

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
ENFERMAGEM  
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**GELSON AGUIAR DA SILVA**

**INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DA PESSOA COM  
LESÃO MEDULAR: DO TRAUMA À PRIMEIRA INTERNAÇÃO**

**FLORIANÓPOLIS**

**2015**



**GELSON AGUIAR DA SILVA**

**INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DA PESSOA COM LESÃO  
MEDULAR: DO TRAUMA À PRIMEIRA INTERNAÇÃO**

Tese apresentada à banca examinadora do Curso de Doutorado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Educação e trabalho em saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Francine Lima Gelbcke

Co-orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Soraia Dorneles Schoeller.

Linha de pesquisa: Trabalho em Saúde e Enfermagem

**FLORIANÓPOLIS**

**2015**

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

Silva, gelson aguiar da silva

Independência funcional da pessoa com lesão medular: do trauma a primeira internação / gelson aguiar da silva Silva ; orientadora, Francine Lima Gelbcke ; coorientadora, Soraia Dorneles Schoeller Schoeller. - Florianópolis, SC, 2015.

212 p.

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

Inclui referências

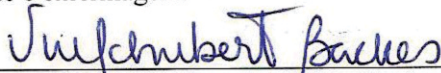
1. Enfermagem. 2. traumatismos da medula espinal. 3. atividades cotidianas, . 4. assistência domiciliar;. 5. avaliação da deficiência e reabilitação. I. Gelbcke , Francine Lima. II. Schoeller, Soraia Dorneles Schoeller. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

**GELSON AGUIAR DA SILVA**  
**INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DA PESSOA COM LESÃO**  
**MEDULAR: DO TRAUMA À PRIMEIRA INTERNAÇÃO**

Esta Tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

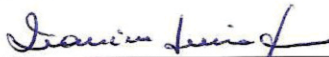
**DOUTOR EM ENFERMAGEM**

e aprovada em de 10 de julho de 2015, atentando 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.

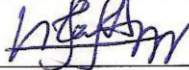


Profª Dra. Vânia Marli Schubert Backes  
Coordenadora do Programa

**Banca Examinadora:**



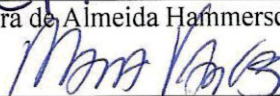
Profª Dra. Francine Lima Gelbcke – Presidente



Profª Dra. Fabiana Faleiros Santana Castro – Membro



Profª Dra. Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt – Membro



Profª Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas – Membro



Profª Dra. Flávia Regina Souza Ramos - Membro



Profª Dra. Laurete Medeiros Borges - Membro



## DEDICATÓRIA

A você **Evelise** (*in memoriam*), meu eterno amor! Embora não esteja fisicamente conosco, sei que estará sempre em nossas vidas. Obrigado por partilhar esse tempo que convivemos juntos! Te amamos!

Dedico aos meus filhos **Isabela de Paula Aguiar** e **Breno de Paula Aguiar** por terem compreendido mesmo nos momentos difíceis a importância do meu trabalho, apesar de todas as dores, dos percalços do caminho estamos superando nossa longa caminhada. Somos uma família! **Amo vocês!**





## AGRADECIMENTOS

A **Universidade Federal do Mato Grosso** – UFMT – Campus Sinop, onde dei meus primeiros passos na docência, meu muito obrigado!

A **Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS** – Chapecó, pela acolhida e pela certeza que aqui é o meu segundo lar.

A **Coordenação do curso de enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS** na pessoa da Prof.<sup>a</sup> Dra. Valéria Silvana Faganello Madureira e colegas do curso de enfermagem pela colaboração prestada ao longo do doutorado.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, na pessoa de sua Coordenadora, Prof.<sup>a</sup> Dra. **Vânia Marli Schubert Backes** e seus professores e colaboradores pela oportunidade e aprendizado durante o doutorado.

Ao **Governo do Estado de Santa Catarina**, através da Secretaria de Estado da Educação programa de bolsas do fundo de apoio à manutenção e ao desenvolvimento da educação superior – **FUMDES** pelo fomento como bolsista de pesquisa.

Aos membros do grupo de pesquisa **PRAXIS - Trabalho, Ética, Saúde e Enfermagem**, em especial à coordenadora do grupo Dra. **Flávia Regina de Souza Ramos**, por terem me recebido como parte dessa grande família.

A **Prof.<sup>a</sup>.Dra. Francine Lima Gelbcke orientadora**, que apesar dos **percalços no caminho**, sempre teve a paciência em me orientar, e que soube respeitar minhas limitações de tempo e formação. Obrigado por tudo!

A **Prof.<sup>a</sup>.Dra. Soraia Dorneles Schoeller** co-orientadora, pelas discussões e idéias durante meu aprendizado. Muito obrigado!

Aos membros da banca examinadora: Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt, Zuíla Maria de Figueirêdo Carvalho, Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, Maria Tereza Leopardi e Fabiana Faleiros, Flávia Regina de Souza agradeço pelas contribuições. Fiquei muito feliz e

lisonjeado com a presença de vocês por compartilharem seu conhecimento e contribuições à minha tese.

Aos amigos do doutorado, **Rafael, Cida, Juliana Zimmermann e Adriana Tholl**, agradeço o carinho e os momentos vividos, tenho certeza de que farão parte da minha vida para sempre.

### **Meus Agradecimentos Especiais**

Aos meus pais, **João Francisco** (*in memorian*) e **Francisca Aguiar** (*in memorian*), que partiram antes dessa conquista, o meu muito obrigado pela vida e ensinamentos, estarão eternamente no meu coração e na minha caminhada. Amo vocês!

Aos amigos do Estado do Ceará, em especial a Deyse, Juliana, Jean, Janaína, Linda, o incentivo de vocês e as energias positivas emanadas, me ajudaram muito. Muito obrigado! Em especial a Deyse por saber ouvir e entender meus desabafos.

As minhas amigas do Mato Grosso, Luciene e Suellen, grandes companheiras e parceiras de trabalho, de longos papos no final da tarde. Obrigado por tudo! Vocês sabem como foram especiais na minha vida.

Aos meus colegas e amigos da UFFS, Alex, Eleine, Débora, Leoni e Valéria. Em especial a Joice e Juliane pelas valiosas contribuições.

As minhas colegas Tatiana e Silvia, parceiras no componente curricular, pela compreensão e paciência que tiveram nas minhas ausências.

Aos meus filhos, Isabela de Paula Aguiar e Breno de Paula Aguiar, que mesmo sem a compreensão desse momento, apesar das cobranças pela minha ausência nas diversas viagens e idas a “Floripa”, vocês são a razão da minha vida! Amo vocês!

Aos meus irmãos: **Marlei, Nilton, Ailton, Flávio, Caio e Sibéle**, em **especial** a minha querida irmã “**BÔ**” pelo amor incondicional, pelas madrugadas atuando como minha ouvinte incansável, pelo incentivo diário nas muitas vezes que desanimava meu terno obrigado! Amo vocês!

Aos meus sogros: **Seu João e Dona. Alice**, minha cunhada **Lenise e Rosi** que apesar dos momentos difíceis sempre estiveram ao meu lado me incentivando. Meu muito obrigado!

A **Denise**, minha atual companheira com a qual pretendo iniciar um “novo livro”, outro capítulo das nossas vidas! Muito obrigado pela ajuda inestimável nesses momentos finais da tese.

Às pessoas com lesão medular, razão dessa pesquisa, sei dos momentos difíceis que passaram, mas mesmo assim, não desanimaram e seguiram em frente, vocês são um exemplo para mim! Muito obrigado!

A todos os amigos, que me esqueci de nominar, mas que me perdoarão por esse lapso de memória, pois tenho certeza de que sempre torceram por mim. Obrigado!



## **Deficiente é...**

Deficiente é aquele que não consegue modificar sua vida, aceitando as imposições de outras pessoas ou da sociedade em que vive, sem ter consciência de que é dono do seu destino.

Mario Quintana



DA SILVA, Gelson Aguiar. **Trata-se de um estudo envolvendo a independência funcional da pessoa com lesão medular a partir do primeiro atendimento.** 2015. 212p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2015.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>.Dra Francine Lima Gelbcke

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>.Dra. Soraia Dorneles Schoeller

Linha de pesquisa: Trabalho em Saúde e Enfermagem

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A presente tese de doutorado está inserida na linha de pesquisa Trabalho em Saúde e Enfermagem do Grupo PRAXIS – Trabalho, Ética, Saúde e Enfermagem. Trata-se de um estudo envolvendo a independência funcional da pessoa com lesão medular a partir do cuidado hospitalar. O traumatismo raquimedular é multifacetado, envolve fatores modificáveis de prevenção a esse agravo, sendo que o cuidado em saúde à pessoa com lesão medular deve ser prestado de forma integral visando à independência funcional, desde os primeiros momentos após o acidente, perpassando o hospital geral e posteriormente os serviços hospitalares especializados em reabilitação. O cuidado em saúde envolve todos os momentos do trauma raquimedular, considerando os primeiros atendimentos prestados pelos serviços móveis de saúde (SAMU e Corpo de Bombeiros), até a chegada ao hospital geral, onde se iniciam os cuidados hospitalares, no primeiro momento, primando pela manutenção à vida, e num segundo momento pela prevenção de complicações associadas à lesão medular. Esse cuidado sob a perspectiva da pessoa com a lesão precisa ser compreendido e discutido amplamente com a sociedade e precisamos enviar esforços para a melhoria na prestação do cuidado em saúde a essa população. Assim, foi definida como questão norteadora: O cuidado de saúde realizado no pós-trauma e na primeira internação à pessoa com lesão medular contribui para a aquisição de sua independência funcional? O objetivo central do estudo buscou compreender o alcance da independência funcional da pessoa com lesão medular em seu domicílio a partir do cuidado prestado no pós-trauma à primeira internação. Para atender a proposição da pesquisa, adotamos como referencial teórico a Escala de Medida de Independência

Funcional (MIF), a qual se utiliza de conceitos mundialmente reconhecidos, e avalia a independência funcional da pessoa com lesão medular, podendo ser empregada em diversas situações e contextos de saúde, tanto de pessoas internadas, quanto no ambiente domiciliar.

**METODOLOGIA:** O referencial metodológico utilizado foi de cunho qualitativo, do tipo exploratório e o cenário do estudo foi o domicílio, por meio de entrevistas semi-estruturadas. O critério de encerramento das entrevistas foi a saturação dos dados. Foram entrevistadas 10 pessoas com lesão medular. O período de realização da coleta de dados foi de setembro a dezembro de 2014 e para análise dos dados adotou-se a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Os resultados apontam que a lesão medular ocorre de maneira repentina na vida das pessoas e traz sequelas físicas e psicológicas para ela mesma, para a família e sociedade, pois afeta a qualidade de vida, causando limitações funcionais impostas pela lesão. A reabilitação é fundamental e deve ocorrer precocemente, auxiliando a qualidade de vida da pessoa, entretanto os primeiros cuidados são essenciais e determinam o prognóstico. A reabilitação é um processo longo e contínuo que envolve a pessoa, familiares e cuidadores, e depende também da motivação, pois devemos considerar que cada pessoa, embora tendo a mesma classificação da lesão medular, percebe e interage de maneira diferente, necessitando ser reabilitada por uma equipe multiprofissional, de acordo com as suas metas. As orientações do cuidado em saúde no ambiente hospitalar e o processo de reabilitação mostram a importância desses cuidados no dia a dia quando do retorno ao domicílio e de como esses cuidados aprendidos ao longo do período de internação podem auxiliar na aquisição da independência funcional no domicílio, considerando o uso de tecnologias assistivas, bem como, a realidade de cada pessoa.

