHOELLER; SILVA; ANDERS, 2010).

OUTROS PROFISSIONAIS TAMBÉM SE ENVOLVEM NA ASSISTÊNCIA

Para além do cuidado de enfermagem, emergiram outros profissionais tratando do cuidado da pessoa com LM que compõem a equipe multiprofissional em saúde, representado por diversas profissões da saúde. Foram mencionados os profissionais Médicos, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais, Psicólogos, Nutricionistas e Assistente Social conforme as falas abaixo:

“O médico que hoje agradeço a Deus por ter enviado ele nesse dia pra fazer essa cirurgia com uma precisão extraordinária. Agradeço a ele e a Deus e a todos que me atenderam no hospital” (P3).

“A fisioterapia me ensinou como tirar da cadeira, colocar e como empurrar a cadeira. A gente vai se adaptando, eles vão ensinando as coisas” (P12).

“Aprendi muito com a TO. Quando sai do hospital, sai sem movimento, todo mole. Minha mãe me levava pra terapia ocupacional. Aprendi muito, comecei a ter movimentos de braços na TO. Fiquei quatro anos só com uma turma, então lá eu aprendi a escrever, a me alimentar sozinho e a pintar” (P13).

“a Psicóloga me ajudo...eu não queria aceitar...mas não adianta eu tive que aceitar né” (P17).

“Tinha alimentação que era tudo controlado pela nutricionista” (P7)

“A Assistente Social falou pra gente como a gente poderia trabalhar o intestino dele. Quem falou mesmo sobre o intestino dele foi a Assistente Social” (P8).

A enfermagem é a categoria profissional que fica ininterruptamente em contato com a pessoa no processo de cuidado hospitalar. Isto possibilita estar mais próximo da pessoa e poder planejar detalhadamente uma melhor assistência, criando condições para que as atividades de cuidado e reabilitação atinjam os objetivos desejados (PIRES, 2009; SCHOLLER et al., 2014).

O bom relacionamento entre a pessoa com LM e o profissional de enfermagem e ou a equipe contribui para a evolução do quadro clínico. Porém, o cuidado em saúde dado a complexidade do ser humano, é realizado por diversos profissionais. Este cuidado resulta da interação do trabalho destes profissionais e da pessoa cuidada. Quando da LM, isto se torna ainda mais necessário, pois há perdas significativas cuja recuperação depende essencialmente de pessoa cuidada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pessoa que sofre trauma medular enfrenta grandes problemas no atual sistema de saúde por necessitar de cuidados especiais, desde o momento do trauma. Esta necessidade perdura por muito tempo. E a internação hospitalar é longa e cara. Cabe aos profissionais de saúde e enfermagem realizar ações que objetivem a qualidade de vida e a reabilitação da pessoa com LM desde o primeiro momento.

Os cuidados de enfermagem apontados pelos participantes neste estudo foram com a pele, ulcera por pressão, de higiene e conforto, com as eliminações vesico-intestinais orientando sobre o autocateterismo e reeducação intestinal.

A partir disso, percebeu-se que algumas situações de constrangimento sofridas na internação poderiam ser evitadas se pequenas atitudes tivessem sido tomadas como: apresentar-se a pessoa, explicar o procedimento que irá realizar, fechar a porta do quarto, pedir aos familiares ou acompanhantes se retirar do quarto quando realizar algum procedimento, entre outros.

Os cuidados de enfermagem já devem ter início, lá no local que ocorreu o trauma, devem ser planejados no início da hospitalização, lembrando que cada pessoa possui suas particularidades e necessidade individuais.

Este estudo mostrou quais profissionais estão envolvidos no cuidado hospitalar da pessoa que sofreu lesão medular e da necessidade destes atuarem conjuntamente realizando um planejamento dos cuidados de acordo com o nível e grau da lesão de cada pessoa com LM. Onde seus familiares e/ou cuidadores possam estar cientes destes cuidados sendo orientados e preparados para a alta hospitalar.

Cabe destacar a importância da integração entre as áreas e a necessidade de qualificar os profissionais para cuidar das pessoas que sofrem trauma medular. Um Enfermeiro atuante na assistência de enfermagem faz a diferença na qualidade, na satisfação do cliente, na organização, no ambiente e na conquista de sua autonomia. E ainda o trabalho multiprofissional é um momento de inter-relação onde os envolvidos podem colocar em prática seus conhecimentos e experiências profissionais na construção e desenvolvimento do cuidado.

REFERÊNCIAS

ACE – Associação Catarinense de Ensino – Joinville. **Portal Social**. Disponível em: <<http://www.ace.br/>>. Acesso em: 15 fev. 2014. Acesso em: 14 set. 2014.

ADEJ – Associação dos Deficientes de Joinville. **Portal Social**. Disponível em: <<http://doacoes.portalsocial.org.br/instituicoes/Instituicao.aspx?IDInstituicao=602>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

ALVES, A. G. P.; BORGES, J. W. P.; BRITO, M. A. Avaliação do risco para úlcera por pressão em unidade de terapia intensivas: uma revisão integrativa. **Rev Ppg Enf Bio Rev. pesquis. cuid. Fundam**, v. 6, n. 2, p. 793-804, abr./jun. 2014.

AMARAL, M. T. M. P. Encontrar um novo sentido da vida: um estudo explicativo da adaptação após lesão medular. **Rev. Esc. Enf.**, USP, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 573-580, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr. 2014.

ANDRADE, A. C. A enfermagem não é mais uma profissão submissa. **Rev Bras Enferm.**, v. 60, n. 1, p. 96-98, 2007.

ARAÚJO, A. A.; BRITO, A. M.; NOVAES, M. Saúde e autonomia: novos conceitos são necessários? **Rev. Bioet.**, v. 16, n. 1, p. 117-124, 2008.

ARMSTRONG, J. C. et al. Spinal cord injury in the emergency context: review of program outcomes of a spinal cord injury rehabilitation program in Sri Lanka. **Rev. Bimed Central Conflict & Health**, v. 8, n. 1, p. 1-13, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3994551/>>. Acesso em: 14 set. 2014.

ASSIS, M. G, FARO, A. C. M. Autocateterismo intermitente na lesão medular. **Rev esc. enferm.**, USP, São Paulo, v. 45, n. 1, mar. 2011.

AWAD, R. A. et al. Rectal hiposensitivity for non-noxious stimuli, postprandial hypersensitivity and hypersensitivity and its correlation with

symptoms in complete spinal cord injury with neurogenic bowel dysfunction. **Spinal cord**, v. 51, p. 94-98, 2013.

BAGGIO, A. M.; CALLEGARO, D. G.; ERDMANN, A. L. Relações de “não cuidado” de enfermagem em uma emergência: que cuidado é esse? **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, mar. 2011.

BARLEM, E. L. D. et al. Vivência do sofrimento moral na enfermagem: percepção da enfermeira. **Rev Esc Enferm.**, USP, v. 46, n. 3, p. 681-688, 2012.

BAYLEI, Joey et al. Relationship of nursing education and care management inpatient rehabilitation interventions and patient characteristics to outcomes following spinal cord injury: The SCIREhab Project. **The Journal of Spinal Cord Medicine**, v. 35, n. 6. p. 593-611, 2012.

BERTO, C. D.; BARRETO, D. B. M. Pessoas com Lesão Medular: as alterações biopsicossociais e as expectativas vividas. **Rev. Unoesc & Ciência - ACHS**, v. 2, n. 2, p. 174-183, jul./dez. 2011.

BOFF L. O cuidado essencial: princípio de um novo Ethos. **Inclusão Social**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 28-35, out./mar. 2005.

BORGES, A. M. F. et al. Percepção das pessoas com lesão medular sobre a sua condição. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, set. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000300016>>. Acesso em: 13 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n. 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2013

BORGES, A. M. F. et al. Percepção das pessoas com lesão medular sobre a sua condição. **Rev Gaúcha Enferm.**, V. 33, n. 3, p. 119-125, 2012.

BRASIL - Ministério da Saúde. **Diretrizes da atenção pessoa com lesão medular**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_generico_imagens-filefield-description%5D_68.pdf>.

Acesso em: 12 set. 2014.

BRITO, K. K. G; SOARES, M. J. G. O; SILVA, A. S. Cuidado de enfermagem nas ações preventivas nas úlceras de pressão. **Rev. Bras. De Ciências da Saúde**, João Pessoa, ano 12 , n 40, abr./jun. 2014.

BRUNI, D. S. et al. Aspectos fisiológicos e Assistenciais de enfermagem na reabilitação da pessoa com lesão medular. **Rev. Esc. Enferm., USP**, v. 38, n. 1, p. 71-79, 2004.

CARDOSO-GONZALES, R.; VILLA, T. C. S.; CALIRI, H. L. O processo da assistência ao paciente com lesão medular: gerenciamento de caso como estratégia de organização da alta hospitalar **Medicina, Ribeiro Preto**, v. 34, p. 325-333, jul./dez. 2001.

CASSANI, R. promoting intermitente self-catheterisation to encourage self-care in destrict nursing patients. **British Journal of community Nursing**, v. 19, n. 4, apr. 2014.

CHUNG, Sanghee; LEE, Youngknill. “I am just thankful”: the experience of gratitude following traumatic spinal cord injury. **Disability & Rehabilitation**, v. 35, n. 1, p. 11-19, jan. 2013. Disponível em:

<<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/09638288.2012.687026>>. Acesso em: 5 jan. 2014.

CUSTÓDIO, N. R. O. et al. Lesão Medular no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER-GO). **Coluna/Columna**, v. 8, n. 3, p. 265-268, 2009.

CREÔNCIO, S. C. E. et al. Perfil dos enfermeiros atuantes em um Hospital, quanto à abordagem traumatismo raquimedular. **Jprnal of research Fundamental Care**, 2013.

CRUZ, D. A. L. M. **Diagnóstico de enfermagem**: aspectos Históricos e definição. Revista Paulista, São Paulo. (SP). Departamento de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1995.

DEFINO, Helton L. A. Trauma raquimedular. **Medicina, Ribeirão Preto**, v. 32, p. 388-400, jan. 2006.

DOURADO, T. P.; SANTOS, T. A. S.; BRASILEIRO, M. E.

Assistência de enfermagem em paciente vítima de traumatismo raquimedular. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição**, v. 2, n. 2, p. 1-15, jan./jul. 2012. Disponível em: <<http://www.ceen.com.br/revistaeletronica>>. Acesso em: 5 jan. 2014.

FARO, A. C. M. Fator de risco para úlcera de pressão: subsídios para a prevenção. **Rev esc Enferm.**, USP, São Paulo, v. 33, n. 3, set. 1999.

FENTANES, L.R.C. et al. Autonomia profissional do enfermeiro: revisão integrativa. **Lacerda Cogitare Enferm.**, v. 16, n. 3, p. 530-535, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/24227/16242>>. Acesso em: 22 out. 2014.

FAVERO, L.; PAGLIUCA, L. M. F.; LACERDA, M. R. Cuidado transpessoal em enfermagem: uma análise pautada em modelo conceitual. **Rev Esc. Enferm.**, USP, São Paulo, v. 47, n. 2, abr. 2013.

HSIEH, H. F; SHANNON, S. E. Three approaches to qualitative content analysis. **Qualitative health research**, v. 15, n. 9, p. 1277-1288, 2005.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2014. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao>>. Acesso em: 29 set. 2014.

ICCP -International Campaign for curlInternational Campaign for Cures of Spinal Cord Injury Paralysis of spinal cord Injury Paralysis. 2014. Disponível em: <<http://www.campaignforcure.org/index.php/general-information>>. Acesso em: 29 set. 2014.

LEITEL, V. B. E.; FARO, A. C. M. Cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. **Rev Esc Enferm USP**, v. 39, n. 1, p. 92-96, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342005000100012&script=sci_arttext>. Acesso em: 5 jan. 2014.

LIANZA, S. (Org.). **Medicina de Reabilitação**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2007.

LIS, A. T.; AFONSO, L. M. Formação e atuação do enfermeiro como educador na promoção da saúde no contexto hospitalar. **Rev. Centro**

Edu Letras e Saúde UNIOESTE, Campus de Foz do Iguaçu, v. 16, n. 1, p. 62-80, 2014.

MACHADO, M. F. A. S.; VIEIRA, N. F. Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. **Rev. Latino Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, mar./abr. 2009.

MARTINS, Aguiar. **O banho no leito em contexto de internamento hospitalar vivências de pessoas idosas**. Dissertação (Mestrado em Ciências de Enfermagem)- Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2009.

MELO, V. R.; MARTINS, C. O papel do enfermeiro na assistência e reabilitação do paciente portador de Lesão Medular. **Neurobiologia**, v. 72, n. 1. jan./mar. 2009. Disponível em: <http://www.neurobiologia.org/ex_2009/Microsoft%20Word%20-%207_Val_NotaDidt_OK_.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2014.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. GOMES, R. **Pesquisa Social: Teoria método e criatividade** Petrópolis. Rio de Janeiro: Ed. Vozes 17, 1994.

NASCIMENTO, C. K. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Rev Esc Enferm.**, USP, v. 42, n. 4, 2008. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 14 set. 2014.

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

NOGUEIRA, P. C. et al. Sobreacarga do cuidado e impacto na qualidade de vida relacionada à saúde de cuidadores de indivíduos com lesão medular. **Rev Latino- amer. Enfermagem**, v. 20, n. 6, nov./dez. 2012.

OKOCHI, A. I.; TADAKA, E.; FUJIMURA, K. The meaning of self-care in persons with cervical. **BMC Neurology**, v. 13, n. 115, 2013.

Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2377/13/11>>. Acesso em: 13 set 2014.

OTAKI, A. Terapia Ocupacional assistida prescrição e a confecção de recursos o para pacientes com lesão medular C4e C5. In: II Congresso De Pesquisa E Extensão Da FSG. **Anais...** Caxias do Sul, 2014. Disponível em: <<http://ojs.fsg.br/idex.php/pesquisaextensao>>. Acesso em: 12 set. 2014.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 739-744, set./out. 2009.

PRZENYCZKA, R. A. et al. O paradoxo da liberdade e da autonomia nas ações do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 427-431, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a22v21n2.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2014.

ROXANA I.CARDOZO et al. O processo da assistência ao paciente com lesão medular: gerenciamento de caso como estratégia de organização da alta hospitalar. **Medicina, Ribeirão Preto**, v. 34, p. 325-333, jul./dez. 2001. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/download/6499/7970>>. Acesso em: 17 jun. 2013.

SANTOS, F. H. E.; PORTO, I. S. Florence Nigtingale à perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: a evolução de um saber/fazer. **Rev Anna Nerry**, v. 10, n. 3, p. 539-546, dez. 2006.

SARTORI, N. R.; MELO, M. R. A. C. Necessidade no cuidado Hospitalar do Lesado medular. **Medicina Ribeirão Preto**, v. 35, p. 151-159, abr./jun. 2002.

SCHOELLER, S. D. et al. Desafios cotidianos do sujeito tetraplégico. In: FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de; MACHADO, Wiliam César Alves (Orgs.). **Tratado de cuidados de enfermagem**. São Paulo: Roca, 2012, v. 2, p. 3158-3198.

SCHOELLER, S. D.; LEOPARDI, M. T.; RAMOS, F.S. Cuidado: eixo da vida, desafio da enfermagem. **R. Enferm.**, UFSM, v. 1, n. 1, p. 88-96, jan./abr. 2011. Disponível em:

<<http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2013/151> 5>. Acesso em: 10 set. 2014.

SCHOELLER, S. D.; SILVA, A. M. F.; ANDERS, J. C. Cuidados de Enfermagem à Criança e Adolescente com Lesão Medular. **PROENF. Programa de Atualização em Enfermagem. Saúde da Criança e do Adolescente**, v. 5, p. 31-72, 2010.

SCHOLLER, S. D. et al. **Pesquisa em enfermagem de reabilitação: apontamentos da realidade brasileira**. Porto Portugal: ESEP-Enfermagem Porto, 2014.

SILVA, A. A. B. A enfermagem na prevenção de úlceras por pressão por fatores extrínsecos em um hospital público no município de espigão do oeste-RO. **Revista Eletrônica da Facimed**, v. 3, n. 3, p. 352-362, 2011.

SILVA, M. A. M. et al. Promoção da saúde em ambientes hospitalares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 3, p. 596-9. mai./jun. 2011.

SMELTZER, S. C.; BER, B. G. **Brunner & Suddarth**: Tratado de enfermagem medico-cirurgica. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

STAAS Jr., et al. Reabilitação do paciente com traumatismo raquimedular. In: DE LISA, J. A. (Ed.). **Medicina de reabilitação: Princípios e prática**. São Paulo: Manole, 1992. p. 735-763.

STUDART, R. M. B. Tecnologia de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão em pessoas com lesão medular. **Rev Bras. Enferm.**, v. 64, n. 3, may/jun. 2011.

TEIXEIRA, E. R. Subjetividade na Enfermagem: o discurso do sujeito no cuidado. **Rev. Bras Enferm.**, v. 53, n. 2, p. 233-239, 2000.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2010.

UMESCH, C. P. et al. Diagnostic and prognostic role of MRI in spinal

trauma its comparison and correlation with clinical profile and neurological outcome, according to ASIA impairment scale. **Journal of Cranio vertebral Junction and Spine**, v. 2, n. 4, 2011.

VENTURINI, D. A.; DECÉSARO, M. N.; MARCON, S. S. Alterações e expectativas vivenciadas pelos indivíduos com lesão raquimedular e suas famílias. **Rev. Esc. Enferm.**, USP, v. 41, n. 4, p. 589-96, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/07>>. Acesso em: 7 maio 2014.

VASCONCELOS, A. S. et al. Intervenções de enfermagem nas necessidades básicas da pessoa com lesão medular: revisão integrativa. **Online Brazilian Journal of nursing**, v. 9, n. 2, 2010.

WALDOW, V. R. Atualização do cuidado. **Aquichan**, Chía, Colombia, año 8, v. 8, n. 1, p. 85-96, abr. 2008. Disponível em: <<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/126/252>>. Acesso em: 12 set. 2013.

YAMAUTI, A. Y. Cuidados de Enfermagem em Pacientes Portadores de Lesão Medular. In: GREVE, J. M. D.; CASALIS, M. E. P.; BARROS FILHO, T. E. P. **Diagnóstico e Tratamento da Lesão da Medula Espinhal**. São Paulo: Roca, 2001. p. 152-166.

5.2 Manuscrito 2 - Primeira internação pós lesão medular: do estranhamento à reflexão sobre o cuidado⁵

Lucia Helena Heineck⁶

Soraia Dorneles Schoeller⁷

Mara Ambrosina Oliveira Vargas⁸

Resumo: Este estudo teve como objetivo conhecer o que as pessoas com LM relatam sobre os cuidados de enfermagem que receberam no período de internação hospitalar. É de abordagem qualitativa do tipo exploratória e descritiva. Participaram desta pesquisa 25 pessoas vítimas de lesão medular adquirida. O contato com as pessoas com LM foram por meio de duas instituições não governamentais de Santa Catarina. Utilizou-se de entrevista semi-estruturada para verificar a percepção destas pessoas com LM sobre os cuidados de enfermagem no período que estiveram internadas. Emergiram dos dados coletados, cinco categorias - três relacionadas aos momentos em que os cuidados de enfermagem são realizados: 1) primeiro momento vivenciado: não consigo fazer nada e têm pessoas estranhas mexendo em mim; 2) segundo momento: eu preciso dessa gente; 3) terceiro momento: sou grato a estas pessoas. E duas a partir da reflexão dos cuidados recebidos: 4) têm coisas que podem melhorar e 5) o que me marcou no cuidado. Este estudo ressaltou muitos dos problemas vividos pelas pessoas e familiares na primeira internação hospitalar, além de mostrar a importância de ter uma enfermagem envolvida na recuperação desta pessoa e neste período tão difícil de suas vidas.

Descritores: Lesão medular; Cuidados Enfermagem; Enfermeiros; Cuidado.

⁵ Manuscrito apresentado como parte do resultado da dissertação sob o título "PERCEPÇÃO DA PESSOA COM LESÃO MEDULAR SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM", vinculado ao Grupo de Pesquisa Práxis – Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), desenvolvido em 2014.

⁶ Enfermeira professora do Instituto Federal de Educação/ Joinville, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da UFSC.

⁷ Enfermeira. Doutora em Enfermagem UFSC. Docente Graduação e Pós-Graduação Departamento Enfermagem UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa Práxis-UFSC. Coordenadora do Grupo (Re)Habilitar-UFSC

⁸ Enfermeira. Doutora em Enfermagem UFSC. Docente Graduação e Pós-Graduação Departamento Enfermagem. UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa Práxis-UFSC.

INTRODUÇÃO

A lesão medular (LM) tem como uma das principais causas o trauma proveniente de uma agressão à medula espinal. É considerada uma grave e incapacitante síndrome neurológica que causa alterações na função da medula e na resposta sensitiva e motora (SCHOELLER et al., 2012). Logo após a ocorrência da LM as pessoas passam por mudanças drásticas em sua mobilidade física e independência para as atividades, desde as mais simples até as mais complexas. Necessitam de longos períodos de internação hospitalar e de cuidados específicos, com custos elevados. Tornam-se dependentes de outras pessoas para desenvolver as atividades da vida diária como se vestir, se alimentar, posicionar-se na cadeira ou na cama, e fazer sua higiene. Com isso emergem sentimentos de insegurança, raiva, medo, desespero, descrença, insônia, entre outros (ALBUQUERQUE et al., 2009; BERTO; BARRETO, 2011; BORGES et al., 2012).

A vivência hospitalar pode ser uma experiência não muito agradável para quem a experimenta e gerar sentimentos de insegurança, medo, preocupação, ansiedade e desconforto. Isto, por ser um ambiente barulhento, desconhecido, composto de regras, normas e rotinas, nem sempre bom e acolhedor para quem utiliza seus serviços. Além de separar os utentes da convivência familiar, os sujeita a terapêuticas muitas vezes com dor (BEUTER et al., 2012; SILVA et al., 2011; SILVA et al., 2014).

A internação hospitalar traz para as pessoas sentimentos de insegurança que aumentam quando estes são dependentes para os cuidados básicos realizados pela enfermagem como: higiene e conforto, alimentação e locomobilidade. É a partir deste momento que a enfermagem tem a chance de integrar os cuidados (PASSOS; SADIGUSKY, 2011). Em decorrência do trauma raquimedular (TRM), a vida das pessoas sofre mudanças radicais que vão além das alterações físicas e fisiológicas, quais sejam: inserção como deficiente no mercado de trabalho, dificuldade financeira porque muitas vezes a pessoa que sofreu a lesão é o provedor da família, a expectativa de aceitação de seus amigos, familiares e de si referente a sua nova imagem corporal, a estrutura física deficiente numa cidade que não oferece as condições mínimas para que um cadeirante transite com segurança, preconceito, dependência física de ir e vir entre outros (VENTURINI; DECÉSARO; MARCON, 2007; SILVA et al., 2012).

Passos e Sadiguský (2011) dizem que o principal e mais importante saber na enfermagem é o cuidado. Manter a vida requer

muitos cuidados. Este cuidado pode ser individual quando se cuida de si mesmo ou pode ser recíproco quando é dado a outras pessoas que, por um determinado tempo ou por um longo período, tem a necessidade de receber para manutenção de sua vida (PASSOS, SADIGUSKY, 2011).

Este momento de fragilidade da pessoa é o momento em que a enfermagem tem oportunidade de focar suas ações no ser humano como receptor de seus cuidados agregando à finalidade de seu processo de cuidar. Creôncio et al (2013) ao pesquisarem o perfil dos enfermeiros entrevistou 15 profissionais que atuavam em um hospital e identificou que o trabalho executado por este profissional é fundamental para a recuperação da pessoa com LM. No entanto, com relação à cursos de atualização acerca da temática trauma raquimedular (TRM), 80% dos enfermeiros referiram não ter feito, ainda que mais da metade dos profissionais responderam não apresentarem dificuldades em prestar assistência a pessoa com TRM. Este é um paradoxo, já que atender uma pessoa com TRM, requer competências específicas e da enfermagem. Além disso, a atuação do enfermeiro pode ocorrer também na reabilitação e re-inclusão das pessoas com LM, por meio de ações voltadas ao autocuidado, além do processo educativo com sua família. A prioridade é prevenir complicações e promover sua adaptação e de sua família à situação (FRANÇA et al., 2014).