**CONCLUSÃO:** o cuidado de saúde realizado no pós-trauma e na primeira internação à pessoa com lesão medular contribui para a aquisição de sua independência funcional. No entanto, esse cuidado deve ser iniciado o mais precocemente possível, já que o atendimento eficaz e de qualidade prestado por profissionais de saúde capacitados e conscientes pode ser um fator crucial na aquisição da independência funcional. Ressalta-se, ainda, a necessidade de a sociedade estar atenta no atendimento à pessoa com lesão medular, visando ao alcance de suas necessidades, sendo para tanto importante que políticas públicas sejam efetivamente implementadas.

**Palavras-Chave:** traumatismos da medula espinal; reabilitação; assistência domiciliar; atividades cotidianas, avaliação da deficiência.



DA SILVA, Gelson Aguiar. **A study based on functional interdependence of patients presenting spinal cord injury after the first assistance.** 2015. **212p.** Thesis (Doctorate in Nursing). Federal University of Santa Catarina, Pos-Doctoral Program of Nursing, Florianópolis, 2015.

Supervisor: Dr. Francine Lima Gelbcke  
Co-supervisor: Dr. Soraia Dorneles Schoeller  
Research line: Work in Health and Nursing

## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** This thesis is inserted in the research line named Work in Health and Nursing of the PRAXIS Group – Work, Ethics, Health and Nursing. The study involves the functional independence of the person with spinal cord injury on the sight of the hospitalar care. The spinal cord injury is a multi faceted condition and for its prevention, it has modifiable factors. Therefore, the patient need a comprehensive health care, focused on the functional independence, since the first moments after the accident until the hospitalar rehabilitation services. The health care covers all the steps of the spinal cord injury, considering the first aid primary care (Transport Care Service of Urgency and Fire Department) until the arrival in the general hospital, where it begins the hospitalar care, aiming the maintainance of life, and then the prevention of associated complications. The care needs to be discussed, so that the society can give a return, looking for the improvement on the health care of this population. Thus, a guiding question was defined: Does the primary care in the pos-trauma context and the care in the first hospitalization give assistance to the person with spinal cord injury, contributing to your functional independence? The main aim of this study is to comprehend the achievement of the functional independence of the person with spinal cord injury at home, considering the primary and the hospitalar. To understand the proposal of the research, we adopted, as a referential theoretical, the Functional Independence Measurement Scale (MIF), which uses worldwide recognized concepts and rates the functional independence of the person with spinal cord injury, and can be used in multiple contexts of health care, with people that are staying at home or at the hospital. **METHODS:** It is a qualitative

exploratory research, done in the patient's residence, through the realization of semi-structured interviews. The criterion for the closure of the interviews was the saturation data. Ten (10) people with spinal cord injury were interviewed. The data collection was done between September and December of 2014 and was adopted the Content Analysis proposed by Bardin for the data analysis.

**RESULTS AND DISCUSSION:** The results shows that the spinal cord injury occurs as an unexpected manner on people's lives and brings physical and psychological sequelae for the person, family and society, as it affects the life quality, impacting in functional limitation imposed by the injury. The rehabilitation is primordial and must occur early, as it will help the person's life quality. However, the first care in the spinal cord injury is the most important and it determines the prognosis. The rehabilitation on the achievement of the functional independence is a long and continuous process, which involves the patient, relatives and caregivers, and also depends on the person's motivation, as each individual has a different perception and interacts with the condition in a distinct way. Thus, it is important to the person in this condition to be rehabilitated by a multidisciplinary team according to the patient's goals. The orientation of health care in the hospitalar environment and the rehabilitation process shows the importance of the day-to-daycare on the patient's return to home and how the learning process helps on the achievement of the functional independence at the residence, considering the use of assistive technologies as well as the people life reality.

**CONCLUSION:** The health care that is done in the pos-trauma context and in the first hospitalization of the person with a spinal cord injury contributes for the achievement of the functional independence. However, the care of the patient needs to be started as soon as possible, because the effectiveness and quality of care from capable health professionals can be a crucial factor in the achievement of the functional independence. Also, it is important to highlight that the society needs to realize the importance of the health care to patients with this condition, aiming the achievement of the patient's needs. Thus, it is important that public policies are effectively implemented.

**Key-words:** spinal cord injury; rehabilitation; home nursing; activities of daily living; disability evaluation

DA SILVA, Gelson Aguiar **Se trata de un estudio envolviendo la independencia funcional de la persona con lesión medular desde la primera visita.** 2015. 212p. Tesis (Doctorado en Enfermería). Universidad Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação en Enfermería, Florianópolis, 2015.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>.Dra Francine Lima Gelbcke  
Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>.Dra. Soraia Dorneles Schoeller  
Línea de investigación: Trabajo en Salud y Enfermería.

## **RESUMEN**

**TRODUCCIÓN:** La presente tesis de doctorado está inserida en la línea de investigación Trabajo en Salud y Enfermería del Grupo PRAXIS – Trabajo, Ética, Salud y Enfermería. Se trata de un estudio envolviendo la independencia funcional de la persona con lesión medular a partir del cuidado hospitalar. El traumatismo raquímedular es multifacético, envolviendo factores modificables de prevención a ese agravo, siendo que el cuidado con la salud de la persona con lesión medular debe ser prestado de manera integral visando a la independencia funcional, desde los primeros momentos después del accidente, pasando por el hospital general y posteriormente a los servicios hospitalares especializados en rehabilitación. El cuidado en la salud involucra todos los momentos del trauma raquímedular, considerando los primeros atendimientos prestados por los servicios móviles de salud (SAMU y Cuerpo de Bomberos), hasta la llegada al hospital general, donde se inicia los cuidados hospitalares, en el primer momento primando por la manutención de la vida, y en un segundo momento por la prevención de complicaciones asociadas a la lesión medular. Ese cuidado ante la perspectiva de la persona con la lesión necesita ser comprendido y discutido ampliamente y la sociedad necesita dar un retorno que logre la mejoría en la prestación del cuidado en salud a esa población. Así, fue definida como cuestión norteadora: ¿Los profesionales de salud en el ambiente hospitalar prestan el cuidado a la persona con lesión medular contribuyendo para la independencia

funcional en el domicilio? El objetivo central del estudio buscó comprender el alcance de la independencia funcional de la persona con lesión medular en su domicilio a partir del cuidado prestado a nivel hospitalar. Para atender la proposición de la investigación, adoptamos como referencial teórico la Escala de Medida de Independencia Funcional (MIF), la cual se utiliza de conceptos mundialmente reconocidos, y evalúa la independencia funcional de la persona con lesión medular, pudiendo ser empleada en diversas situaciones y contextos de salud y, tanto de personas en el hospital, cuanto en el ambiente domiciliario.

**METODOLOGÍA:** El referencial metodológico se utilizó de la investigación cualitativa del tipo exploratorio, el escenario del estudio fue el domicilio, a través de la realización de entrevistas semi-estructuradas, en la cual fue estipulado un número mínimo de entrevistados y el criterio de encerramiento de las entrevistas fue la saturación de los datos, que ocurrió cuando se atingió el número de 10 personas con lesión medular. El período de la realización de la coleta de datos fue de septiembre a diciembre de 2014 y para análisis de los datos se adoptó la técnica de Análisis del Contenido propuesta por Bardin.

**RESULTADOS Y DISCUSIÓN:** Los resultados indican que la lesión de la médula espinal se produce de forma repentina en la vida de las personas y trae consecuencias físicas y psicológicas para ella, la familia y la sociedad, ya que afecta la calidad de vida, provocando limitaciones funcionales impuestas por la lesión. La rehabilitación es importante y debe ocurrir temprano, ayudando a la calidad de vida de la persona, a pesar de la atención primaria son esenciales y determinar el pronóstico. La rehabilitación es un proceso largo y continuo que involucra a la persona, la familia y los cuidadores, y también depende de la motivación, porque creemos que cada persona, a pesar de tener la misma clasificación de las lesiones de la médula espinal, percibe e interactúa de manera diferente y necesita ser rehabilitado por un equipo multidisciplinario, de acuerdo con sus objetivos. Las directrices de atención médica en el hospital y el proceso de rehabilitación muestran la importancia de dicha atención en la vida cotidiana cuando el regreso a casa y como tal cuidado aprendido a lo largo de la estancia en el hospital pueden ayudar en la adquisición de independencia funcional en el hogar, teniendo en cuenta el uso de tecnologías de asistencia, así como la realidad de cada persona..

**CONCLUSIÓN:** El cuidado de salud realizado en el postrauma y en la primera internación a la persona con lesión medular contribuye para la adquisición de su independencia funcional, sin embargo, ese cuidado debe de ser comenzado lo más precozmente posible, una vez que el atendimento eficaz y de calidad

prestados por profesionales de salud capacitados y conscientes puede ser un factor crucial en la adquisición de independencia funcional. Se resalta aún, la necesidad de la sociedad poner atención en el atendimento a la persona con lesión medular, con vistas al alcance de sus necesidades, siendo para tanto importante que políticas públicas sean efectivamente implementadas.

**Palabras-Clave:** traumatismo de la medula espinal; rehabilitación; Atención Domiciliaria de Salud; actividades cotidianas.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**AIS** - Asia Impairment Scale

**ASIA** - American Spinal Injury Association

**AVDs** - Atividades de Vida Diária

**CIDID** - Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens

**CIF** - Classificação Internacional de Funcionalidade

**FAF** - ferimentos por arma de fogo

**LILACS** - Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

**MEDLINE** - Literatura Internacional em Ciência da Saúde

**MIF** - Escala de Medida de Independência Funcional

**NSCIC** - National Spinal Cord Injury Statistical Center

**OPAS** - Organização Pan-Americana da Saúde

**OMS** - Organização Mundial da Saúde

**PEN/UFSC** - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina

**PIB** - Produto Interno Bruto

**SciELO** - Scientific Electronic Library Online

**TRM** - Traumatismo raquimedular

**UFMA** – Universidade Federal do Maranhão





## **LISTA DE QUADROS**

**Quadro 1. Categoria e Subcategorias do Estudo - O INÍCIO DA INCAPACIDADE FUNCIONAL: o acidente..... 105**

**Quadro 2. Categoria e Subcategorias do Estudo - A REABILITAÇÃO NA AQUISIÇÃO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL: o renascimento ..... 137**



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	19
<b>2 Objetivo</b> .....	41
2.1 Objetivo Geral .....	41
2.2 Declaração de Tese .....	41
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	43
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	61
<b>5 METODOLOGIA</b> .....	87
5.1 Tipo de estudo .....	87
5.2 Cenário do estudo .....	87
5.3 Participantes do estudo .....	88
5.4 Coleta de Dados .....	89
5.5 Análise dos Dados .....	91
5.6 Aspectos Éticos .....	93
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	78
<b>MANUSCRITO 1: UM ACIDENTE NO MEU CAMINHO: o cuidado hospitalar como “motriz” para a independência funcional</b> .....	79
<b>MANUSCRITO 2: A REABILITAÇÃO DA PESSOA COM LESÃO MEDULAR: aprender a viver de novo</b> .....	104
<b>MANUSCRITO 3: CUIDADO EM SAÚDE NO AMBIENTE HOSPITALAR E A REABILITAÇÃO DA PESSOA COM LESÃO MEDULAR: retomada nas atividades de vida diária</b> .	120
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	139
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	189
<b>APÊNDICES</b> .....	205
<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	205
<b>APÊNDICE B - CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA PÓS-INFORMAÇÃO</b> .....	136
<b>APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA</b> .....	209



## INTRODUÇÃO

A lesão medular é uma condição complexa e multifatorial, que abarca alterações físico-funcionais, relacionadas à pessoa que sofreu uma lesão, além de questões econômicas e familiares. Para tanto, necessita de redes sociais de apoio, principalmente da família. Por isso é preciso conhecer a história de vida de cada sujeito, seu contexto social e cultural. Além disso, também é essencial conhecer quem realiza a assistência, saber como se dá o cuidado de saúde à essa população, contribuindo, desta forma, para uma assistência de melhor qualidade.