Na medida em que o cuidar em enfermagem é primordial em todo o processo de atenção à saúde da pessoa com LM, constitui-se como objetivo deste estudo conhecer o que as pessoas com LM relatam sobre os cuidados de enfermagem que receberam no período de internação hospitalar.

METODOLOGIA

Esta pesquisa é de abordagem qualitativa do tipo exploratória e descritiva. Conforme Minayo (2010, p. 26) a pesquisa qualitativa “trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças e valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”. Participaram deste estudo pessoas com LM adquirida. Os critérios de inclusão foram pessoas maiores de dezesseis anos de idade (16 anos); ter capacidade de comunicação, condições cognitivas e mentais preservadas. Os critérios de exclusão foram: ter tido lesão cerebral associada e lesão medular não traumática.

O contato com as pessoas com LM foram por meio de duas instituições não governamentais que realizam ações voltadas a esta

população, sendo uma paradesportista ADEJ – Associação dos Deficientes Físicos de Joinville e outra de assistência em saúde ACE – Associação Catarinense de Ensino que possui uma Clínica Integrada de Psicologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Esta clínica intermediou o contato com as pessoas que possuem LM por trauma. Os partícipes foram convidados e, após concordarem foi realizada a leitura e assinatura do TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido e então efetivou-se a entrevista. Concordaram em participar do estudo 25 pessoas com LM adquirida (23 homens e duas mulheres).

Para a coleta de dados utilizou-se de entrevista com roteiro semi-estruturado, realizada durante o período de maio a julho de 2014, após prévio agendamento de horários. Para facilitar as pessoas com LM, em função de sua dificuldade de mobilidade e transporte, por sentirem-se mais a vontade e seguras em seu ambiente para participar dos encontros, as entrevistas também foram realizadas em seu domicílio.

A organização e análise dos dados ocorreram conforme Análise Temática proposta por Minayo (2010). A análise Temática pode ser organizada em quatro passos: “pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação”. Na pré-análise faz-se a leitura flutuante seguida da leitura repetida para estabelecer relações entre os falas a fim de construir uma síntese para reconhecer as representações, contradições e antagonismos de cada relato. A leitura vertical é realizada para tornar os resultados agressivos significativos, propor inferências e a leitura horizontal volta-se à análise dos objetivos de estudo. A análise transversal permite o reconhecimento dos equívoco/contradições e relações entre as falas que tornam possíveis as interpretações das concepções e criação dos significados.

Todas as etapas desta pesquisa foram realizadas em consonância com as questões ético-legais da resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS (BRASIL, 2012) que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em 10/03/2014. Pesquisa sob número 549.536.

Foi garantido o anonimato dos participantes, que estão nominados com a letra P (participante) e o número sequencial da entrevista.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Emergiram dos dados coletados, cinco categorias - três relacionadas aos momentos em que os cuidados de enfermagem são

realizados e duas a partir da reflexão dos cuidados recebidos. Nesta direção, sinaliza-se que as três primeiras categorias foram construídas, considerando-se três momentos temporais, vivenciados pelas pessoas com LM, a saber: 1) primeiro momento vivenciado: **não consigo fazer nada e têm pessoas estranhas mexendo em mim**; 2) segundo momento: **eu preciso dessa gente**; 3) terceiro momento: **sou grato a estas pessoas**. Ainda, as categorias quatro e cinco estão relacionadas a um processo de reflexão acerca do cuidado recebido, assim intituladas: **4) têm coisas que podem melhorar e 5) o que me marcou no cuidado**.

O primeiro momento vivenciado: *não consigo fazer nada e têm pessoas estranhas mexendo em mim*, expressa-se, literalmente, no manifestar-se como “não consigo fazer nada e têm pessoas estranhas mexendo em mim”, um sentimento que reafirma a posição da enfermagem enquanto profissão do cuidado. Ou seja, deveria ser um trabalho que busca um modelo da assistência que valoriza a pessoa na sua individualidade, respeitando seus direitos e busca uma saúde de qualidade (PIRES, 2009).

As pessoas quando enfermas tornam-se mais desamparadas, dependentes do outro e precisam de cuidados que suplantam os cuidados domiciliares, vão além do habitual e passam para cuidados mais técnicos com intuítos quase que unicamente terapêuticos. A pessoa passa a ser vista de forma plena e isto compreende suas particularidades éticas e morais (WALDOW; BORGES, 2011). Durante os primeiros dias de internação, o sofrimento da pessoa com LM é visível, as incertezas sobre o futuro e a própria vida emergindo com força total:

“No inicio foi complicado...não aceitava, não aceitava, não aceitava...tentei me matar...[...]” (P17).

Os participantes da pesquisa inicialmente relataram constrangimento com os cuidados, pois as pessoas que estavam cuidando deles eram completamente estranhas, como também era desconhecida a situação em que eles se encontravam, de não conseguir realizar as atividades mais simples, como comer e vestir.

“No começo a gente fica um pouco envergonhado, constrangido pela situação toda. Mas como falei super bem sabiam o que dizer, as brincadeiras que usavam pra descontrair e melhorar o ambiente” (P3).

Tudo é novo para a pessoa que sofre a lesão. A hora do banho é um momento que envergonha a pessoa, na medida em que seu corpo só havia sido visto pelos pais ou companheiros e isto os deixava em uma situação de extrema vulnerabilidade.

“Não estava acostumado com tudo aquilo, ter que ficar sem roupa na frente de pessoas que nem conhecia. Estava acostumado com meu pai, minha mãe, mas enfermeiros não estava acostumado. Isso foi a única coisa que me incomodou na época” (P7).

“Não gostava quando davam banho. Eu era bem nova. E era meio revoltada no começo, acabei aprendendo no final” (P19).

A dúvida e a incerteza são companheiras constantes. A pessoa muitas vezes sabe intuitivamente da gravidade de sua situação, mas mesmo assim ainda tem a esperança de receber um diagnóstico diferente do previsto. É a negação de sua situação atual, é a vergonha por não poder fazer o que fazia antes da lesão, o medo do desconhecido e o sentimento de inferioridade por depender de pessoas estranhas (FERREIRA; GUERRA, 2014). De repente a pessoa está imóvel, hospitalizada, não entendendo nada do que esta acontecendo e com pessoas estranhas na sua volta, mexendo nela. Tenta se movimentar mas não consegue, seu corpo não obedece. E, a expectativa de que alguém, um profissional ou outra pessoa lhe dê explicações sobre o que aconteceu, na esperança que receba uma resposta diferente daquela que (intuitivamente), já sabe.

“A fase do hospital, quando a gente tá ali nada sabe, não sabe que não sabe nada. Deram a notícia que não pode andar, mas a ficha não cai ali na hora no hospital, tudo pro teu atendimento que é muito bom, parece que é feito com carinho, eles fazem, te cuidam, perguntam se tem dor, se podem ajudar, fazer tal coisa, eles não são brutos de chega e fazer” (P15).

Para a pessoa, mesmo “doente”, estar despido pode significar desconforto e vergonha. A pessoa está exposta e frágil. Aprende no núcleo familiar que expor seu corpo não é adequado pois a nudez esta associada com sensualidade e sexualidade comum as pessoas, as vezes

reprimida, conforme os padrões culturais e sociais em que vive (PUPULIM; SAWADA, 2002).

Importante lembrar das condições concretas em que o cuidado é realizado, muitas vezes sem possibilitar a privacidade das pessoas internadas, com quartos sem biombos e com dois ou mais leitos ocupados. As pessoas sentem-se mais protegidas quando a enfermagem usa biombos para separar dos demais pacientes quando vão realizar os procedimentos e solicita que familiares e visitas se retirem da enfermaria ou quarto ao realizar um cuidado, na tentativa de proteger sua individualidade e ter uma atitude de respeito.

Em algumas circunstâncias, a enfermagem não tem como evitar, invadirá a privacidade e a intimidade da pessoa, como na passagem de sonda vesical, na lavagem intestinal e higiene do corpo e outros cuidados. No entanto, a pessoa, é um ser humano e é o sujeito da ação do cuidado de enfermagem tem personalidade, honra, vergonha e preconceitos. Estes aspectos são importantes quando o enfermeiro tenta estabelecer uma relação de confiança junto a pessoa no sentido de transmitir apoio e segurança. O respeito à especificidade da pessoa, humildade, paciência, tranquilidade, bondade podem diminuir o estresse ocasionado pela lesão medular e internação (PUPULIN; SAWADA, 2002; SILVEIRA et al., 2014).

O enfermeiro estará realizando um cuidado ético quando respeitar os valores, crenças, modo de viver, a privacidade e o pudor da pessoa. Deste modo, é fundamental reconhecer a individualidade da pessoa com LM de estar dependente, longe de tudo que é seu, do que é conhecido, vivendo um sofrimento imposto, da insegurança financeira de seus familiares e do que poderá vir a ser e acontecer. Isto requer um olhar atento para as organizações das relações dos ambientes (SILVERIA et al., 2014).

O segundo momento: *eu preciso dessa gente*, neste modo de analisar, consolida-se pela constatação da pessoa com LM: “eu preciso dessa gente”. Ou seja, a pessoa com LM submete-se a procedimentos dos mais diversos durante a internação, concomitante a crises de identidade e o enfermeiro exerce importante papel ao auxiliá-la a enfrentar esta crise. Quando a enfermagem ouve as queixas deve demonstrar simpatia e compreensão pela sua experiência vivida, passando confiança e ideias positivas, ajudando a reconhecer e expressar seus sentimentos nas fases de sofrimento e nas tomadas de decisão. Nas conversas informais sobre as experiências emocionais é que a pessoa vai perder um pouco de sua vergonha e adquirir confiança, sentir-se mais a vontade para realizar os cuidados e muitas vezes, reconhece a

importância da espiritualidade no seu ânimo e recupera a saúde (AMARAL, 2009).

“No começo foi bem difícil aceitar porque eu era muito jovem e bem revoltada. Não aceitava a situação de estar na cadeira de rodas, aí ela(enfermagem) falava que tinha gente pior do que eu. Demorou uns dois anos pra eu aceitar, passava as coisas mais positiva e achava que é fácil falar. Mas eu fui aceitando. Elas me levavam nos quartos e diziam: Vou te mostrar umas pessoas piores do que você. Elas mostravam tetraplégicos, pessoas com escaras, moça do rosto queimado, e lutando pra viver, enquanto isso eu só reclamava da vida (riso). Hoje me vejo uma pessoa independente, virou a vida depois que sai do hospital, trabalhei e me aposentei e me virei” (P19).

O enfermeiro precisa estar atento para os limites impostos pela LM e perceber as necessidades individuais da pessoa, para não exigir dele o que ele não consegue fazer e com isso deixá-lo constrangido.

“Eu nada fazia, não conseguia me vestir, me movimentar. Levantava o braço, pau, caia!!” (P18).

“Tudo que sei, basicamente, aprendi com a enfermagem do hospital” (P22).

Ao pensar na rotina diária de cuidados de uma pessoa com lesão medular nos leva a perceber o quanto é importante a orientação e o cuidado de enfermagem na vida destas pessoas para que seu dia-a-dia seja mais proveitoso, próximo do natural, com qualidade e segurança.

Outro momento manifesto neste processo é o terceiro: ***sou grato a estas pessoas***, sentimento de gratidão da pessoa com LM aos profissionais de enfermagem.

“Ganhei a vida! Foi mais uma vez que eu voltei a vida de novo e quem me trouxe foi realmente ela (a enfermagem)” (P3).

“Sempre fui tratado com muito carinho e pra mim foi significativo este carinho. Lembro de muitas enfermeiras pelo nome”(p1).

Kessler e Kruga (2012) dizem que apesar das varias dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem na lida diária, uma das satisfações do trabalho da enfermagem é a demonstração do reconhecimento profissional vinda das pessoas referidas de forma verbal e com gratidão pela orientação e cuidado realizado.