Minha primeira experiência como enfermeiro deu-se numa renomada Instituição de Reabilitação, conhecida e respeitada por seus serviços de saúde não só no Brasil, mas também no exterior, intitulada Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, a qual atende gratuitamente pessoas com deficiência de diversas partes do Brasil, na área de doenças do aparelho locomotor. A partir desse momento iniciei intenso aprendizado sobre todas as patologias atendidas na instituição, principalmente acerca da lesão medular, a partir da experiência que tive realizando a assistência de enfermagem a estas pessoas em várias unidades da Rede Sarah (Brasília, Fortaleza, Belo Horizonte e novamente na unidade de Fortaleza - CE).

Durante esse aprendizado como enfermeiro reabilitador, com 17 anos de assistência direta a essas pessoas com lesão medular, sempre me angustiou o cuidado de saúde desenvolvido pelos profissionais que participavam do processo de reabilitação. Nesse momento, inúmeros são os questionamentos que me instigam no aprofundamento do tema. Algumas destas questões são: como o cuidado realizado pela equipe de

saúde auxilia a pessoa com lesão medular a adquirir sua independência físico-funcional? Nossos cuidados de saúde, nossas práticas reabilitadoras, realmente são necessárias e condizentes com a realidade/necessidade desta população? Ou esse cuidado ocorre de uma forma mecânica, não individualizada, não integral? Será que as pessoas são tratadas igualmente, sendo respeitado seu potencial para a reabilitação? Esse cuidado de saúde atende às expectativas de cada paciente?

O número de pessoas com alguma deficiência vem aumentando nos últimos anos, tornando-se grave problema para a sociedade devido ao aumento da expectativa de vida com as doenças crônicas degenerativas, o aumento da violência e principalmente o crescente índice de acidentes de trânsito, fato esse que é traduzido no aumento do número de casos de lesões traumáticas, entre elas as lesões raquimedulares (SCHOELLER et al.2011; CHAN e ZOELLICK, 2012). Essa situação faz com que esses sujeitos, antes considerados saudáveis e produtivos, passem a compor a população de pessoas com algum tipo de deficiência, tornem-se pessoas com paraplegia ou tetraplegia, elevando as estatísticas de pessoas que, de alguma forma passarão a depender da família e da sociedade, pois necessitarão da ajuda do Estado, através do sistema de saúde pública ou de algum tipo de benefício social (ALBUQUERQUE, FREITAS e BASTOS, 2009).

Dados epidemiológicos mundiais revelam que existem aproximadamente 40 pessoas/milhão/ano que passam a fazer partes das estatísticas de pessoas com lesão medular; no Brasil, embora existam dados em alguns estados e também em algumas cidades isoladas, de maneira geral,não existem dados epidemiológicos que contemplem o

país como um todo e que sejam fidedignos e confiáveis (ARES, CRISTANTE, 2007; NATIONAL SPINEL CORD INJURY ASSOCIATION, 2010).

De acordo com recente estudo publicado por Bjornshave et al (2015), a incidência anual de traumatismo raquimedular na Dinamarca manteve-se baixa; 10,2/milhão/ano, mantendo estabilidade entre o período de 1992 a 2012, quando comparadas aos períodos anteriores.. Entretanto as lesões relacionadas ao transporte caíram quando comparadas as por quedas de altura; devido às lesões por queda terem aumentado entre os idosos. Porém, houve tendência de aumento crescente das lesões completas e o aumento da faixa etária. A diminuição das lesões por acidentes de transportes pode ter ocorrido devido a carros mais seguros, mudança de limites de velocidade nas estradas e no projeto das mesmas.

Já outro estudo realizado em Botswana mostrou que a incidência anual de trauma raquimedular foi de 13 pessoas por milhão de habitantes, com predomínio do sexo masculino (71% de homens e 29% mulheres) e a maioria das lesões medulares foram decorrentes dos acidentes de trânsito (LOFVENMARK et al, 2015).

De acordo com Brito (2011), em estudo realizado no hospital universitário da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) com 87 pacientes vítimas de traumatismo raquimedular (TRM), houve predomínio do sexo masculino (81,6%) e faixa etária de 21 a 30 anos de idade (39,1%) e a principal etiologia foi quedas, seguido pelos acidentes de trânsito. Ainda segundo o mesmo autor a incidência do trauma raquimedular em nível mundial é estimada entre nove e 50 casos/milhão de habitantes, sendo mais prevalente em áreas urbanas, devido à

violência urbana desenfreada, aos acidentes de trânsito, entre outras causas importantes.

A lesão medular traumática deve ser tratada como um problema de saúde pública, pois afeta pessoas jovens em sua fase mais ativa economicamente, ocasionando sérios transtornos não só para o indivíduo, família e principalmente para a sociedade que precisa atender essa demanda, criando centros de atendimentos ao trauma, centros de reabilitação, onerando de forma significativa esse atendimento e também pelo tempo de internação, que na maioria das vezes é longo e de alto custo (ASSIS e FARO, 2011, SILVA, et al.2012). Vários estudos realizados no Brasil mostram que a maioria da população vítima de trauma raquimedular é de adultos jovens, do sexo masculino e que a etiologia mais comum do trauma são os acidentes automobilísticos (CUSTÓDIO et al, 2009; BRITO et al, 2011; ROCHA,MAIA e BRASILEIRO, 2012; **PEREIRA, GOMES e RODRIGUES;2015**).

Estudo retrospectivo realizado em Porto – Portugal, com 93 pacientes vítimas de trauma raquimedular admitidos no Serviço de Fisiatria do Hospital Geral de Santo mostrou que 87% dos pacientes eram do sexo masculino, com idade média de 40 anos e que os acidentes de trânsito e as quedas da própria altura foram a causa mais freqüente da lesão medular, aonde a maioria dos traumatismos foi no nível cervical e torácico (42% e 45%), respectivamente (ANDRADE e GONÇALVES, 2007).

De acordo com Schoeller et al (2012) quando se observa a lesão medular sob o prisma do gênero, verifica-se predominância do gênero masculino sobre o feminino, pois as vítimas de lesões medulares, na sua maioria são homens, o que demonstra uma maior exposição desse



segmento da população aos acidentes e às violências, que são as principais causas de lesões medulares no Brasil. Os homens apresentam comportamentos mais agressivos e arriscados do que as mulheres principalmente no trânsito e em outras situações de risco a que são expostos.

Em nosso país, embora não haja dados específicos da incidência de lesão medular, o Sistema Único de Saúde (SUS), registrou, em 2004, 15.700 internações hospitalares, com 505 óbitos decorrentes de fratura da coluna (TARICCO *et al*, 2008). Segundo dados do Ministério da Saúde (2012) foram realizados no último ano, 972.847 internações hospitalares por causas externas, com gasto pelo SUS de R\$ 1 bilhão de reais para custear este atendimento. Este contingente de pessoas com lesão medular demanda cuidados, não só de enfermagem; mas cuidados de saúde em geral, que devem ser fornecidos por uma equipe multidisciplinar, de forma eficiente e eficaz.

Alem disso, estas pessoas quase sempre se tornam dependentes de alguma forma, o que afeta seu convívio social e sua qualidade de vida. Após a lesão medular, esse sujeito necessitará de cuidados físicos, psicológicos, e para isso seu aprendizado deverá ser iniciado logo após lesão medular, o que facilitará o processo de reabilitação. Também necessitará de cuidados de saúde ao longo de sua vida, considerando que esse indivíduo pode ser acometido por inúmeras complicações e necessitará adquirir sua independência funcional, o que o levará a ter uma maior autonomia para prescindir de cuidados básicos prestados por profissionais de saúde, familiares ou cuidadores. (ASSIS, FARO, 2011).

A lesão medular causa alterações na dinâmica corporal do indivíduo e transformações abruptas, não só para a pessoa, como

também para a sua família. Isto os leva a adotar outro estilo de vida para se adequar à nova situação, a depender do grau de comprometimento neurológico. São várias as alterações decorrentes da lesão medular: eliminação vesical e intestinal, pele e tecidos moles, estruturas articulares, expressão da sexualidade, requisições nutricionais, além das interferências na vida profissional e, conseqüentemente, na produtividade econômica do indivíduo. A lesão medular é caracterizada por alterações da motricidade, sensibilidade superficial e profunda e distúrbios neurovegetativos dos segmentos do corpo localizados abaixo da lesão (GREVE, CASALIS e BARROS, 2001).

Com os avanços ocorridos nas últimas décadas na área médica e em outras áreas, esses sujeitos passaram a ter aumento de sobrevida, pois o tratamento evoluiu de forma considerável, principalmente devido ao combate às causas básicas que levavam esses sujeitos à morte, tais como complicações decorrentes das infecções urinárias e pulmonares. A evolução no tratamento surgiu devido aos avanços tecnológicos na medicina e à criação de centros especializados de reabilitação, onde essas complicações são tratadas e essas pessoas recebem acompanhamento para minimizá-las através do diagnóstico precoce e da prevenção, objetivando o seu retorno à sociedade o mais rapidamente possível, com qualidade (KIRSHBLUM, 2004).

Diniz et al. (2012) destacam que há correlação direta entre as complicações decorrentes da lesão medular e o comprometimento da qualidade de vida das pessoas, mostrando com isso a necessidade vital de cuidados que por toda a vida.

Corroboramos com Machado e Scramin (2010) quando citam que um dos maiores desafios atuais para a enfermagem passa

inevitavelmente pela construção de conhecimentos para consubstanciar a prática do cuidado de pessoas com deficiência, entre as quais se destacam aquelas com lesões neurológicas medulares, pela complexidade da patologia, pelo alto grau de dependência no desempenho para as atividades de vida diária (AVDs) e principalmente as relacionadas ao autocuidado.

A partir disso torna-se vital o suporte neste momento particular da vida da pessoa, com o objetivo de ajudar a manter a sua disposição para gerir e enfrentar os novos desafios que se impõem, preparando-se deste modo para uma nova etapa de organização dos recursos disponíveis para fazer face à sua nova realidade. É nesta fase que a ajuda dos profissionais de saúde se torna fundamental na procura de conhecimento acerca do regime terapêutico e de comportamentos de adesão ao mesmo, através do controle de riscos e sintomas e ainda conseguindo a sua participação nos cuidados de saúde (AMARAL, 2009).

Estudo realizado por Diniz et al. (2012), com 32 sujeitos vítimas de lesão medular, com o objetivo de avaliar o perfil epidemiológico determinado por acidentes de trânsito, mostrou que seis (18%) vítimas apresentaram perda total da independência funcional, tornando-se dependentes de terceiros.