Por outro lado a enfermagem sofre moralmente quando não consegue articular as ações de cuidado com suas convicções. Uma das causas do sofrimento moral dos profissionais de enfermagem é a negação do papel do enfermeiro como advogado do paciente que, segundo Barlem et al. (2012) é composto por situações que causem sofrimento desnecessário à pessoa cuidada ou que o coloquem em situações de constrangimento e risco.

O reconhecimento do cuidado recebido transcende a execução de ações e técnicas. O trabalho é perpassado pelo carinho, a atenção, o comprometimento aliado ao respeito pela dor do outro.

“Quando estava taqueostomizado não conseguia falar, tinha muita dor de cabeça e febre. Chorava muito. Queria explicar e ninguém entendia, ouvia. Tinha só uma menina, uma enfermeira, uma loirinha o nome dela era XXX e até hoje não esqueci. Era a noite que eu mais passava bem, ela me entendia. Ela botava um banco alto, do lado da minha cama e ficava na altura da minha cama do meu lado me aconselhando, passando a mão na minha cabeça, limpando minhas lágrimas e eu conseguia explicar pra ela que onde doía era na minha testa. Eu tinha muita febre, ela molhou um pano botou na minha testa, aí eu sorri pra ela e ela falou: “ah! eu descobri o que você queria?” Sorri pra ela, passei bem e passou aquela dor de cabeça terrível que não aguentava. Aquela mulher foi um anjo na minha vida!! (P5).

Esta fala evidencia a intuição e a intenção do profissional de dar significado a manifestação física da pessoa. Este profissional coloca em pratica o cuidado como valor moral, requer um olhar para a pessoa como ser humano, com suas particularidades (SILVEIRA et al., 2014). É preciso pensar além das condições físicas do hospital, é necessário um preparo em relação ao atendimento a pessoa com a LM e a sua família. “É preciso criar formas de sentir, falar e fazer a prática do cuidado de modo compartilhado com os profissionais, cliente e família” (ALBUQUERQUE; FREITAS; JORGE, 2009, p. 6).

Para a pessoa com LM encontrar um novo sentido para a sua vida ela precisa aceitar seu o estado atual, reconhecer seus sentimentos negativos e a enfermagem e/ou os cuidadores precisam encoraja-la a expressar, estabelecer confiança e atenção positiva. “Nesta fase que a ajuda dos enfermeiros se torna fundamental” (AMARAL, 2009, p. 7).

Perpassado os momentos de estranhamento da constatação da necessidade, a pessoa com LM (4º momento) percebe que ***há coisas que podem melhorar***. Ou seja, os participantes ressaltam alguns aspectos da assistência hospitalar que devem ser melhorados para que a pessoa com LM receba uma assistência de qualidade.

A fala a seguir mostra-nos um dos modos de não cuidar, muitas vezes perceptível no cotidiano da enfermagem:

“Até então era banho no leito, bem de leve. Minha mão ficou suja porque não lavavam. Não podia falar como deveria ser, mas (riso) no hospital deveria ser melhor” (P21).

A preocupação dos enfermeiros é com a avaliação, o planejamento e a eficiência com que o cuidado é realizado. A enfermagem se preocupa com a técnica, com a execução e em cumprir com as tarefas. Porém, isso não é suficiente, se as atitudes dos profissionais forem de descompromisso com a singularidade a pessoa. Além disso, é necessário que os profissionais se predisponham a ter senso de dever, reponsabilidade e compromisso, de entrar num processo de (des)construir-se para que haja um comprometimento moral e um envolvimento emocional do modo de ser, de fazer e de se relacionar como outro onde os valores, os princípios, as normas se confrontam (SILVEIRA et al., 2014; WATSON, 2009).

É fundamental que o profissional de enfermagem compreenda que a comunicação é um instrumento importante para o desenvolvimento das relações interpessoais e humanização da assistência (FASSARELLA et al., 2013).

Muitas das dificuldades sofridas no ambiente do trabalho como a dificuldade de integração entre a equipe, sobrecarga de trabalho, salários baixos e falta de valorização profissional, falta e/ou insuficiência de material e equipamentos, normas e rotinas fora da realidade do serviço, ausência de incentivo, pouco estímulo para o trabalho, carência de comunicação com a população em relação ao conhecimento e às reais necessidades de utilização do pronto-socorro acabam interferindo em suas ações. Deste modo, poderá causar distanciamento das pessoas e dificuldades nas relações interpessoais. Mesmo assim, com todas estas

dificuldades, a enfermagem permanece comprometida e dedicada com seu trabalho (MELLO; BARBOSA; SOUSA, 2011). A fala abaixo evidencia:

“Não vejo que tenha que mudar, vejo que tem algumas pessoas que parece que trabalham sem vontade, mas tem outras que foram ótimas pessoas, enfermeiros, enfermeiras, cuidados excelentes, foram pacientes comigo. Mas tem outras que deixaram a desejar”(P7).

Esperar é algo que incomoda a pessoa hospitalizada. O tempo não passa. Esperar a visita do médico, do fisioterapeuta, a enfermagem, esperar para fazer os exames, para mudar de decúbito, para fazer a higiene, a visita dos amigos, esperar o tempo todo. Como fica claro na fala a seguir:

“Elas falharam bastante na parte de curativo. Eu tomava banho no hospital por volta das 10:00hs da manhã e tinha que ser feito meu curativo logo em seguida e eles vinham quase três, cinco horas da tarde. Meu pai chegou a presenciar isso. Fizeram meu curativo seis horas da tarde. Fiquei todo este tempo sem curativo sendo que meu banho foi nove horas da manhã” (P7).

“É tudo muito corrido, talvez eles não tenham tanto tempo e paciência pra dar um atendimento, realmente perfeito que o paciente merece e fazer tudo perfeito” (P13).

O cuidado terapêutico transcende o cuidado em si realizado pela enfermagem, pois ele possibilita conhecer esta pessoa intensamente a partir da construção de uma relação benéfica, procurando alternativas de enfrentamentos para seu momento atual. O grande desafio é crer que a pessoa é o foco do cuidado, é o responsável pela direção de sua vida, mesmo que discordemos de algumas de suas atitudes, que se efetiva quando realizamos o cuidado técnico (SCHOELLER et al., 2011).

A pessoa quando esta hospitalizada, independente do motivo, está em uma situação de vulnerabilidade por estar em um local que é estranho e fora do seu domínio. A enfermagem procura atender suas necessidades, porém nem sempre consegue, por motivos que são alheios a pessoa que os realiza.

As pessoas têm necessidades diferentes e com base nisto, elas idealizam um atendimento perfeito, que difere de pessoa para pessoa. Neste sentido, um atendimento perfeito pode abranger expectativas de ser atendido imediatamente quando chamado; receber o medicamento no horário; receber visita em tempo integral; tomar banho pela manhã, ou a tarde; poder comer o que desejar na hora que tiver fome, entre outras expectativas. O conceito de atendimento perfeito é variável por envolver valores pessoais individuais, o que existe são normas institucionais que devem ser seguidas, que respeitam o ser humano na sua individualidade.

“O cuidado deveria ser mais plástico, mais arte, ao lado da técnica” (SCHOELLER, 2011, p. 90). Isso exige conhecimento sobre a pessoa a ser cuidada e sobre as possibilidades de cuidado. Por meio do diálogo afetoso e compreensivo proporcionar o planejamento de cuidados de forma específica, respeitando as particularidades de ambos, e tornar a pessoa com LM mais autônoma na sua vida. “O cuidado, em si, é uma demonstração do amor, no sentido da busca do bem” (SCHOELLER et al., 2011, p. 94).

Existe também nas instituições a necessidade latente de capacitação dos profissionais de saúde, mais especificamente de enfermagem, em cuidados específicos com pessoas com LM. “Vai além das necessidades das condições físicas do hospital, de equipamentos e materiais especializados” (ALBUQUERQUE et al., 2009, p. 6).

Gerente de enfermagem pode criar estratégias que deem suporte aos enfermeiros na identificação e prestação de cuidados de enfermagem de qualidade reflexiva, com responsabilidade, carinho, intencionalidade, empatia, respeito e defesa. Os enfermeiros, enquanto, educadores podem modificar a maneira de ensinar os alunos, modificando-os intrinsecamente sua forma de ver os cuidados e assim ter uma assistência de qualidade (BURHANS; ALLIGOOD, 2010).

“Enfermeiro precisa de boa preparação para trabalhar num hospital grande, não é fácil, é bem difícil nesta situação. Acho que eles devem tratar tudo de um modo só, não pode ser diferente ali dentro e pra cuidar de paciente como o p13. Tem que ter uma preparação e talvez pra uma pessoa como o p13 precise de mais atenção não só uma preparação técnica, ele tem que ter uma preparação psicológica pra saber lidar” (P13).

Uma questão associada a isso pode ser o pouco tempo que o enfermeiro destina para o cuidado direto. Ele se envolve nas atividades

burocráticas e deixa a assistência para a equipe técnica e com isso perde as particularidades das necessidades das pessoas com LM (NOGUEIRA, 2012).

A pessoa com LM pode apresentar atitudes autodestrutiva não querer realizar o tratamento e os cuidados. Esta atitude, muitas vezes, é difícil para a família entender o porquê que ele age desta forma, sofre e não quer se tratar. É neste momento que a ajuda da enfermagem se torna essencial e na busca de conhecimento acerca do tratamento e de condutas de apoio ao mesmo, através do controle de riscos e manifestações e ainda conseguir sua participação nos cuidados em saúde. É crucial que o Enfermeiro desenvolva habilidades para estimular a esperança ajudando estas pessoas a ver para além da situação eminente, guiando suas energias para a nova vida que há de vir (AMARAL, 2009; BARBOSA et al., 2009).

Nesta fala o participante evidencia a falta de orientação sobre os cuidados preventivos que deveria ter recebido da enfermagem.

“É isso, o tratamento com as escaras, ter uma atenção maior com as escaras porque todo profissional tá ali pra fazer o serviço dele. O que pode te ajudar, não tenho o que reclamar desse ponto porque todos que me atenderam, pareciam que era filho, me atenderam muito bem. Só não tiveram esse cuidado preventivo com as escara, que não sei o que é ensinado, se eles tem essa orientação ou se tem a orientação pra tratar só que depois que aconteceu é difícil. Não é eles que vão ficar cuidando; é um cuidado que a gente trás pra casa” (P15).

A úlcera por pressão é um dos grandes problemas enfrentados pelas pessoas com LM. Segundo Brito, Soares e Silva (2014) o que está faltando é o interesse dos profissionais em buscar conhecimento e comprometer-se em colocar em prática o que sabem e estar em constante atualização e paralelo a isto a equipe multiprofissional do hospital participar do processo de prevenção.

As pessoas que adquirem uma LM por trauma perdem a habilidade para realizar as atividades de vida diária, ficam com a sua dependência funcional comprometida e estão em processo de adaptação. A úlcera por pressão não faz parte deste processo, ela é uma complicação que a Enfermagem tem o compromisso de proporcionar os cuidados e promover a prevenção impedindo que a úlcera por pressão

se instale e a pessoa leve este “mal cuidado” para casa e com isso venha retardar a reabilitação (BRITO; SOARES; SILVA, 2014).

São muitas as dificuldades enfrentadas pelas pessoas com LM, é difícil dimensionar. Cada pessoa reage de sua maneira. Porém, além dos cuidados com o corpo e as necessidades físicas elas precisam de um cuidado, tido como simples, mas tem se apresentado como muito complexo. Logo, são poucos que se dispõem a oferecer a “atenção”. Este fato mostra que muitos profissionais perderam a grandeza do cuidado, limitando este a ser apenas um procedimento técnico (SILVA et al., 2014).

Outro fator descrito sinaliza que as instalações físicas dos hospitais não são adequadas para receber as pessoas com LM. São as mesmas que recebem os pacientes das demais patologias. Os quartos, leitos, os banheiros não são adequados. Quando interna uma pessoa com LM as adaptações são realizadas no momento, de acordo com a disponibilidade do setor.

As dificuldades com as adaptações não estão somente nas instituições públicas hospitalares ou privadas, elas também estão nas residências quando a pessoa retorna para casa, onde apresentam os mesmos problemas de cômodos pequenos, banheiro não adaptado, porta estreita, piso escorregadio, degraus internos entre outras. Convém ressaltar que o planejamento das adaptações deste cuidado beneficiará a pessoa por lhe proporcionar melhor qualidade de vida e segurança e facilitará a atividade laboral do cuidador (PIRES et al., 2014).

“Devia ter mais adaptação só pra pessoa. Ter o lugar do banheiro do hospital, na cama, na cadeira de banho deles, não tem adaptado pra pessoa com LM, pra tomar banho nos banheiros. Porque as cadeiras não tem altura dos que tem LM, são tudo mole então as cadeiras são baixa, como as pessoas vão entrar numa cadeira daquelas pra eles poder ir até no banheiro pra tomar banho, meu Deus ”(P5).

“Acho que tinha que ter uma cama que vibrasse, de todos os problemas o maior de todos é o das escaras” (P11).

Este participante relata a expectativa de um atendimento ideal que para algumas pessoas já é realidade.

“uma junta médica de trinta pessoas todos

preparados. É meio utópico, mas eu gostaria que fosse assim, que eu tivesse uma equipe especializada lá no momento. Uma fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, enfermeiros, médicos que pudessem dizer agora você vai fazer isso” (P21).

Uma das vertentes da bioética, intitulada a Bioética da Proteção, tem sinalizado e contextualizado o direito de todos a receber uma assistência de qualidade e pensar sobre o tratamento que desejam receber é refletir sobre a estrutura do SUS - Sistema Único de Saúde. Neste caso o controle social, o gerenciamento de recursos é a qualidade dos recursos humanos é de responsabilidade do Estado. Além de promover e garantir condições de saúde as pessoas que necessitem de assistência (BORGES, 2013).

Contextualizar esta problemática envolve também, conhecer o que marcou no cuidado da perspectiva da pessoa com LM. Neste sentido, um dos pressupostos é que as relações das pessoas acontecem inesperadamente, em momentos ímpares, onde acontece uma interpretação constante do comportamento no cotidiano.

Em decorrência das mudanças do funcionamento de seu organismo as pessoas com LM passam por intenso aprendizado onde precisam lidar com seus limites. Estas adaptações são de ordem emocional, física e social. O agir do Enfermeiro contribui significativamente com os cuidados terapêuticos da pessoa com LM e proporciona melhoria da sua qualidade vida e como consequência obtém sucesso gradativo na reabilitação desta pessoa com LM. A adaptação de cada pessoa a nova forma de viver é diferente e vai sofrer influência de alguns fatores como: da família (se está presente ou não), da formação prévia (nível socioeconômico), da idade (criança, jovem ou idoso), das causas da lesão entre outros. Muito há para desvendar nesta realidade (SCHOELLER et al., 2012b).

Nestes relatos a seguir os participantes contam ***duas situações marcantes no cuidado*** vivenciadas com a enfermagem, durante o período de internação hospitalar. Ressalta-se que foram experiências positivas, onde os profissionais dispensaram atenção, carinho, conhecimento, solidariedade, dedicação e zelo. Praticaram a arte do cuidado (SILVA et al., 2014).

“até tinha uma enfermeira, uma guria bem nova. Ela tava recém começando na enfermagem ela disse pra mim assim, umas palavras tão bonitas

assim, pra mim que isso eu não esqueço. Uma jovem falou: “XXX as vezes as coisas acontecem na vida da gente pra gente melhorar a vida da gente, você vê que tava fazendo uma coisa errada que agora com este acidente você vai parar para pensar e vai ver sua vida. Deus fez isso pra mostrar pra você que sua vida não era pra ser daquele jeito que você tava levando”. Isso me marcou”(P9).

“É fiquei um bom tempo lá, ai tinha uma enfermeira lá que ela era muito legal, uma pessoa muito abençoada ela disse: “Você está muito feio” foi lá e arrumou uns aparelhos e fez minha barba, do jeito dela mas fez. Acho que ela tinha um carinho muito grande e um dom pra fazer aquilo que ela faz” (P13).

São muitos os momentos vividos. Cada um com suas particularidades. Uns de dor, outros de consolo, outros de revolta, outros de arrependimentos, outros de carinho, outros de compaixão, outros de agradecimento pela oportunidade de ter mais uma chance de estar com seus familiares.

“fizeram o máximo pra eu viver, me deu uma parada respiratória. antes mesmo”(P5)

“é ensinaram bem minha irmã a limpar, cuidar da ferida, fora isso não tem outra coisa”(P23).

“Foram esses dois momentos. O que o Dr disse que eu não iria ter mais movimentos das pernas e depois outro momento que eu mexi com o dedão do pé da perna esquerda” (P8).

As pessoas são diferentes em todos os sentidos, crenças, valores, ideais, cada uma possui uma maneira de ver a vida, de enfrentar as adversidades e as mudanças. Para alguns o trauma medular foi o freio no trabalho, pois estava trabalhando demais e não tinha tempo para a família e agora tem, para outro foi um atraso na vida, para outro foi simplesmente um acidente e bola pra frente a vida continua.

Estas pessoas conseguem sublimar o fato e se percebem um novo indivíduo que estão se descobrindo nesta nova forma de viver. O tempo de convivência com a LM interfere nessa nova condição por levar a pessoa a compreender e a saber lidar melhor com sua situação atual e se

ver “pessoa melhor” que tem expectativas e busca uma qualidade de vida (BERTO; BARETO, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A TRM traz profundas transformações na vida de uma pessoa por atingir a si próprio, a sua família e também a sociedade em que vive.

Este estudo evidenciou o quanto é difícil a primeira internação para a pessoa que sofreu LM e para a família devido as mudanças bruscas, inesperadas e as muitas adaptações que são necessárias. Em vista disto, tem-se a certeza que muitas das complicações podem ser evitadas ou amenizadas com uma enfermagem mais atuante, comprometida e resolutiva.

Mais uma vez este estudo vem ressaltar o quanto o enfermeiro é fundamental na recuperação da pessoa com LM e para sua família ao orientar ensinar e planejar os cuidados preparando-os para a alta hospitalar.

Este estudo ressaltou muitos dos problemas vividos pelas pessoas com LM que envolve os cuidadores, os enfermeiros e a equipe de enfermagem entremeada por aspectos socioculturais, econômicos e financeiros. No entanto, também sinalizou que os cuidados quando realizados com critérios os resultados são positivos e satisfazem a pessoas e os familiares; as pessoas possuem necessidades diferentes umas das outras e devem ser respeitadas; o autocateterismo e a reeducação intestinal deve ser iniciada na primeira internação hospitalar com isso ele estará colaborando para esta pessoa recuperar sua autoestima e independência funcional.

Mesmo assim, verificou-se a necessidade de capacitar os profissionais para atender melhor e de forma individualiza a pessoa com LM. Além de reforçar no cuidado de enfermagem a importância da orientação e atenção dispensada a pessoa e seus familiares durante o período que este ficar internado.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. L. P.; FREITAS, C. Aires de; JORGE, M. S. B. Interpretando as experiências da hospitalização de pacientes com lesão medular. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 4, aug. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 abr. 2014.

AMARAL, M. T. M. P. Encontrar um novo sentido da vida: um estudo explicativo da adaptação após lesão medular. **Rev. Esc. Enf.**, USP, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 573-580, 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr. 2014.

BARBOSA, I. V. et al. A família vivenciando o contexto da lesão medula – relato de experiência. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 61, 2009, Ceará. **Anais...** Ceará, 2009. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/00844.pdf >. Acesso em: 02 out. 2014.

BARLEM, E. L. D. et al. Vivência do sofrimento moral na enfermagem: percepção da enfermeira. **Rev Esc Enferm.**, USP, v. 46, n. 3, p. 681-688, 2012.

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

BEUTER, M. et al. Sentimentos de familiares acompanhantes de adultos face ao processo de hospitalização. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 1, p. 134-40, jan./mar. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100018>. Acesso em: 04 de outubro de 2014.

BORGES, A. M. F. **O Cuidado à Saúde à Pessoa com Amputação à luz da bioética**. 2013. 160p. Dissertação (Mestrado em enfermagem)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Disponível em:

<<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/122925/325373.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 05 out. 2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília (DF). Brasília: Senado Federal, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n. 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

BRITO, K.K. G.; SOARES, M. J. G. O.; SILVA, M. A. S. Cuidado de enfermagem nas ações preventivas nas úlceras de pressão. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa (PB), ano 12, n. 40, abr./jun. 2014.

BURHANS, L. M.; ALLIGOOD, M. R. Qualidade da assistência de enfermagem na palavras de enfermeiros. **Journal of avançada de enfermagem**, 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2010.05344.x/full>>. Acesso em: 2 out. 2014.

CREÔNCIO, S. C. E. et al Perfil dos enfermeiros atuantes em um Hospital, quanto à abordagem traumatismo raquimedular. **Jprnal of research Fundamental Care**, 2013.

FASSARELLA, C. S. et al. Comunicação no contexto hospitalar como estratégia para a segurança do paciente: revisão integrativa. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 7, n. 1, 2013.

FEEREIRA, M.; GUERRA, M. Adaptação à lesão vertebro- medular. Psicologia, saúde e doenças. **Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde – SPPS**, Porto – Portugal, v. 15, n. 2, p. 380-395, 2014. Disponível em: <[DOI:http://dx.doi.org/10.15309/14psd150205](http://dx.doi.org/10.15309/14psd150205)>. Acesso em: 25 set. 2014.

FIGUEREDO-CARVALHO, Z. M. Avaliação da funcionalidade de pessoas com lesão medular para atividades da vida diária. **Aquichan**, v. 14, n. 2, p. 148-158, 2014.

FRANÇA, I. S. X. et al. Qualidade de vida em pacientes com lesão medular. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 134, n. 1, mar. 2014. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2014. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao>>. Acesso em: 29 set. 2014.

ICCP -International Campaign for curlInternational Campaign for Cures of Spinal Cord Injury Paralysisies of spinal cord Injury Paralysis. 2014. Disponível em: <<http://www.campaignforcure.org/index.php/general-information>>. Acesso em: 29 set. 2014.

KESSLER, A. I.; KRUGDO, S. B. F. Prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem: o discurso dos trabalhadores. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 33, n. 1, p. 49-55, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n1/a07v33n1.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2014.

LIANZA, S. **Medicina de reabilitação**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

MARTINS, P. C. V. M.; CHAVES, C.; DUARTE, J. **Prevalência do risco de ulcera de pressão na UUCI de Vauzela Escola Universitária de Vauzeu**. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária), Portugal, 2013.

MELO, M. B. M.; BARBOSA, M. A.; SOUSA, P. R. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 4, jul./ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_26.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NOGUEIRA, P. C. et al. Sobreacarga do cuidado e impacto na qualidade de vida relacionada à saúde de cuidadores de indivíduos com lesão medular. **Rev Latino-amer. Enfermagem**, v. 20, n. 6, nov./dez. 2012.

OKOCHI, A. I.; TADAKA, E.; FUJIMURA, K. The meaning of self-care in persons with cervical. **BMC Neurology**, v. 13, n. 115, 2013. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2377/13/11>>. Acesso em: 13 set 2014.

PASSOS, S.S. S.; SADIGUSKYLL, D. Cuidados de enfermagem ao paciente dependente e hospitalizado. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 598-603, out./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a16.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2014.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 739-744, set./out. 2009.

PIRES, D. F. R. O. Barreras y facilitadores arquitectónicos: Un desafío para la independencia funcional. **Index de Enfermería**, v. 23, n. 3, 2014. Disponível em: <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v23n3/9331.php>>. Acesso em: 06 out. 2014.

PUPULIM, J. S. L.; SAWADA, N. O. O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: um questão ético-moral. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 433-438, maio/jun. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n3/13353.pdf>>. Acessado em: 17 out. 2014.

SCHOELLER, S. D. et al. Desafios cotidianos do sujeito tetraplégico. In: FIGUEIREDO, N. M. A.; MACHADO, W. C. A. (Orgs.). **Tratado de cuidados de enfermagem**. São Paulo: Roca, v. 2, p. 3158-3198, 2012.

SCHOELLER, S. D.; LEOPARDI, M. T.; RAMOS, F.S. Cuidado: eixo da vida, desafio da enfermagem. **R. Enferm.**, UFSM, v. 1, n. 1, p. 88-96, jan./abr. 2011. Disponível em: <<http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2013/1515>>. Acesso em: 10 set. 2014.