A reabilitação pode auxiliar nesse cuidado, mas para que aconteça, independente da fase em que se encontra a pessoa com lesão medular, é imprescindível a atuação da equipe multidisciplinar no processo do cuidar em saúde. É também fundamental que o sujeito da reabilitação, queira participar desse processo, de forma consciente e aberto a novos aprendizados. O enfermeiro tem papel primordial no

cuidado de saúde a essas pessoas, pois presta assistência de enfermagem de forma contínua e a sua avaliação em relação à reabilitação é fundamental. Ele participa ativamente desse processo prestando cuidados de enfermagem que ajudam a diminuir ou amenizar complicações, estabelecendo propostas de tratamento com o objetivo de ajudar na aquisição da independência funcional e nas atividades de vida diária.

Embora a lesão medular tenha sido pesquisada em vários aspectos (ARAUJO JUNIOR et al 2011; BRITO et al, 2011; PEREIRA e JESUS, 2011; SILVA et al. 2012), principalmente sob o ponto de vista da patologia e da epidemiologia, ainda existem lacunas nas pesquisas no que se refere ao cuidado em saúde sob o prisma das pessoas com lesão medular e, também, não há pesquisas que relacionem se os cuidados de saúde interferem na independência funcional dessa população.

Muitos estudos envidaram esforços para avaliar a capacidade funcional das pessoas com lesão medular, bem como o uso de medicamentos apropriados, de acordo com a fase da lesão medula; para o tratamento e prevenção de complicações dela decorrentes, prognósticos, cuidados integrais, reabilitação, nível de independência funcional, entre outros; mas ainda se percebe uma lacuna na literatura quando se trata de analisar o alcance da independência funcional da pessoa com lesão medular em seu domicílio a partir do cuidado recebido no hospital. Entende-se que o estudo proposto possa servir de subsídio para fortalecer ações que visem à independência funcional dessas pessoas (MACHADO e SCRAMIN, 2010).

O cuidar é uma atividade que vai muito além do atendimento às necessidades básicas de cada ser humano no momento de fragilidade. Cuidar é atitude que envolve também autocuidado, autoestima, autovalorização. Existem diferentes formas de perceber esse indivíduo de maneira singular e única. Devemos respeitar sua capacidade de reabilitação, pois se deve ter em mente que o objetivo principal é o de prestar o cuidado de forma integral e, para isso, é fundamental a participação do sujeito e de seus familiares/cuidadores na aquisição da independência funcional (SILVA, COSTA-SANTOS, 2010).

Para que o cuidado em saúde se efetive, os enfermeiros necessitam prestar os cuidados às pessoas com lesão medular considerando suas particularidades, tais como as limitações físicas e condições de acessibilidade aos serviços de saúde, levando também em consideração a pessoa e a família em que está inserida (COURA et al.,2013).

É preciso criar novas maneiras de pensar o cuidado, de modo que esse se torne um cuidado compartilhado entre os diversos profissionais de saúde, de maneira que todos se sintam responsáveis pela prestação do cuidado integral a essas pessoas e seus familiares. Já as instituições que atendem essa clientela devem encontrar maneiras de qualificar os profissionais de saúde para que prestem uma assistência adequada, visando ao cuidado com qualidade. (ALBUQUERQUE, FREITAS e BASTOS, 2009).

O cuidado ocorre através da preservação da condição de saúde das pessoas e está intimamente relacionado à concepção ampla de vida, que envolve a ética e a percepção da vida de forma integral, como uma condição valiosa, considerando a saúde como parte da pessoa. O

cuidado pode ser amplamente empregado em várias maneiras de cuidar, pode incorporar diversos significados, a depender do contexto em que é empregado, pois depende da cultura na qual essa pessoa esta inserida, do local onde prestamos esse cuidado e pode ser visto apenas como uma forma de solidariedade. Necessita de completa interação entre cidadãos, daquele que presta e daquele que recebe o cuidado. Tem sido comum, porém significa que transmita uma noção de obrigação, dever e compromisso social, quando não há interação entre o sujeito cuidado e o cuidador. O cuidado significa desprendimento, auto-doação, dedicação e não ocorre de maneira isolada e sim dentro de um contexto social onde esse indivíduo está inserido (BOFF, 2004; SOUZA et al 2005).

Cuidar implica literalmente “colocar-se no lugar do outro”, geralmente em situações diversas, quer na dimensão pessoal, quer na social, pois somente assim, podemos pensar e sentir o que o outro sente, para percebermos seus sentimentos, suas angústias, tristezas e necessidades de cuidado e dessa forma atentar para a prestação de um cuidado que valorize essa pessoa e a sua própria vida, respeitando suas escolhas e decisões e melhorando a qualidade do cuidado prestado (SCHOELLER, LEOPARDI e RAMOS 2012).

Mas esse cuidado em saúde à pessoa com lesão medular necessita ser realizado desde o momento do trauma até a sua reabilitação para que a pessoa consiga tornar-se independente. Para Neri (2001) a independência funcional é definida como a capacidade de realizar alguma atividade por conta própria, sem ensejar auxílio de ninguém. Essas atividades estão intimamente ligadas à mobilidade física, mas para que isso realmente aconteça, a pessoa precisa estar com sua condição motora e cognitiva necessária para realizar as atividades de vida diária.

Concordamos com o autor que o cuidado em saúde que vise à independência funcional necessita ser realizado no momento do primeiro atendimento à pessoa com lesão medular, ainda no atendimento pré-hospitalar e posteriormente com a chegada da pessoa nas emergências hospitalares . E esse cuidado deve ser ensinado ao longo de toda a internação contemplando os aspectos individuais, proporcionando um cuidado de qualidade para que a alta hospitalar torne-se menos angustiante devido às incertezas no domicílio.

Diante do explanado e entendendo que esse cuidado sob a perspectiva da pessoa precisa ser melhor compreendido e que a sociedade precisa dar retorno no que tange à melhoria na prestação do cuidado em saúde a essa população, surge a questão norteadora desta proposta de pesquisa: O cuidado de saúde realizado no pós-trauma e na primeira internação à pessoa com lesão medular contribui para a aquisição de sua independência funcional?





## **2 Objetivo**

### **2.1 Objetivo Geral:**

Compreender o alcance da independência funcional da pessoa com lesão medular em seu domicílio a partir do cuidado prestado do pós-trauma à primeira internação.

### **2.2 Declaração de Tese:**

O cuidado de saúde realizado do pós-trauma à primeira internação da pessoa com lesão medular contribui para a aquisição de sua independência funcional no ambiente domiciliar.



### 3 REVISÃO DA LITERATURA

Nesta pesquisa utilizamos a técnica de revisão narrativa que, de acordo com Rother (2007) é utilizada para “publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual.

Para conhecermos o “estado da arte” foi realizado a busca de artigos na base de dados *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, *Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)* e *Literatura Internacional em Ciência da Saúde (MEDLINE)* utilizando os descritores: medula espinhal; traumatismos da medula espinhal; reabilitação e assistência à saúde

Entende-se por traumatismo raquimedular (TRM) lesão de qualquer causa externa na coluna vertebral, incluindo ou não a medula ou raízes nervosas, em qualquer dos seus segmentos. O TRM por ser de instalação abrupta e inesperada, com potencial para causar sequelas, como paraplegia e tetraplegia. Por incidir preferencialmente em indivíduos no auge de sua produtividade, enquadra-se como um grande problema em saúde pública mundial (BRITO et al., 2011).

A fisiopatologia do traumatismo raquimedular é altamente complexa; embora as pesquisas tenham avançado, se desconhecem todos os eventos desencadeadores e sua cronologia e, com isso, é difícil identificar potenciais intervenções para melhoria do prognóstico neurológico. O manejo inicial do TRM começa no mesmo local do trauma e é projetado para otimizar as condições respiratórias e

hemodinâmicas da pessoa e prevenir complicações (BALLESTEROS PLAZA, 2012).

No decorrer de sua evolução, o paciente com lesão medular passa por fases clínicas e emocionais distintas, cada uma com sua particularidade. O quadro clínico inicial é denominado de *choque medular*, caracterizado por paralisia flácida e anestesia abaixo do nível da lesão, abolição dos reflexos vesical, intestinal e genital, com duração média de três semanas. Nesta fase, não é possível definir prognóstico de evolução da lesão, pois este quadro não define fielmente a intensidade da lesão anatômica. O término da fase de choque medular é caracterizado pelo retorno dos reflexos medulares (cutâneo-anal e/ou bulbo cavernoso), exceto nas epidemiológicos TRM, com lesões de cone medular e cauda equina, nas quais a flacidez persiste, devido à interrupção dos arcos reflexos medulares (MACHADO, 2008)

O TRM é uma importante causa de morbidade e mortalidade na população mundial. O desenvolvimento de protocolos nacionais que tornem obrigatório o registro desses dados é fundamental para a compreensão da epidemiologia e a prevenção deste problema de saúde que gera elevados custos para o país e que acomete, em sua maioria, jovens e adultos em idade produtiva (PEREIRA, 2011).

As pessoas com lesão medular apresentam riscos para o desenvolvimento de complicações ao longo de toda sua vida, pois não podem ser tratadas apenas em um aspecto, de forma separada, já que a lesão medular envolve outros aspectos, além do físico. As complicações podem surgir durante toda a vida do sujeito, sendo as principais: infecções pulmonares, infecções do trato urinário, as úlceras de pressão, a espasticidade e a ossificação heterotópica.

Estas podem aparecer de forma repentina, fazendo com que esse sujeito necessite em alguns casos de internação hospitalar, com isso criando uma demanda nos serviços de saúde e também gerando gastos financeiros para o sistema de saúde (BRUNI et al.; 2004).

A lesão da medula espinhal apresenta diversas formas de manifestações clínicas, entre elas as incapacidades físicas, que às vezes são permanentes, devido à insuficiência parcial ou total do funcionamento da medula espinhal, decorrente de lesão que afeta a sua integridade anatômica. Essas manifestações também provocam mudanças corporais, fazendo com que esse indivíduo se perceba de outra forma na sociedade. Entre as limitações funcionais podemos destacar a realização de cuidados básicos de autocuidado concernentes ao estado de deficiência, o que provoca reações sociais e psicológicas diversas na personalidade da pessoa comprometida pela lesão medular, pois sua independência torna-se prejudicada, pela dependência de outro para a realização de seus cuidados básicos especialmente no início do tratamento (BORGES et al 2012).

Apesar dos avanços no tratamento da lesão medular, em razão do aumento de episódios associados à violência urbana, como os acidentes de trânsito, que em muitas regiões são a principal causa de lesão medular, e das agressões por arma de fogo, um expressivo número de cidadãos e suas famílias são afetados em todo o mundo pelo sofrimento e pelas limitações provocadas pela lesão medular, principalmente a de origem traumática que ocorre de maneira brusca e repentina e quase sempre de forma violenta (FERREIRA e ARAUJO; 2005, ALBUQUERQUE, FREITAS e JORGE, 2009).

De acordo com o *National Spinal Cord Injury Statistical Center* (2010) nos Estados Unidos, estima-se a ocorrência de 12 mil novos casos de lesão medular ao ano. Apesar de termos algumas estatísticas sobre lesão medular no Brasil, essas são insuficientes quando se trata de dados sobre as deficiências físicas e sequelas produzidas por esses agravos no contexto nacional, principalmente nos centros urbanos das capitais, pois não dispomos de um sistema nacional eficiente e eficaz (LIMA et al, 2009).