SILVA, F. L. F. et al. Humanização dos cuidados de enfermagem em ambiente Hospitalar: Percepção de usuários. **Cienc Cuid Saude**, v. 13, n. 2, p. 210-218, abr./jun. 2014. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/22015/pdf_163>. Acesso em: 06 out. 2014.

SILVA, G. A. et al. Avaliação funcional de pessoas com lesão medular: utilização da escala de independência funcional - MIF. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 4, out/dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400025&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 6 out. 2014.

SILVA, M. A. M. et al. Promoção da saúde em ambientes hospitalares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 3, p. 596-9. mai./jun. 2011.

SILVEIRA, R. S. et al. Dimensão moral do cuidado em terapia intensiva. **Cienc Cuid Saude**, v. 13, n. 2, p. 327-334, abr./jun. 2014.

SIQUEIRA, A. B. et al. **Relacionamento enfermeiro, paciente e família**: fatores compartimentais associados a qualidade da assistência. 2006. 77p. TCC (Graduação em Enfermagem)- Faculdade de Medicina do ABC, São Paulo, 2006.

VENTURINI, D. A.; DECÉSARO, M. N.; MARCON, S. S. Alterações e expectativas vivenciadas pelos indivíduos com lesão raquimedular e suas famílias. **Rev. Esc. Enferm.**, USP, v. 41, n. 4, p. 589-96, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/07>>. Acesso em: 7 maio 2014.

WALDOF, V. R.; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 24, n. 3, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000300017&script=sci_arttext>. Acessado em: 10 set. 2013.

WALLAU, R. A. Qualidade e Humanização do Atendimento em Medicina intensiva. Qual a Visão dos Familiares? **Revista Brasileira Terapia Intensiva**, v. 18, n. 01, 2006.

WATSON, J. Caring as the essence and science of nursing and health care. **Mundo Saúde**, v. 33, n. 2, p. 143-149, 2009. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/143a149.pdf>. Acesso em: 01 out. 2014.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo possibilitou conhecer a percepção que as pessoas com LM têm sobre os cuidados recebidos pela enfermagem no período que ficaram internadas no hospital logo após a ocorrência do trauma medular. Muitas destas pessoas nunca haviam sido hospitalizadas.

Esta temática é importante também por atender o que as políticas públicas têm apontado acerca das pessoas com necessidade, e com necessidade de inclusão. O cuidado de enfermagem diferenciado também é um cuidado inclusivo, nós temos que olhar de forma diferente para este cuidado destas pessoas que não é um cuidado igual que se faz para o outra pessoa com outros problemas. Desde a mobilização, o primeiro atendimento, se tenho principalmente um acidentado, se mobilizar este acidentado pode piorar ou não o quadro clínico dele ou não, é um olhar para esta pessoa desde o primeiro momento.

O trauma medular não atinge só a pessoa que sofreu a lesão mas toda estrutura familiar. A pessoa que antes era independente, que cuidava de seus afazeres passa ser dependente de outra pessoa para as atividades mais simples do dia-a-dia. Quando hospitalizada, fica em situação de vulnerabilidade na qual na qual precisa dos cuidados de pessoas estranhas e desconhecidas - a enfermagem.

Este estudo mostrou que a hospitalização não é tão simples. Principalmente para a pessoa que sofreu a lesão medular e sua família. A enfermagem é de suma importância para amenizar o stress causado pela dor das perdas e na prevenção das complicações provenientes da lesão medular.

A pessoa com LM exige múltiplos e complexos cuidados devido às alterações orgânicas daí oriundas. A enfermagem é responsável por grande parte das ações de cuidados a estas pessoas no ambiente hospitalar. As ações de enfermagem mais evidenciadas nos relatos foram higiene conforto, prevenção de úlcera por pressão, cuidados com a pele e feridas e eliminações vesico-intestinais.

Ao realizar estas ações de enfermagem a pessoa pode sentir-se constrangida por estar se expondo e depender do auxílio de pessoas estranhas ao seu convívio. Porém a pessoa com lesão medular passa por um processo no qual este primeiro é seguido de aceitação do cuidado e da reflexão sobre o mesmo, indicando ações que gostaria que fossem realizadas durante o seu cuidado quando da internação hospitalar.

Em relação à assistência de enfermagem verificou-se que não há um planejamento dos cuidados específico para a pessoa com lesão

medular; o cuidado é prestado de forma individual e sem o compartilhamento de saberes e ações entre as diversas profissões envolvidas. Há necessidade de qualificação dos profissionais de enfermagem integração dos profissionais de saúde voltados ao cuidado de pessoas com LM.

O cuidado é o elo que une a enfermagem a pessoa com LM. Este é o responsável pela relação entre duas pessoas diferentes, com valores diferentes, histórias diferentes, vidas e hábitos – pessoa com LM e profissional de enfermagem. Unidas, uma pela necessidade de ser cuidada e a outra para cuidar terapêuticamente, diferente do habitual, cuidar por escolha, por que escolheu cuidar, se preparou, estudou, pesquisou e se profissionalizou.

Muitas das dificuldades do cotidiano da enfermagem são apresentadas nos relatos dos participantes desta pesquisa. Verificou-se com isso detalhes do cuidado a pessoa com LM e a importância que a enfermagem tem para estas pessoa, e que muitas vezes este profissional não se da conta por estar envolvido com as rotinas impostas pela exigências institucionais.

Após a reflexão dos relatos percebeu-se o potencial do Enfermeiro e da enfermagem e quão vasto é o campo do cuidado a ser explorado, porém o Enfermeiro se envolve com atividades burocráticas, não que elas sejam desnecessárias, e a enfermagem com as tarefas de rotinas e se esquecem do contato mais humano que é o diferencial no cuidado de enfermagem.

Evidenciou-se na análise a dificuldade de ordem Institucional. Ou seja, as acomodações, os banheiros e utensílios de uso específico de pessoas com LM, não são adequados e dificultam a assistência e interferem na qualidade e recuperação da pessoa. Muitos dos problemas aqui ressaltados são entremeados por aspectos socioculturais, econômicos e financeiros.

Diante do exposto a enfermagem precisa interagir com a pessoa e com a família para poder planejar um cuidado coerente com suas expectativas e possibilidades. Além de valorizar e promover a participação da família ou cuidador. A enfermagem ocupa um lugar de destaque na recuperação da pessoa com LM cabe a ela tomar posse e fazer valer sua história, conhecimento e experiência conquistada.

A importância deste estudo esta em mostrar a percepção das pessoas com LM sobre os cuidado de enfermagem e, como elas veem e recebem o cuidado na hospitalização. A enfermagem e outros profissionais poderão por meio deste estudo identificar a necessidade e importância do trabalho multiprofissional na reabilitação, na redução do

período de internação, melhora da autoestima e socialização da pessoa com LM.

Enfim, a enfermagem deve sempre lembrar que o cuidado básico é essencial. É onde tudo começa. Estar com a pessoa, olhar nos olhos, conversar, saber de suas queixas, ouvi-la, movimenta-la, mexer e saber de suas necessidades e sana-la a medida do possível. Quando o básico é bem feito muitas das complicações são evitadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAGNAMO, N. **Dicionário de Filosofia**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

ACE – Associação Catarinense de Ensino – Joinville. **Portal Social**. Disponível em: <<http://www.ace.br/>>. Acesso em: 15 fev. 2014.

ADEJ – Associação dos Deficientes de Joinville. **Portal Social**. Disponível em: <<http://doacoes.portalsocial.org.br/instituicoes/Instituicao.aspx?IDInstituicao=602>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

ALBUQUERQUE, A. L. P.; FREITAS, C. Aires de; JORGE, M. S. B. Interpretando as experiências da hospitalização de pacientes com lesão medular. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 4, aug. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 abr. 2014.

AMARAL, M. T. M. P. Encontrar um novo sentido da vida: um estudo explicativo da adaptação após lesão medular. **Rev. Esc. Enf.**, USP, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 573-580, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr. 2014.

ANDRADE, L. T. et al. Disreflexia e intervenções e intervenções de enfermagem para pacientes com lesão medular. **Rev Esc Enferm.**, USP, v. 47, n. 1, p. 93-100, fev. 2013.

ANDRADE, A. C. A enfermagem não é mais uma profissão submissa. **Rev Bras Enferm.**, v. 60, n. 1, p. 96-98, 2007.

ANDRADE, L. T.; CHIANCA, T. C. M. Validação de intervenções de enfermagem para pacientes com lesão medular e mobilidade física prejudicada. **Rev Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 5, sep./out. 2013.

ARAÚJO, A. A.; BRITO, A. M.; NOVAES, M. Saúde e autonomia: novos conceitos são necessários? **Rev. Bioet.**, v. 16, n. 1, p. 117-124, 2008.

ARES, M. J. J.; CRISTANTE, A. F. Tratamento. In: GREVE, J. M. **Tratado de medicina de reabilitação**. São Paulo: Rocca, 2007.

ARMSTRONG, J. C. et al. Spinal cord injury in the emergency context: review of program outcomes of a spinal cord injury rehabilitation program in Sri Lanka. *Rev. Bimed Central Conflict & Health*, v. 8, n. 1, p. 1-13, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3994551/>>. Acesso em: 14 set. 2014.

ASSIS, G. M.; FARO, A. C. M. Auto cateterismo na lesão medular. **Rev esc. Enferm.**, São Paulo, USP, v. 45, n. 1, mar. 2011.

BAGGIO, A. M.; CALLEGARO, D. G.; ERDMANN, A. L. Relações de “não cuidado” de enfermagem em uma emergência: que cuidado é esse? **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, mar. 2011.

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, p. 67-77, 2008.

BARBOSA, I. V. et al. A família vivenciando o contexto da lesão medula – relato de experiência. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 61, 2009, Ceará. **Anais...** Ceará, 2009. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/00844.pdf>. Acesso em: 02 out. 2014.

BARBOSA, M. C. G. Enfermagem e o cuidar. **Jornal Pequeno**. 2005. Disponível em: <<http://jornalpequeno.com.br/edicao/2005/07/11/enfermagem-e-o-cuidar/>>. Acesso em: 5 jan. 2014.

BAYLEI, Joey et al. Relationship of nursing education and care management inpatient rehabilitation interventions and patient characteristics to outcomes following spinal cord injury: The SCIREhab Project. **The Journal of Spinal Cord Medicine**, v. 35, n. 6. p. 593-611, 2012.

BERGSON, H. **Matéria e Memória, ensaio sobre a relação do corpo com o espírito**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

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

BEUTER, M. et al. Sentimentos de familiares acompanhantes de adultos face ao processo de hospitalização. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 1, p. 134-40, jan-mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100018>. Acesso em: 04 de outubro de 2014.

BOFF L. O cuidado essencial: princípio de um novo Ethos. **Inclusão Social**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 28-35, out./mar. 2005.

BORGES, A. M. F. et al. Percepção das pessoas com lesão medular sobre a sua condição **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, set. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000300016>>. Acesso em: 13 jul. 2014.

BORGES, A. M. F. **O Cuidado à Saúde à Pessoa com Amputação à luz da bioética**. 2013. 160p. Dissertação (Mestrado em enfermagem)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/122925/325373.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 05 out. 2014.

BORGES, Denise. **Aspectos clínicos e práticos da reabilitação**. São Paulo: Editora Artes médicas Ltda, 2005.

BRASIL - Ministério da Saúde. **Diretrizes da atenção pessoa com lesão medular**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_generico_imagens-filefield-description%5D_68.pdf>. Acesso em: 12 set. 2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília (DF). Brasília: Senado Federal, 1998.

BRASIL. **Decreto n. 3.298**, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência,

consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm>. Acesso em: 5 jan. 2014.

BRASIL. **Decreto n. 186**, de 2008. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm>. Acesso em: 5 jan. 2014.

BRITO, M. A. G. M.; BAHION, M. M.; SOUSA, J. T. Diagnóstico de enfermagem de maior ocorrência em pessoas com lesão medular no contexto do atendimento ambulatorial mediante abordagem baseada no modelo de Oren. **Rev. Eletr. de Enf.**, v. 10, n. 1, p. 13-28, 2008.