Nos EUA, nos últimos 15 anos, têm aumentado a participação de tetraplegias incompletas, e conseqüentemente, diminuído a das paraplegias e tetraplegias completas. Naquele país, em 2005, as tetraplegias incompletas representavam 39,5%, vindo em segundo lugar as lesões classificadas como paraplegias completas com 22,1%, as paraplegias incompletas com 21,7% e, em último a tetraplegia completa com 16,3% (*National Spinal Injury Estatistical Center*; 2011). Talvez essa diminuição da gravidade da lesão medular possa ser explicada pelo atendimento imediato de qualidade e pela rede hospitalar de apoio no momento do traumatismo raquimedular.

Conforme relatado por Derret et al (2012), a incidência de lesão medular traumática na Nova Zelândia é de 30 casos/milhão, abaixo da média da incidência mundial, sendo a maioria de adultos jovens (16-44 anos), do sexo masculino e com lesão classificada como completa (AIS A) com comprometimento neurológico, ocasionando uma deficiência permanente, na maioria dos casos, tornando-se oneroso para a sociedade e também para os indivíduos e a família.

Em um estudo de Coorte realizado por Middleton et al. (2012), com 2014 pessoas vítimas de lesão medular traumática no período de

1995 a 2006 em Sidney, na Austrália, estimou-se uma taxa de mortalidade para tetraplégicos de 8,4% e para paraplégicos de 4,1%, sendo que essas taxas ocorreram dentro dos primeiros 12 meses após a lesão. Após o primeiro ano de lesão os índices gerais de sobrevivência foram de 47% e 62% para pessoas com tetraplegia e paraplegia, respectivamente, sendo que o aumento da taxa de mortalidade foi em indivíduos com tetraplegia. Relatam ainda que a sobrevivência está fortemente ligada com a extensão do comprometimento neurológicos de acordo com a classificação da *American Spinal Injury Association Impairment Scale (ASIA)*.

Em outro estudo, do tipo retrospectivo, realizado na Índia, foi constatado que em 1.138 casos de lesão medular traumática, a grande maioria atingiu homens (63,18%) sendo que 66,67% apresentavam paraplegia e 71,18% apresentavam lesões completas. A maioria dessas lesões ocorreu por acidentes automobilísticos e quedas e houve também um predomínio de uma faixa etária jovem (CHHABRA e ARORA, 2012).

Em se tratando da faixa etária, outro estudo realizado por Chang et al (2012), avaliando a qualidade de vida de 341 indivíduos com lesão medular traumática, através da aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade - CIF, verificou que a maioria eram adultos jovens, com idade variando entre 18 e 60 anos.

Embora os dados epidemiológicos relativos à ocorrência de lesão medular no Brasil sejam considerados insatisfatórios, em estudo realizado com 60 pacientes vítimas de lesão medular na cidade de São Paulo mostra que a maioria são pessoas do sexo masculino (86,7%), relativamente jovens, com média de idade igual a 32,9 anos, que

sofreram prejuízo significativo em sua qualidade de vida; com baixo nível de escolaridade, cujas vidas foram interrompidas pela violência, como ferimentos por arma de fogo-FAF (63,3%) seguido por acidentes automobilístico 20% (FERREIRA et al , 2009; SILVA et al, 2012; SILVA ; 2015).

Estudo realizado por Pereira e Jesus (2011) com avaliação epidemiológica de 120 casos de traumatismo raquimedular, por análise dos prontuários, realizada num hospital público de Sergipe, mostrou que a maioria é jovem, do sexo masculino e com faixa etária predominante de 21 a 40 anos. Houve uma grande prevalência de acidentes automobilísticos, seguidos por FAF. Ao acometer pessoas jovens e economicamente ativas, o TRM acaba interrompendo a atividade profissional desse indivíduo, modificando o seu cotidiano e gerando um alto custo para a sociedade.

De acordo com Bernardi (2014), que estudou a epidemiologia do trauma raquimedular, permanece a tendência de predomínio de uma população jovem e do sexo masculino, com lesões cervicais predominantes. Ressalta-se que muitos traumas são decorrentes de acidentes de moto e quedas, os quais podem diminuir com medidas de segurança no trânsito, alterando positivamente esse perfil.

Corroborando com esses achados, Araújo Júnior et al. (2011), em levantamento realizado com 54 pacientes vítimas de traumatismo raquimedular por ferimento de arma de fogo (FAF) identificaram que dos 54 pacientes, 49 eram do sexo masculino (90,7%) e cinco do sexo feminino (9,3%). A idade média foi de 27,18 anos, variando entre 15 a 55 anos. No mesmo sentido, estudo de avaliação epidemiológica em pacientes vítimas de traumatismo raquimedular realizado por Brito et al.



(2011), com 87 pacientes, mostrou como resultado que 81,6% (71) dos pacientes eram do sexo masculino, tendo 39,1% (34) entre 21 e 30 anos de idade.

Recente estudo realizado por Vasconcelos e Riberto (2010), no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, com 190 pacientes vítimas de traumatismo raquimedular, mostrou que as lesões ocorreram predominantemente nos indivíduos jovens do sexo masculino. Estas, acometeram o nível vertebral cervical e causaram lesão medular em 27% dos indivíduos, principalmente lesões completas, classificadas de acordo com a *American Spinel Injuri Association* (2002) – ASIA em (*Asia Impairment Scale – AIS*)- A: 7,7%), sendo que a principal etiologia do trauma foram os acidentes de trânsito com carros e motos (52%).

Já estudo realizado num Centro de Reabilitação no nordeste do Brasil através da avaliação de 282 prontuários de vítimas de lesão medular traumática mostrou que do total da amostra, 96 (42,1%) pacientes tinham, na época do trauma, idade entre 20 a 31 anos, seguidos de 63 (27,6%), com idade entre 31 a 42 anos. A idade média foi de 32,6 anos; quanto ao gênero houve predominância de 193 (84,6%) pessoas do sexo masculino. Em relação à etiologia da lesão em 114 pessoas (50%) foi devido a ferimento por arma de fogo (FAF), seguido por 67 devido à acidente de trânsito (29,38%). Outras agressões não apresentaram frequência significativa (SILVA et al.2012).

Nos últimos 10 anos, a Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação (2012) atendeu milhares de pessoas com sequelas de lesão medular traumática. Em 37,2%, a causa foi acidente de trânsito, em 28,7%

agressão com arma de fogo, em 16,8 % quedas, em 8,9 % o mergulho em águas e 8,5% outras causas.

Coura et al. (2012) concluíram que as pessoas com lesão medular, residentes na zona urbana, na maioria são homens jovens, com baixa renda e baixa escolaridade. Informações mais detalhadas sobre as principais etiologias devem ser continuamente analisadas para que se possam gerar intervenções preventivas de acordo com a necessidade de cada região e/ou país, para a compreensão da epidemiologia e, conseqüentemente, a prevenção deste problema (PEREIRA, 2011).

Um dos aspectos que agrava ainda o contexto da urbanização/globalização é a violência praticada pela utilização de armas de fogo e branca. Pereira (2011) sugere medidas de controle na utilização de armas, bem como a adoção de medidas efetivas, que abordem a natureza dos problemas sociais que geram tais violências, podendo reduzir os índices elevados de traumatismo raquimedular em nossa sociedade.

O trauma raquimedular causa inúmeras alterações além das físicas, devido às sequelas, que na maioria das vezes são irreversíveis, e o indivíduo também tem afetado sua auto-estima e a forma como se percebe diante da sociedade, comprometendo com isso seu estado emocional e psicológico, relacionado à sua percepção, pois se vê numa relação de dependência em relação ao outro que o auxilia nas suas atividades de vida diária (FECHIO et. al., 2009). Tais sequelas prejudicam, de forma significativa, a capacidade das pessoas desempenharem algumas atividades em seu dia a dia, principalmente aquelas que exigem muito das funções musculoesqueléticas como transferir-se, deambular e subir escadas (COURA et al; 2012).

Em estudo realizado por Jovanovic et al (2012) com objetivo de avaliar a qualidade de vida de 99 sujeitos com lesão medular traumática foi constatado que o funcionamento físico e fisiológico foram afetados em diferentes graus nas patologias neurológicas estudados, embora todos os grupos apresentaram níveis similares de funcionamento e bem estar em domínios sociais e ambientais.

Em casos de traumatismo raquimedular, é consenso na literatura que devemos considerar que a reabilitação tenha início já no momento do acidente, pois requer nova aprendizagem por parte do paciente e da família diante de uma vida completamente diferente. A partir daí o maior desafio é a prevenção das complicações ou de incapacidades secundárias que, se contornadas, melhoram gradativamente o potencial funcional desses sujeitos (SCHOELLER et al.,2012).

Estudo conduzido por Derakhshanrad et al. (2015), mostrou que programas de reabilitação ambulatoriais podem promover um ganho funcional satisfatório, pois mostram-se eficazes e ajudam na redução de custos quando relacionados aos programas de reabilitação que requerem o regime de internação 24 horas, desde que tenham o envolvimento da equipe multidisciplinar. Esses programas de reabilitação desenvolvidos ambulatorialmente auxiliam na complementação da independência funcional, pois possibilitam o treino de atividades que podem ser desenvolvidas sem a necessidade de uma internação mais prolongada.

Embora tenham ocorrido avanços nas políticas públicas de atenção à pessoa com deficiência, ainda há a necessidade de que essas sejam constantemente aprimoradas pelas organizações governamentais. Outra questão importante a ser implementada é a fiscalização dessas políticas, a qual pode ser realizada pela sociedade e pelas organizações

profissionais. Cabe destacar que essas políticas visam minimizar as diferenças sociais, o preconceito e a discriminação, com intuito de envolver a pessoa ao convívio social e laborativo, sentindo-se incluídas e assumindo sua autonomia, na qual a condição de pessoa com lesão medular, não impeça de assumir seu papel social (COSTA et al. 2010).

Cabe ressaltar que ainda existem limitações de acessibilidade e carência de recursos adaptativos, os quais prejudicam a locomoção da pessoa com lesão medular limitando e reforçando a incapacidade de exercer seu pleno direito de ir e vir (CONCEIÇÃO, 2010).

Os cuidados em saúde prestados à pessoa com lesão medular são fundamentais para evitar ou minimizar deformidades articulares, osteopenia, fraturas secundárias e trombose venosa profunda, incidência de infecções e outras complicações pulmonares, assim como os cuidados com a pele evitam o desenvolvimento de úlceras por pressão. Cuidados adequados com as vias urinárias (uma das principais causas de óbito em pessoas com lesão medular no passado) e com o intestino evitam complicações graves. Todas estas medidas podem reduzir a morbidade e a mortalidade, além de melhorar a qualidade de vida da pessoa com lesão medular (REDE SARAH, 2012).

A emancipação em relação à independência, não só física mas emocional da pessoa com lesão medular pode gerar ganhos incalculáveis ao indivíduo à família e à sociedade, pois se esse assume o papel que lhe é imputado na sociedade, faz com que encontre possibilidades de reconhecer seus potenciais para, posteriormente, participar de forma ativa e autônoma na sociedade. Além disto, propicia a transformação da própria sociedade, pois possibilita e viabiliza que essas pessoas sejam vistas, de acordo com suas limitações, mas,

sobretudo com seus valores e potenciais diante dessa comunidade, dando uma oportunidade à própria comunidade de enxergar essa pessoa de outra maneira, como uma pessoa inserida integralmente nesse espaço social coletivo. (FECHIO et. al., 2009).

Diante de pessoas angustiadas por essa repentina alteração de sua vida, por tantas mudanças, é de fundamental importância a orientação e o acompanhamento das pessoas, que deve acontecer desde uma fase precoce de pós-trauma, o que facilita uma adaptação satisfatória às atividades diárias. Também é imperioso e necessário que o conhecimento sobre essa patologia seja repassado a familiares e cuidadores, pois é fundamental trabalhar o conhecimento sobre as relações entre paciente e cuidadores (AZEVEDO E SANTOS, 2006).