BRITO, K. K. G.; SOARES, M. J. G. O.; SILVA, M. A. S. Cuidado de enfermagem nas ações preventivas nas úlceras de pressão. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa (PB), ano 12, n. 40, abr./jun. 2014.

BRUNI, D. S. Aspectos fisiológicos e Assistenciais de enfermagem na reabilitação da pessoa com lesão medular. **Rev. Esc. Enferm.**, USP, v. 38, n. 1, p. 71-79, 2004.

BRUNOZI, A. E. et al. Qualidade de vida na lesão medular. **Rev Neurociencia**, v. 19, n. 1, p. 139-144, 2011.

BURHANS, L. M.; ALLIGOOD, M. R. Qualidade da assistência de enfermagem na palavras de enfermeiros. **Journal of avançada de enfermagem**, 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2010.05344.x/full>>. Acesso em: 2 out. 2014.

CAFER, C. R. et al. Diagnostico de enfermagem e proposta de intervenções para pacientes com Lesão medular. **Acta paulista ebfer.**, v. 18, n. 4, p. 347-353, out./dez. 2005.

CARDOSO-GONZALES, R.; VILLA, T. C. S.; CALIRI, H. L. O processo da assistência ao paciente com lesão medular: gerenciamento de caso como estratégia de organização da alta hospitalar Medicina, **Ribeiro Preto**, v. 34, p. 325-333, jul./dez. 2001.

CARVALHO, Z. M. F. et al. Pacientes com lesão raquimedular: experiência de ensino-aprendizagem do cuidado para suas famílias Escola Anna Nery. **Rev. Enf.**, v. 10, n. 92, p. 316-322, ago. 2006.

CEREZETTI, C. R. N. et al. Lesão medular e estratégias de enfrentamento: revisão crítica. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 318-326, 2012. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/93/art07.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2014.

CHUNG, Sanghee; LEE, Youngknill. “I am just thankful”: the experience of gratitude following traumatic spinal cord injury. **Disability & Rehabilitation**, v. 35, n. 1, p. 11-19, jan. 2013. Disponível em: <<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/09638288.2012.687026>>. Acesso em: 14 set. 2014.

CNS - Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS n. 466/12**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2014

CREÔNCIO, S. C. E. et al. Perfil dos enfermeiros atuantes em um Hospital, quanto à abordagem traumatismo raquimedular. **Jprnal of research Fundamental Care**, 2013.

CRUZ, D. A. L. M. **Diagnostico de enfermagem**: aspectos Históricos e definição. Revista Paulista, São Paulo. (SP). Departamento de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1995.

COSTA, J. N.; OLIVEIRA, M. V. Fenômenos de enfermagem em portadores de lesão medular e o desenvolvimento de úlceras por pressão. **Rev Enfer.**, UERJ, v. 13, n. 3, p. 367-373, set./dez. 2005.

CUSTÓDIO, N. R. O. et al. Lesão Medular no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER-GO). **Coluna/Columna**, v. 8, n. 3, p. 265-268, 2009.

DEFINO, Helton L. A. Trauma raquimedular. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 32, p. 388-400, jan. 2006.

DOURADO, T. P.; SANTOS, T. A. S.; BRASILEIRO, M. E. Assistência de enfermagem em paciente vítima de traumatismo raquimedular. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição**, v. 2, n. 2, p. 1-15, jan./jul. 2012. Disponível em: <<http://www.ceen.com.br/revistaeletronica>>. Acesso em: 5 jan. 2014.

FARO, A. C. M. Fator de risco para úlcera de pressão: subsídios para a prevenção. **Rev. esc. Enfer.**, USP, São Paulo, v. 33, n. 3, set. 1999.

FASSARELLA, C. S. et al. Comunicação no contexto hospitalar como estratégia para a segurança do paciente: revisão integrativa. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 7, n. 1, 2013.

FAVERO, L.; PAGLIUCA, L. M. F.; LACERDA, M. R. Cuidado transpessoal em enfermagem: uma análise pautada em modelo conceitual. **Rev. Esc. Enferm.**, USP, São Paulo, v. 47, n. 2, abr. 2013.

FECHIO, M. B. et al. A repercussão da lesão medular na identidade do sujeito. **Acta Fisiatr**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 38-42, 2009. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em 25 jun. 2013.

FEEREIRA, M.; GUERRA, M. Adaptação à lesão vertebro- medular. Psicologia, saúde e doenças. **Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde – SPPS**, Porto – Portugal, v. 15, n. 2, p. 380-395, 2014. Disponível em: <[DOI:http://dx.doi.org/10.15309/14psd150205](http://dx.doi.org/10.15309/14psd150205)>. Acesso em: 25 set. 2014.

FENTANES, L.R.C. et al. Autonomia profissional do enfermeiro: revisão integrativa. **Lacerda Cogitare Enferm.**, v. 16, n. 3, p. 530-535, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/24227/16242>>. Acesso em: 22 out. 2014.

FECHIO, M. B. et al. A repercussão da lesão medular na identidade do sujeito. **Acta Fisiatr**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 38-42, 2009. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 25 jun. 2009.

FIGUEIREDO, F. A. et al. **Trauma raquimedular**: Conduta urológica clínica e Farmacológica. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Urologia, 2006.

FIGUEREDO-CARVALHO, Z. M. Avaliação da funcionalidade de pessoas com lesão medular para atividades da vida diária. **Aquichan**, v. 14, n. 2, p. 148-158, 2014.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

FRANÇA, I. S. X. et al. Percepção de adultos com Lesão medular sobre as habilidades para atividades diárias de indicadores de saúde à luz da NOC: pesquisa descritiva. **Onli Brazilian jotnaun of narsing**, v. 10, n. 2, 2011.

FRANÇA, I. S. X. et al. O descuidar do lesado medular na atenção básica: desafios bioéticos para as políticas de Saúde. *Rev. Bras. Enferm*: 65 (2):236-243,mar.-apr.2012.

FRANÇA, I. S. X. et al. Qualidade de vida em pacientes com lesão medular. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 1, 34, n. 1, mar. 2013.

FRANÇA, I. S. X. et al. Estilos de vida e condições de saúde de adultos com lesão medular. *Investigacion y Educacion em enfermeira*. Vol 32 n2 Febrero, 2014.

FURLAN, M. L. S.; CALIRI, M. H.; DEFINO, H. L. Intestino neurogênico Guia Pratico para pessoas com lesão medular. **Coluna**, v. 4, n. 3, p. 113-168, 2006.

GIANINI, Priscila Elisa Siqueira; CHAMLIAN, Therezinha Rosane; ARAKAKI, Juliano Coelho. Dor no Ombro em Pacientes com Lesão Medular. **Acta Ortop Bras**, v. 14, n. 1, 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONZALES, R. I. C. et al. Gerenciamento de caso: um novo enfoque no cuidado à saúde. **Rev. Latino Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2. mar./apr. 2003.

HSIEH, H. F; SHANNON, S. E. Three approaches to qualitative content

analysis. **Qualitative health research**, v. 15, n. 9, p. 1277-1288, 2005.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2014. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao>>. Acesso em: 29 set. 2014.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2000**.

Disponível em:

<<http://aguinaldodatola.soylocoporti.org.br/2009/06/16/estatistica-de-pessoas-com-deficiencia-no-brasil/>>. Acesso em: 5 jan. 2014.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**.

2011. Disponível

em:<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_preliminares_amostra/default_resultados_preliminares_amostra.shtm>. Acesso em: 14 set. 2013.

ICCP -International Campaign for curlInternational Campaign for Cures of Spinal Cord Injury Paralysisies of spinal cord Injury Paralysis. 2014.

Disponível em: <<http://www.campaignforcure.org/index.php/general-information>>. Acesso em: 29 set. 2014.

JOINVILLE. Disponível em: <<http://www.joinville.sc.gov.br/>>. Acesso em: 5 jan. 2014.

KAWAMOTO, Emília Emi. **Anatomia e fisiologia humana**. 2. ed. São Paulo: EPU, 2008. 489 p.

KESSLER, A. I.; KRUGDO, S. B. F. Prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem: o discurso dos trabalhadores. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 33, n. 1, p. 49-55, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n1/a07v33n1.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2014.

LEITE, N. M; FALOPPA, F. **Ossificações Heterotópicas**. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2007. Disponível em:

<http://www.projetodiretrizes.org.br/7_volume/35-Ossificacoes_Heterotopi.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2014.

LEITEL, V. B. E.; FARO, A. C. M. Cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. **Rev Esc Enferm USP**, v. 39, n. 1, p. 92-96, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342005000100012&script=sci_arttext>. Acesso em: 5 jan. 2014.

LIANZA, S. (Org.). **Medicina de Reabilitação**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2007.

LIANZA, S. **Medicina de reabilitação**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

LIS, A. T.; AFONSO, L. M. Formação e atuação do enfermeiro como educador na promoção da saúde no contexto hospitalar. **Rev. Centro Edu Letras e Saúde UNIOESTE**, Campus de Foz do Iguaçu, v. 16, n. 1, p. 62-80, 2014.

MACHADO, Angelo. **Neuroanatomia Funcional**. 2ª edição; editora Atheneu; 2006.

MACHADO, M. F. A. S.; VIEIRA, N. F. Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. **Rev. Latino Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, mar./abr. 2010.

MACHADO, W. C. A.; SCRAMINA, P. (In) dependência na relação de homens tetraplégicos com seus (in) substituíveis pais/cuidadores. **Rev esc. Enferm.**, USP, São Paulo, v. 44, n. 1, mar. 2010.

MARTINS, Aguiar. **O banho no leito em contexto de internamento hospitalar vivências de pessoas idosas**. Dissertação (Mestrado em Ciências de Enfermagem)- Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2009.

MARTINS, P. C. V. M.; CHAVES, C.; DUARTE, J. **Prevalência do risco de ulcera de pressão na UUCI de Vauzela Escola Universitária de Vauzeu**. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária), Portugal, 2013.

MELO, M. B. M.; BARBOSA, M. A.; SOUSA, P. R. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 4, jul./ago. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_26.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2014.

MELO, V. R.; MARTINS, C. O papel do enfermeiro na assistência e reabilitação do paciente portador de Lesão Medular. **Neurobiologia**, v. 72, n. 1. jan./mar. 2009. Disponível em: <http://www.neurobiologia.org/ex_2009/Microsoft%20Word%20-%207_Val_NotaDidt_OK_.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. GOMES, R. **Pesquisa Social**: Teoria método e criatividade Petrópolis. Rio de Janeiro: Ed. Vozes 17, 1994.

MAYNARD, F.M. et al. International Standarts for Neurological and Functional Classification of Spinal Cord Injury; **Spinal Cord**, 35, 266 +- 274, 1997

MOORE, Keith L.; DALLEY, Arthur F. **Anatomia orientada para a clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

NASCIMENTO, C. K. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Rev Esc Enferm.**, USP, v. 42, n. 4, 2008. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 14 set. 2014.

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

NOGUEIRA, P. C. et al. Sobreacarga do cuidado e impacto na qualidade de vida relacionada à saúde de cuidadores de indivíduos com lesão medular. **Rev Latino- amer. Enfermagem**, v. 20, n. 6, nov./dez. 2012.

OKOCHI, A. I.; TADAKA, E.; FUJIMURA, K. The meaning of self-care in persons with cervical. **BMC Neurology**, v. 13, n. 115, 2013. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2377/13/11>>. Acesso em: 13 set 2014.

OTAKI, A. Terapia Ocupacional assistida prescrição e a confecção de recursos o para pacientes com lesão medular C4e C5. In: II Congresso De Pesquisa E Extensão Da FSG. **Anais...** Caxias do Sul, 2014. Disponível em: <<http://ojs.fsg.br/idex.php/pesquisaextensao>>. Acesso em: 12 set. 2014.

PADULA, M. P. C.; SOUZA, M. F. Avaliação de um programa educativo dirigido s paraplégicos visando o autocuidado relacionado aos déficits identificados na eliminação intestinal. **Acta paulista Enfer.**, São Paulo, v. 20, n. 2, apr./jun. 2007.

PASSOS, S.S. S.; SADIGUSKYLL, D. Cuidados de enfermagem ao paciente dependente e hospitalizado. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 598-603, out./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a16.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2014.