Na visão de Ferreira e Araújo (2005), é possível pensar que um programa de reabilitação influencia o modo de enfrentamento dos participantes, podendo mobilizar os sujeitos a buscar estratégias que viabilizem uma melhor adaptação à situação da lesão medular. A clareza das informações e o repasse consistente das orientações possibilitarão uma reorganização da vida não somente do portador da lesão medular, mas também dos integrantes da rede sócio-familiar na qual ele se encontra, contribuindo, desta maneira, para a melhoria da qualidade de vida de todos os implicados.

Portanto, diante desses estudos podemos considerar que não existe tratamento eficaz que resolva a patologia após a lesão medular e sim que a reabilitação de forma mais precoce possível é umas das maneiras de evitar complicações associadas ao TRM e também de acordo com o potencial de reabilitação da pessoa, fornecendo meios de torná-la o mais independente possível para as atividades de vida diária,

melhorando com isso sua qualidade de vida e sua reinserção social. De acordo com Vall et al. (2006), as pessoas com lesão medular traumática possuem grandes comprometimentos de sua qualidade de vida, em todos os aspectos, principalmente no que se refere aos “aspectos sociais”, pois esse sujeito fica, na maioria das vezes, isolado dos amigos, do seu grupo de trabalho, da sua roda de convívio social, pela própria limitação física imposta pela lesão medular, o que compromete sua interação social.

Cada pessoa é um ser com uma história de vida e com características próprias que podem determinar de forma decisiva que as capacidades funcionais e psicossociais sejam preservadas para serem trabalhadas na sua reabilitação. Através da reabilitação, pessoas com incapacidades serão capacitadas para mobilizar recursos, decidir o que desejam e o que são capazes de ser, que metas querem alcançar através de seus esforços e seguir seus caminhos previstos. O programa de tratamento deve ser específico para cada paciente, levando em consideração não apenas o nível da lesão, mas o paciente como um todo, já que cada um apresenta características, necessidades e anseios próprios (VALL, 2011).

Por tratar-se de uma condição que se instala de maneira inesperada na vida das pessoas, além de vir acompanhada de limitações físicas e funcionais também causam respostas emocionais quase sempre inesperadas e por isso é importante para o sucesso do tratamento e um envolvimento empático na relação enfermeiro-sujeito para que o enfermeiro possa realizar um suporte emocional adequado e eficiente. O bem-estar a ser atingido depende também do apoio emocional que o paciente recebe, pois esse não deve ser tratado como um “doente”. Essa pessoa necessita ser visto de uma forma holística, como um “todo” e não

em “partes”, tem necessidades particulares. De modo especial, o enfermeiro pode auxiliar no sentido de conduzir essa pessoa a uma nova visão de vida, a uma vida com outras oportunidades, podendo auxiliar na busca de um novo sentido pela vida (AMARAL, 2009).

A forma de conduzir “sua nova vida” após a lesão medular foi observada por Barone e Waters (2012), quando estudou sobre o enfrentamento e adaptação de adultos com lesão medular, observando que a adaptação biopsicossocial após a lesão medular constitui um desafio com várias faces, não só para o indivíduo, mas também para sua família e profissionais da saúde e que lidar de maneira adequada com essa condição propicia uma melhora na qualidade de vida e reduz as complicações decorrentes da lesão medular.

De acordo com estudo de revisão bibliográfica realizado por LEMA-HENAO e PARRA-PÉREZ (2010) constatou-se que algumas variáveis, tais como idade de ocorrência da lesão, tempo de lesão, sexo, presença de complicações, gravidade da lesão influenciam o estado da deficiência após a lesão medular e que esses são pontos importantes a serem considerados na avaliação e na condução de programas de reabilitação para essa população, pois além das abordagens tradicionais novas propostas terapêuticas devem pensar o sujeito como um todo, contemplando aspectos biopsicossociais para que esse sujeito possa ser incluído na sociedade com o maior grau de independência e de autonomia possível.

A pessoa com lesão medular passa a conviver com a deficiência física de uma maneira repentina, devido à natureza do evento etiológico e também pelo fato desse agravo se instalar de uma forma inesperada, abrupta, fazendo com que essa pessoa passe a conviver com a

deficiência a partir da lesão medular traumática. A própria terminologia adotada pela OMS, não considera a deficiência “como algo natural do indivíduo”, pois suas causas (lesão medular traumática) são todas passíveis de prevenção, não podendo negar os processos de evolução e de interação com o ambiente que essas pessoas estão expostas (violência urbana, acidentes de trânsito, entre outras). Essa deficiência física “adquirida”, advinda do evento lesão medular, causa mudanças na vidas das pessoas com lesão medular, mudanças não somente da ordem física, mas também emocional, devido à relação de independência para dependência que passam a conviver diariamente nessa nova etapa de vida.

O traumatismo raquimedular prejudica a independência funcional das pessoas, dependendo do nível de lesão acometida e também das complicações decorrentes dessa alteração e o atendimento prestado pela equipe multiprofissional de reabilitação auxiliam a aquisição da independência funcional e a convivência com a lesão de maneira mais independente (BRUNOZI, 2014). Essas pessoas, desde o início da lesão medular necessitam das tecnologias assistivas. De acordo com o Comitê de Ajudas Técnicas (2007):

“Tecnologia assistiva é uma área do conhecimento, de característica interdisciplinar, que engloba produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivam promover a funcionalidade, relacionada à atividade e participação de pessoas com deficiência, incapacidades ou mobilidade reduzida, visando sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social”.

A lesão medular traz em sua etiologia a necessidade do emprego de tecnologias assistivas em diversos momentos da lesão medular,



iniciando na fase pré-hospitalar, no atendimento prestado pelo SAMU ou pelos bombeiros, sendo esses produtos empregados na assistência em saúde à vítima, tais como o uso de colar cervical, tábua rígida, equipamentos para promover a ventilação adequada, uso de soroterapias, entre outros.

As tecnologias assistivas são recursos que podem auxiliar na independência funcional e também o acesso às mesmas deve ser garantido nas políticas públicas. Esta política passou a ser discutida desde a Constituição Federal de 1988, que determina que a assistência pública e o cuidado às pessoas com deficiências estejam assegurados como direito nas três esferas do governo (federal, estadual e municipal). Desde então essa política vem sendo discutida e regulamentada através de instrumentos legais, como identificado em algumas leis, portarias e decretos, como Lei nº8.213/91, Portaria nº116/91 e 146/96 do Ministério da Saúde e Decreto nº3298/99 e 7.612/11 do Governo Federal as quais visam assegurar esses direitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Entre essas políticas, que incluem além da acessibilidade, trabalho, acesso aos serviços de saúde e outros benefícios previstos em lei, a Constituição Federal deixa claro em seu artigo 203, que independente da contribuição à seguridade social, a assistência financeira será prestada a todas as pessoas com deficiência que dela necessitam, tendo como objetivo promover a reabilitação e estabelecer a sua integração à vida social. O Estado deverá arcar com o benefício de um salário mínimo, desde que suas famílias comprovem não terem meios de arcar com as despesas mensais.

No que tange à inclusão das pessoas com deficiência no mercado de trabalho a Lei nº 8.213/91 garante, através de seu artigo 93, o estabelecimento de cotas dentro das empresas para as pessoas com deficiência. Esses mecanismos de inserção no mercado de trabalho são de responsabilidade do governo federal e das empresas.

Outras políticas públicas tais como o tratamento fora do domicílio (TDF) que permitem a pessoa realizar sua reabilitação em centros especializados quando esses não existirem na sua cidade, proporcionando passagem e alimentação a pessoa e seu familiar e o acesso a medicamentos de alto custo e medicações de uso rotineiro, bem como também de materiais que necessitam ser empregados para manter sua condição de saúde adequada, tais como medicações injetáveis, sondas de nelaton, entre outros são conquistas amparadas por lei.

Políticas de inclusão ao retorno ao trabalho têm sido implementadas ao longo dos últimos anos, bem como a facilidade para a aquisição de carros adaptados para o deslocamento não só em serviço, mas para uso pessoal da pessoa com deficiência.

Apesar de existir um número significativo de políticas públicas que visam assegurar a igualdade de direitos às pessoas com deficiência, ainda há carência de ações efetivas. Os avanços são percebidos em muitos contextos, porém faz-se necessário ainda legislação complementar, para que alguns desses direitos sejam efetivamente assegurados. Ressaltam ainda que o poder público passou a dar uma maior visibilidade a essas pessoas, através de mecanismos que garantam seus direitos proporcionando sua inserção na sociedade (BARBOSA, SCOTT e SMEHA, 2013).

Cabe ressaltar que “vivenciar a deficiência é essencial para a compreensão desta no contexto social e seu impacto para a satisfação com a vida”, considerando a inclusão social. Mas para que essa inclusão social ocorra é necessária a convivência social das pessoas com os deficientes para possam avaliar sua satisfação e sua qualidade de vida e com isso contribuir para elaboração de novas políticas públicas que atendam essas pessoas (BERNARDES e ARAÚJO,p.2445, 2012).

Entretanto, para que a pessoa com lesão medular tenha um cuidado integral desde o seu acidente até o seu retorno ao domicílio, é necessário que os profissionais de saúde estejam atentos para as necessidades individuais desde a orientação da patologia, dos cuidados em saúde, das alterações advindas da lesão tanto de ordem física como psicológicas na busca da melhoria da qualidade de vida e sua reinserção no meio social. Esse cuidado deve ser estendido para a família e cuidador. Segundo Mancussi (1988, p.71) “cabe ao profissional de saúde manter um canal de comunicação com a pessoa, com a família, para que elas possam expressar suas dúvidas, medos e preocupações”.

Nesse sentido o enfermeiro de reabilitação exerce uma face importante desse processo, não só como responsável por implementar os cuidados integrais, mas também, na maioria das vezes, é o profissional encarregado pelo planejamento do processo de reabilitação junto a pessoa, familiares e demais profissionais da saúde (LEITE e FARO, 2005).

Esses cuidados são percebidos pela pessoa com lesão medular como algo positivo, pois o apoio prestado pela equipe multiprofissional/interprofissional é visto como uma medida facilitadora no processo de reabilitação, na tomada de decisões, e com

isso há melhora do aproveitamento dos programas de reabilitação (QUEIROZ e ARAÚJO, 2009).

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

Para dar sustentação ao estudo, foi utilizada como referencial teórico a Escala de Medida de Independência Funcional, haja vista que esta é uma escala aceita mundialmente por sua validade e confiabilidade, podendo ser utilizada para avaliar a independência funcional de pessoas em diversas situações e contextos de saúde, de pessoas internadas pelas mais diversas condições de saúde no ambiente domiciliar, para avaliar a qualidade de vida desses sujeitos (RICCI et al., 2006; COSTA, 2011).

Para Machado e Scramin (2010), capacidade funcional ou independência funcional é um conceito amplo que abrange a capacidade de executar tarefas físicas, preservação das atividades mentais e uma situação adequada de integração social. Para Neri (2001), a independência funcional é definida como “ a capacidade de realizar algo com os próprios meios. Está ligada à mobilidade e à capacidade funcional, nas quais o indivíduo não requer ajuda para a realização das atividades de vida diária, ou seja, a independência supõe condições motoras e cognitivas satisfatórias para o desempenho destas tarefas” .

Em estudo com a escala de MIF aplicadas em 47 pessoas com lesão medular, mostrou-se como uma ferramenta capaz de medir os ganhos funcionais em pessoas submetidas a programa de reabilitação (DANTAS et.al.; 2012).

Já Ventura (1996) salienta que, para que a pessoa com lesão medular tenha boas condições de vida, são fundamentais a manutenção da autonomia e a independência. Diogo (1997) concorda também

quando diz que a independência é compreendida como a “capacidade de realizar as atividades da vida diária sem depender de terceiros”.

Para Katz *et al* (1963) e Nery (2001), a capacidade funcional é definida como grau de preservação do indivíduo na capacidade de realizar atividades básicas de vida diária, como banhar-se, vestir-se, fazer a higiene e transferências, preservar-se continente e alimentar-se e, também, desenvolver atividades instrumentais de vida diária, como cozinhar, arrumar a casa, telefonar, lavar roupa, ir às compras, cuidar das finanças domésticas e tomar remédios.

Corroborando com esse conceito, Toledo e Diogo (2003) assinalam que a independência na realização das tarefas de vida diária é de grande importância na vida das pessoas, pois envolve questões de natureza emocional, física e social. Independentemente da faixa etária, a dependência pode alterar a dinâmica familiar, os papéis desenvolvidos pelos seus membros, interferindo nas relações e no bem-estar da pessoa dependente e de seus componentes familiares.

Para avaliar a independência funcional foram criadas várias escalas para medir a capacidade dos lesados medulares, dentre as quais podemos mencionar a de *Perfil pulses*, o Índice Katz de Independência em Atividades de Vida Diária, o Índice de Barthel e a *Functional Independence Measure* (FIM), em português Medida de Independência Funcional (MIF).

Nos últimos anos, a MIF tem sido empregada em vários estudos no Brasil mostrando a importância e a aplicabilidade desta escala nas mais diversas patologias, com o objetivo de avaliar a independência funcional dos sujeitos, principalmente de pessoas vítimas

de traumatismo raquimedular (RABEH, CALIRI, 2010; SILVEIRA *et al.* 2011)

De acordo com Melo e Souza (2005) relatam também que a utilização da Escala MIF é eficaz para várias populações e que não avalia só pessoas com deficiência física adquirida na idade adulta e que tiveram perdas funcionais. Para Riberto *et al* (2005) assinalam que a avaliação funcional permite o acompanhamento da evolução do paciente em seu processo de reabilitação, contribuindo para o refinamento das intervenções terapêuticas e a verificação de ganhos até que se estabeleça uma redução da velocidade de aquisição de melhorias.

A aquisição da independência funcional através de atividades físicas, principalmente através dos meios aquáticos, como a natação são efetivas na melhora da condição física e traz benefícios motores sobre as habilidades funcionais do paciente comprovados através da aplicação da escala MIF. (CAMARGO,ORTIZ e NUNES, 2010).

Para Silva *et al.* (2013) o traumatismo raquimedular traz repercussões não só nos aspectos físico-funcionais, mas também nas relações sociais e influenciam na qualidade de vida das pessoas e demonstram a importância das atividades físicas na promoção de melhoria da independência funcional e da qualidade de vida.

A avaliação funcional é realizada por meio da aplicação do MIF, adaptada e validada, que mensura a capacidade funcional e independência, estimando-se o grau de dificuldade ou limitações atribuídas a cada paciente. É aplicada por um enfermeiro, previamente treinado com um curso básico de 60 horas. A aplicação acontece em dois momentos: na admissão, tão logo após a internação ou até 72 horas após e por ocasião da alta-hospitalar, geralmente 72 horas antes da saída

do paciente. Esta conduta segue o que é preconizado desde 1984 (há mais de 20 anos) pela *Uniform Data System for Medical Rehabilitation* (1984).

A Escala MIF foi desenvolvida na década de 1980, por uma equipe dos EEUU organizada pela Academia Americana de Medicina Física e Reabilitação e pelo Congresso Americano de Medicina de Reabilitação, com o objetivo de criar um instrumento capaz de medir o grau de independência dos pacientes portadores de deficiência para realização de tarefas motoras e cognitivas, tendo sido validada em 1986.

A tradução e a validação da MIF foram realizadas no Brasil por parte de Riberto *et al.* (2001), com base na versão original do manual em inglês e da versão em língua portuguesa realizada em Portugal, e seguiu a orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS). Segundo os mesmos autores, o processo contou com tradutor e pessoal médico bilíngue, familiarizados com a natureza do estudo, tendo sido enfatizada a tradução conceitual e não a estritamente literária. Foi realizada a versão do instrumento em português de volta ao inglês, mas não foram encontrados conflitos de interpretação, pois o processo inicial de tradução já incluiu o acerto de termos que pudessem ser fontes de confusão. A equivalência cultural, segundo o estudo, foi realizada com 25 profissionais de saúde ligados a centros de reabilitação de vários estados brasileiros, capacitados para sua aplicação por treinamento formal.

Avaliar a capacidade funcional das pessoas com lesão medular permite ao integrante da equipe interdisciplinar uma visão mais precisa quanto ao grau de independência de cada pessoa com lesão medular. Entende-se como avaliação funcional, a designação dada para uma



função específica, a capacidade de fazer autocuidado e atender suas necessidades básicas diárias, ou seja, a realização das atividades de vida diária (AVD).

A escala de sete níveis representa as diferenças mais importantes em comportamento independente e dependente. Reflete a carga de volume de cuidado em termos de tempo/energia requeridos para atingir e manter sua independência. A MIF mede aquilo que a pessoa está realizando exatamente à época da avaliação.

Na compreensão de Riberto (2001), Kawasaki e Cruz (2004) a Escala de Medida de Independência Funcional (MIF) é um instrumento multidimensional que avalia o desempenho do indivíduo em 18 atividades distribuídas em dois grandes domínios: o motor e o cognitivo/social. No domínio motor, a ênfase é dada no autocuidado, no controle de esfíncter, na transferência e locomoção, englobando 13 atividades. O domínio cognitivo/social compreende as funções da comunicação e cognição social, contendo cinco atividades.

Segundo o Sistema Uniforme de Informações para Reabilitação Médica (UDS), a escala é composta por seis grupos de atividades e 18 subgrupos, e avalia a capacidade da pessoa em cuidados com o corpo (comer, aprontar-se, banhar-se, vestir parte superior do corpo, vestir parte inferior do corpo e fazer toalete); controle de esfíncter (controle da bexiga e do intestino); transferência (cama, cadeira, cadeira de rodas, vaso sanitário, banheira ou chuveiro); locomoção (marcha, cadeira de rodas, subir e descer um lance de degraus); comunicação (nível de compreensão e expressão) e integração social (interação social, resolução de problemas e memória).

Esses itens têm pontuação mínima de um e máxima de sete. Para o conjunto dos itens, a pontuação pode ir de 18 a 126. Para cada item é registrado o nível que melhor corresponde à situação da pessoa. Optamos pelo registro da pontuação mais inferior obtida durante a avaliação, visto que corresponde ao que a pessoa faz efetivamente, porque significa que este não domina a função ou está demasiado cansada ou sem motivação para praticá-la.

Em detalhe, são descritos a seguir os níveis de função e sua pontuação:

Independente - não necessita ajuda de alguém para desenvolver a atividade. Pode ser:

Independência completa (sete) - todas as tarefas descritas são realizadas com segurança, sem alterações, sem ajuda e em tempo razoável; e

Independência modificada (seis) - quando há uma ou mais de uma destas ocorrências; como uso de algum dispositivo auxiliar de ajuda, tempo acima do razoável ou risco de segurança.

Dependente- quando é preciso ajuda de uma pessoa na supervisão ou assistência física para o paciente executar a tarefa ou quando a tarefa não é executada. A dependência pode ser moderada ou completa. No caso da dependência moderada, o paciente executa 50% ou mais do trabalho e os níveis de assistência requerida são:

Supervisão ou preparação (cinco) - quando a pessoa necessita apenas de alguém ao lado, incentivando ou sugerindo. Não há contato físico, mas pode haver necessidade de preparação dos materiais necessários para a realização da atividade;

Assistência com o contato mínimo (quatro) - quando é preciso apenas tocar a pessoa em auxílio para a realização das tarefas, ou quando o paciente faz 75% ou mais do trabalho; e

Assistência moderada (três) - quando é preciso mais do que apenas tocar ou quando a pessoa executa de 50 a 75% do trabalho.

No caso da dependência completa, a pessoa faz menos de 50% do trabalho. É necessária assistência máxima ou total, caso contrário, a atividade não é executada. Os níveis de assistência necessários são:

Assistência máxima (dois) - quando é preciso tocar a pessoa, realizando grande esforço de auxílio e o paciente colabora com menos de 50% do esforço, mas faz pelo menos 25%;

Assistência total (um) – a pessoa faz menos de 25% do trabalho.

Os 18 subgrupos são descritos a seguir:

1) Cuidados com o corpo

a) Comer - descrito como usar os instrumentos apropriados para levar a comida à boca, mastigar e engolir, logo que a refeição seja apresentada da forma usual, numa mesa ou tabuleiro.

b) Aprontar-se - inclui higiene bucal, arranjo do cabelo, lavagem do rosto e das mãos, barbear-se ou maquiar-se.

c) Banho - descrito como lavar o corpo do pescoço para baixo (excluindo as costas) na banheira, na ducha ou na cama (com esponja).

d) Vestir parte superior do corpo - compreende vestir-se ou despir-se acima, da cintura bem como colocar e remover próteses ou órteses.

e) Vestir parte inferior do corpo - significa vestir-se da cintura para baixo, assim como colocar e remover próteses ou órteses, quando necessário.

f) Toalete - envolve a manutenção da higiene perineal, assim como retirar e ajustar a roupa antes e depois de usar o toalete ou comadre/papagaio.

## 2) Controle dos esfíncteres

a) Controle da bexiga - descrito como controle completo do ato de urinar e uso do equipamento ou agentes necessários para o controle da urina.

b) Controle do intestino - incluindo o controle intencional completo do movimento intestinal e o uso de equipamentos e agentes necessários ao controle do intestino.

## 3) Transferências

a) Transferir-se (cama, cadeira, cadeira de rodas) - envolve todos os aspectos da transferência de e para a cama, cadeira e cadeira de rodas, assim como ficar em pé se a marcha for o modo de locomoção habitual da pessoa.

b) Transferir-se (vaso sanitário) - sentar-se e levantar-se do vaso sanitário.

c) Transferir-se (banheira ou chuveiro) - avaliamos se o paciente consegue entrar e sair de uma banheira ou de um boxe.

## 4) Locomoção

a) Locomover-se (marcha/cadeira de rodas) - andar (estando em pé) ou usar cadeira de rodas (estando sentada) numa superfície plana. Se a pessoa usa dois modos de locomoção com a mesma frequência, indicamos, na avaliação, ambos.

b) Escada - é avaliado se o paciente consegue subir e descer um lance de escada (dois a 14 degraus) em casa ou no hospital.

### 5) Comunicação

a) Compreensão - significa entender uma comunicação sonora ou visual (por exemplo, escrita, signo e gestos). Avalia-se e confere-se o modo mais frequente de compreensão (auditiva e visual).

b) Expressão - avalia-se se o paciente consegue exprimir linguagem com clareza por via oral ou não; abrange a fala inteligível ou a expressão clara da linguagem através da escrita ou de um dispositivo de comunicação. Verifica-se o modo de expressão mais habitual.