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, p. 37-45, jan./abr. 2006.

PHISICAL MEDICINE E REHABILITATION – Jornal Americano. Disponível em: <<http://journals.lww.com/ajpmr/pages/default.aspx>>. Acesso em: 13 jan. 2013.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 739-744, set./out. 2009.

PIRES, D. F. R. O. Barreras y facilitadores arquitectónicos: Un desafío para la independencia funcional. **Index de Enfermería**, v. 23, n. 3, 2014. Disponível em: <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v23n3/9331.php>>. Acesso em: 06 out. 2014.

PRZENYCZKA, R. A. et al. O paradoxo da liberdade e da autonomia nas ações do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 427-431, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a22v21n2.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2014.

PUPULIM, J. S. L.; SAWADA, N. O. O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: um questão ético-moral. **Rev Latino-**

am Enfermagem, v. 10, n. 3, p. 433-438, maio/jun. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/r/lae/v10n3/13353.pdf>>. Acessado em: 17 out. 2014.

REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO. **Lesão Medular**. 2010. Disponível em: <<http://www.sarah.br/>>. Acesso em: 17 jun. 2013.

ROXANA I.CARDOZO et al. O processo da assistência ao paciente com lesão medular: gerenciamento de caso como estratégia de organização da alta hospitalar. **Medicina, Ribeirão Preto**, v. 34, p. 325-333, jul./dez. 2001. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/download/6499/7970>>. Acesso em: 17 jun. 2013.

ROXANA, I. et al. O processo da assistência ao paciente com lesão medular: gerenciamento de caso como estratégia de organização da alta hospitalar. **Medicina, Ribeirão Preto**, v. 34, p. 325-333, jul./dez. 2001. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/download/6499/7970>>. Acesso em: 17 jun. 2013.

SANTOS, F. H. E.; PORTO, I. S. Florence Nigtingale à perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: a evolução de um saber/fazer. **Rev Anna Nerry**, v. 10, n. 3, p. 539-546, dez. 2006.

SANTOS, T. R. et al. Políticas públicas direcionadas às pessoas com deficiência: uma reflexão crítica. **Revista Ágora**, Vitória, v. 15, p. 210-219, 2012.

SARTORI, N. R.; MELO, M. R. A. C. Necessidade no cuidado Hospitalar do Lesado medular. **Medicina Ribeirão Preto**, v. 35, p. 151-159, abr./jun. 2002.

SCHOELLER, S. D. et al. Desafios cotidianos do sujeito tetraplégico. In: FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de; MACHADO, Wiliam César Alves (Orgs.). **Tratado de cuidados de enfermagem**, São Paulo: Roca, 2012a, v. 2, p. 3158-3198.

SCHOELLER, S. D. et al. Mudança na vida das pessoas com lesão medular adquirida. **Rev. Eletr. Enf.** v. 14, n. 1, p. 95-103, jan./mar.

2012b. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v0:318-32614/n1/pdf/v14n1a11.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2013.

SCHOELLER, S. D.; LEOPARDI, M. T.; RAMOS, F.S. Cuidado: eixo da vida, desafio da enfermagem. **R. Enferm.**, UFSM, v. 1, n. 1, p. 88-96, jan./abr. 2011. Disponível em: <<http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2013/1515>>. Acesso em: 10 set. 2014.

SCHOELLER, S. D.; SILVA, A. M. F.; ANDERS, J. C. Cuidados de Enfermagem à Criança e Adolescente com Lesão Medular. PROENF. Programa de Atualização em Enfermagem. **Saúde da Criança e do Adolescente**, v. 5, p. 31-72, 2010.

SCHOLLER, S. D. et al. **Pesquisa em enfermagem de reabilitação:** apontamentos da realidade brasileira. Porto Portugal: ESEP-Enfermagem Porto, 2014.

SILVA, A. A. B. A enfermagem na prevenção de úlceras por pressão por fatores extrínsecos em um hospital público no município de espigão do oeste-RO. **Revista Eletrônica da Facimed**, v. 3, n. 3, p. 352-362, 2011.

SILVA, F. L. F. et al. Humanização dos cuidados de enfermagem em ambiente Hospitalar: Percepção de usuários. **Cienc Cuid Saude**, v. 13, n. 2, p. 210-218, abr./jun. 2014. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/22015/pdf_163>. Acesso em: 06 out. 2014.

SILVA, G. A. et al. Avaliação funcional de pessoas com lesão medular: utilização da escala de independência funcional - MIF. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 4, out./dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400025&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 6 out. 2014.

SILVA, M. A. M. et al. Promoção da saúde em ambientes hospitalares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 3, p. 596-9. mai./jun. 2011.

SIQUEIRA, A. B. et al. **Relacionamento enfermeiro, paciente e família**: fatores compartimentais associados a qualidade da assistência. 2006. 77p. TCC (Graduação em Enfermagem)- Faculdade de Medicina do ABC, São Paulo, 2006.

SILVEIRA, R. S. et al. Dimensão moral do cuidado em terapia intensiva. **Cienc Cuid Saude**, v. 13, n. 2, p. 327-334, abr./jun. 2014.

SMELTZER, S. C.; BER, B. G. **Brunner & Suddarth**: Tratado de enfermagem medico-cirurgica. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

SOUZA, M. L. et al. O cuidado em enfermagem-uma aproximação teórica. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 2, abr./jun. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000200015>>. Acesso em: 12 set. 2013.

STAAS Jr., et al. Reabilitação do paciente com traumatismo raquimedular. In: DE LISA, J. A. (Ed.). **Medicina de reabilitação**: Princípios e prática. São Paulo: Manole, 1992. p. 735-763.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed. Porto alegre: Artmed, 2008.

STUDART, R. M. B. Tecnologia de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão em pessoas com lesão medular. **Rev Bras. Enferm.**, v. 64, n. 3, may/jun. 2001.

TEIXEIRA, E. R. Subjetividade na Enfermagem: o discurso do sujeito no cuidado. **Rev. Bras Enferm.**, v. 53, n. 2, p. 233-239, 2000.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2010.

UMESCH, C. P. et al. Diagnostic and prognostic role of MRI in spinal trauma its comparison and correlation with clinical profile and neurological outcome, according to ASIA impairment scale. **Journal of Cranio vertebral Junction and Spine**, v. 2, n. 4, 2011.

VASCONCELOS, A. S. et al. Intervenções de enfermagem nas necessidades básicas da pessoa com lesão medular: revisão integrativa. **Online Brazilian Journal of nursing**, v. 9, n. 2, 2010.

VENTURINI, D. A.; DECÉSARO, M. N.; MARCON, S. S. Alterações e expectativas vivenciadas pelos indivíduos com lesão raquimedular e suas famílias. **Rev. Esc. Enferm.**, USP, v. 41, n. 4, p. 589-96, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/07>>. Acesso em: 7 maio 2014.

WALDOF, V. R.; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 24, n. 3, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000300017&script=sci_arttext>. Acessado em: 10 set. 2013.

WALDOW, V. R. Atualização do cuidado. **Aquichan**, Chía, Colombia, año 8, v. 8, n. 1, p. 85-96, abr. 2008. Disponível em: <<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/126/252>>. Acesso em: 12 set. 2013.

WALDOW, V. R. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. Rio de Janeiro: Vozes: 2006.

WALLAU, R. A. Qualidade e Humanização do Atendimento em Medicina intensiva. Qual a Visão dos Familiares? **Revista Brasileira Terapia Intensiva**, v. 18, n. 01, 2006.

WATSON, J. Caring as the essence and science of nursing and health care. **Mundo Saúde**, v. 33, n. 2, p. 143-149, 2009. Disponível em: <http://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/143a149.pdf>. Acesso em: 01 out. 2014.

YAMAUTI, A. Y. Cuidados de Enfermagem em Pacientes Portadores de Lesão Medular. In: GREVE, J. M. D.; CASALIS, M. E. P.; BARROS FILHO, T. E. P. **Diagnóstico e Tratamento da Lesão da Medula Espinhal**. São Paulo: Roca, 2001. p. 152-166.

**APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
(TCLE)**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CAMPUS UNIVERSITÁRIO – TRINDADE
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721-9480 – 3721-9399 Fax (048) 3721-9787
E-mail: www.ppgenf.posgrad.ufsc.br

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE)**

Convidamos o(a) Sr(a) para participar do estudo intitulado **“PERCEÇÃO DA PESSOA COM LESÃO MEDULAR SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM”** que será coordenado pela Enfermeira Professora Doutora Soraia Dornelles Schoeller, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e realizado pela mestranda do Curso de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Lucia Helena Heineck.

O estudo tem por objetivo compreender a percepção da pessoa com lesão medular sobre os cuidados de enfermagem recebidos durante o período de internação hospitalar. A coleta de dados será realizada através de uma entrevista contendo perguntas relacionadas ao período de internação hospitalar: 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. Os riscos a que você está sujeito pela participação são de cunho predominantemente emocionais, e serão

mínimos e controlados terão a assistência necessária prestada pelas pesquisadoras, considerando benefícios e acompanhamentos posteriores ao encerramento ou a interrupção da pesquisa.

A pesquisa não trará nenhum ônus para o senhor (a) e garantimos indenização diante de eventuais danos ou custos decorrentes da pesquisa. Prestaremos assistência em caso de necessidades físicas, mentais ou emocionais, decorrentes da realização da pesquisa. Sua contribuição poderá beneficiar pessoas com lesão medular ao fornecer informações que ajudem os profissionais da saúde a entenderem melhor como é viver com essa doença e como prevenir complicações.

Garantimos que seu nome e qualquer outro dado que o (a) identifique não serão divulgados. As informações fornecidas serão somente utilizadas em publicações em livro, artigos científicos ou divulgação em eventos de caráter científico, mas sem que seu nome ou qualquer outra informação que o (a) identifique seja revelado.

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.dornelles@ufsc.br

- Contatos da mestrandia:

Lucia Helena Heineck, rua Barriga Verde, 175 B. Bom Retiro Joinville SC.

Fone: (47) 34355799/99049807. E-mail: lheineck65@gmail.com

- Contato do CEPESH-UFSC (48)3721-9206. e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Eu _____
abaixo assinado declaro através deste instrumento, meu consentimento para participar como sujeito da pesquisa: **“PERCEPÇÃO DA PESSOA COM LESÃO MEDULAR SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM”** e que tenho uma via igual a esta, assinada pela pesquisadora. Declaro que estou ciente de seus objetivos, método, potenciais riscos, incômodos e benefícios que a pesquisa pode acarretar e bem como de meu direito de desistir a qualquer momento, sem penalização alguma e/ou prejuízo. Autorizo a coleta dos dados

necessários para pesquisa em meu cadastro/prontuário junto a ADEJ e uso de gravador para o registro da entrevista.

Nome: _____

Assinatura: _____ RG. _____
Joinville, de _____ de 2014.

Pesquisadora responsável

Pesquisadora participante

APENDICE B - Roteiro de entrevista semiestruturado

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
GRUPO DE PESQUISA PRAXIS

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Número da entrevista _____

1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome:	
Data de nascimento:	Idade
Sexo	() Fem. () Masc.
Raça/cor:	Religião:
Escolaridade – quantos anos estudou?	
Estado civil	() casado () solteiro () divorciado () viúvo () união estável () outros
Profissão/ocupação	
Rendimento médio mensal	
Ano de diagnóstico da LM	
Procedência	
Complicações	
Tempo e nível a lesão medular	
Tempo de internação/hospitalização	
Foi internado em hospital () privado () público	

2 QUESTÕES NORTEADORAS –

2.1 CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM LM

1 Fale sobre sua internação por lesão medular?

2 Quê cuidados foram feitos pela enfermagem? Lembra de algum cuidado realizado pelo enfermeiro?

3 Relate um fato/acontecimento MARCANTE ocorrido no período de internação relacionado aos cuidados de enfermagem.

4 Como você se sentiu em relação aos cuidados de enfermagem? Em relação a cuidados específicos (higiene e conforto, alimentação, vestir, eliminações).

5 A enfermagem auxiliou na reabilitação? Porquê?

6 A enfermagem deu orientações à sua família? Quais?

7 Como você gostaria que fosse os cuidados de enfermagem?

Data da entrevista: _____