### 6) Integração Social

a) Interação social - verifica-se que a pessoa consegue relacionar-se e participar com outros em situações sociais e terapêuticas, referindo-se à capacidade da pessoa em lidar com suas próprias necessidades em conjunto com as necessidades dos outros.

b) Resolução de problemas - é avaliado se a pessoa consegue resolver problemas da vida diária, tomar decisões razoáveis, seguras e em tempo sobre assuntos financeiros, sociais e pessoais, iniciar atividades, obedecendo a uma sequência e aplicando-se correções para solucionar os problemas.

c) Memória - é avaliada a capacidade da pessoa de reconhecer e lembrar-se, enquanto desenvolve atividades cotidianas num contexto institucional ou comunitário; inclui a capacidade de guardar e recuperar a informação, em particular a informação verbal e visual. A evidência funcional da memória inclui o reconhecimento de pessoas com quem se encontra com frequência, a memorização das rotinas e a execução de tarefas; sem que alguém as recorde. Um déficit de memória prejudica a aprendizagem bem como o desempenho das tarefas.

As escalas de independência funcional têm sido usadas constantemente para avaliar o potencial e o grau da reabilitação, verificando índices que atestem a “qualidade da reabilitação” e conduzam esse processo da melhor maneira possível, com a interação do sujeito com a equipe multiprofissional (COURA et al .,2012).

Para Pinheiro (2008) o cuidado em saúde “é uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como o ‘direito de ser[...]é ter cuidado com as diferenças dos sujeitos – respeitando as relações de etnia, gênero e raça – que são portadores não somente de deficiências ou patologias, mas de necessidades específicas”.

Complementam esse conceito Magalhães, Batista e Pereira (2014) quando falam que o cuidado em saúde à pessoa com lesão medular necessita envolver a pessoa de forma integral, preservando seu estado bio-psico-social. Entender a pessoa com lesão medular como um ser integral significa perceber todas as alterações que ocorrem após a lesão medular, dentre elas podemos destacar alteração da sexualidade; sua redescoberta envolve a atuação da equipe de enfermagem orientando a pessoa com lesão medular, bem como o envolvimento dos familiares na redescoberta da sexualidade.

Também para Ferraz et al. (2014) o cuidado em enfermagem prestado por uma equipe preparada para o atendimento às necessidades das pessoas com lesão medular auxiliam na prevenção de complicações, entre elas as complicações com a pele e o uso de protetores cutâneos são fundamentais nesse cuidado de enfermagem.

Embora o cuidado em saúde tenha como meta a busca da independência funcional do sujeito com lesão medular, na literatura não

foi encontrado nenhum estudo que verificasse a influência da realização desse cuidado na aquisição da independência funcional, pois a maioria dos estudos tem focado o aspecto biológico, tecnicista da lesão medular e não a preocupação em ensinar o cuidado, desde o cuidado realizado nas unidades de pronto atendimento e UTI, que pense esse sujeito, como um sujeito independente no futuro, que preconize que sua reabilitação se inicie nesse momento (COELHO e BERALDO, 2009; STUART, et al. 2011).

O cuidado em saúde deve começar no momento da lesão medular, com orientações à pessoa vítima do trauma, à família, aos amigos, à sociedade e rede social de apoio, para que entendam o que é a lesão medular e quais suas implicações para sua vida diária. Para Fekete (2014) o cuidado em saúde é um conceito que agrega diversos elementos dentre os quais podemos destacar a questão da acessibilidade, eficácia, eficiência e oportunidade.

Os estudos demonstram que esse cuidado em saúde, embora seja prestado de forma integral, tende a ser um cuidado fragmentado, realizado por diversos profissionais de saúde e não de forma a pensar a pessoa em processo de reabilitação como um todo, como um “ser único” e individualizado. A classificação da CIF tem uma visão mais ampla desse sujeito, que passa a conviver com deficiência físico-funcional e permite avaliar o sujeito mediante suas possibilidades de reabilitação (ALVARES et al., 2010; REDE SARAH, 2012).

Na literatura não foi encontrado nenhum estudo que verificasse a influência do cuidado em saúde, na reabilitação funcional da pessoa com lesão medular.

A classificação adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para avaliar a dependência das pessoas, evoluiu de acordo com a concepção sobre deficiência e conforme a área de saúde foi interagindo com as outras áreas do conhecimento. A classificação denominada *International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps (ICIDH)*, traduzida em Português como Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), traz termos avançados em relação a épocas anteriores. Essa classificação foi lançada em 1976, em Assembléia Geral da Organização Mundial da Saúde em caráter experimental, e publicada somente em 1980, devido às incertezas quanto à criação de suas categorias, sendo realizada com base na trilogia *impairment* (deficiência), *disability* (incapacidade) e *handicap* (desvantagem) (WHO, 2007).

Após intenso debate social ocorrido desde a primeira classificação, quase duas décadas depois, no final de 1997, surge uma nova classificação (revisão ICIDH2) com base em outra trilogia: deficiência, atividade e participação.

Essa nova abordagem não excluiu o conceito de deficiência, que permanece o mesmo, mas traz novos elementos para a discussão, o de “*atividade*” que se refere à execução propriamente dita de uma atividade do indivíduo e não a sua aptidão em realizá-la; o de “*participação*” que compreende a interação entre a pessoa e o ambiente onde essa pessoa vive.

No início do novo milênio, já em 2001, é lançada uma terceira classificação pela OMS, agora intitulada *International Classification of Functioning, disability and Health (ICF)*, em português, Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), Incapacidade ou Restrição e



Saúde. Essa nova classificação descreve a vida dos indivíduos de acordo com sua saúde, mas abarca questões de ordem social que envolvem o aspecto da saúde e também trabalha com a adoção de medidas judiciais trazendo à tona a discussão da acessibilidade como um direito individual e coletivo dessa população, permeado pela discussão do acesso ao tratamento e à reabilitação. Refere-se ao termo funcionamento como uma questão positiva, pois relaciona as funções e as estruturas do corpo com as atividades e a participação dos indivíduos. Essas atividades são todas aquelas que esse sujeito possa desempenhar mediante sua condição, atividades de lazer, atividades laborativas, sociais e econômicas, sempre tendo em foco o acesso promovido para alcançar essas metas (WHO, 2007).

Sabe-se que não são as terminologias que definem nossa atitude perante uma pessoa com deficiência. A deficiência, vale lembrar, é marcada pela perda de uma das funções do ser humano, seja ela física, psicológica ou sensorial. O indivíduo pode, assim, ter uma deficiência, e isso não significar que ele seja incapaz de exercer e executar determinadas funções ou atividades. A incapacidade, seja ela momentânea ou permanente, poderá ser minimizada quando o meio lhe possibilitar esse acesso. As terminologias da Organização Mundial da Saúde (OMS) colaboram no sentido de não concebermos a deficiência como algo natural da pessoa, de modo a não lhe negar os processos de evolução e de interação com o ambiente. A conceituação da deficiência serve, portanto, para facilitar e definirmos políticas de atendimentos a essa população e não como forma de segregar esses sujeitos com algum tipo de deficiência (SCHIRMER et al, 2007).

De acordo com a Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência adotada pela Organização das Nações Unidas em 13 de dezembro de 2006 e adotada no Brasil, de acordo com o Decreto nº 186/2008, encontramos o conceito de deficiência, conforme segue:

Art.1º- Pessoas com deficiência são aquelas que têm 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 (ONU, 2006)

Ainda conforme Araújo e Ferraz (2010) esse conceito adotado no Brasil traz uma nova perspectiva de encarar a deficiência, pois traz em seu bojo o enfoque do meio ambiente tanto no seu aspecto físico como social. Podemos vislumbrar uma nova maneira social de inclusão e igualdade, pois adota ações afirmativas de inclusão dessas pessoas na sociedade.

Segundo dados da Organização Pan-Americana da Saúde (2007), a cada ano em torno de 1,2 milhões de pessoas morrem e outros milhões são feridos ou apresentam algum tipo de deficiência em razão de acidentes de trânsito, a maioria em países de baixa e média renda; mais da metade dessas mortes é de adultos jovens entre 15 a 44 anos, sabidamente na sua fase mais produtiva da vida e, na maioria das vezes, são a fonte de renda principal da família.

Além do alto custo social para as vítimas, as famílias e a comunidade, os acidentes de trânsito também oneram os serviços de saúde e atingem economicamente os países, com esse gasto projetado em torno de 1% a 2% do OMS - Organização Mundial da Saúde

comprometendo, em particular, os países em desenvolvimento. Se os dados estatísticos e as previsões se confirmarem, os acidentes de trânsito aumentarão em todo o mundo nos próximos 20 anos, atingindo a população mais suscetível (SENADO FEDERAL, 2012).

De acordo com Chan (2012) mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo convivem com alguma forma de deficiência, dentre os quais, cerca de 200 milhões experimentam dificuldades funcionais consideráveis. Nos próximos anos, a deficiência será uma preocupação ainda maior porque sua incidência tem aumentado. Isto se deve ao envelhecimento das populações e ao risco maior de deficiência na população de mais idade, bem como ao aumento global de doenças crônicas tais como diabetes, doenças cardiovasculares, cânceres e distúrbios mentais.

Em quase todos os países, as pessoas que apresentam algum tipo de deficiência apresentam piores perspectivas de saúde, níveis mais baixos de escolaridade, participação social e econômica menor, e taxas de pobreza mais elevadas em comparação às pessoas que não apresentam deficiência. Isto se deve ao fato de as pessoas com deficiência enfrentarem barreiras no acesso a serviços que muitos de nós consideramos garantidos, tais como o acesso aos serviços de saúde, educação, às atividades de trabalho, transporte, moradia e informação. Estas dificuldades são percebidas de maneira mais contundente nas populações economicamente menos favorecidas (CHAN, 2012).

A deficiência faz parte da vida humana; quase todas as pessoas terão uma deficiência temporária ou permanente em algum momento de suas vidas, devido a sequelas temporárias ou permanentes e, principalmente, devido ao envelhecimento mundial da população, que

de alguma forma ou de outra, enfrentarão em sua vida dificuldades cada vez maiores com a funcionalidade de seus corpos (WHO, 2011). As deficiências podem ser conceituadas e classificadas de acordo com o grau de dificuldades encontradas, que podem variar de leve, no que tange à sua funcionalidade, até grandes impactos sobre a vida de uma pessoa. As abordagens para mensurar a deficiência são diferentes entre os diversos países e influenciam os resultados e se devem a várias barreiras, inclusive as barreiras de ordem ambiental.

Para padronizar uma compreensão internacional, a CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde) foi criada com o objetivo de proporcionar uma linguagem unificada e padronizada, assim como uma estrutura de trabalho para a descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde. A classificação define os componentes da saúde e alguns componentes do bem-estar relacionados com a saúde (tais como educação e trabalho).

Essa classificação não atende somente as pessoas com deficiência física, também leva em conta os aspectos sociais que envolvem essa pessoa, ao propor uma maneira para estabelecer o impacto do ambiente social e físico sobre a funcionalidade desse sujeito. Sua utilização abrange diversas áreas, desde o emprego para avaliação estatística, até como instrumento para realização de políticas sociais e educacionais. Além da própria deficiência física, há barreiras e facilitadores ambientais e atitudinais.

Segundo Hawking (2012), temos a obrigação moral de remover as barreiras à participação, a criar políticas de inclusão social e econômicas e procurar formas de investir recursos financeiros e conhecimento técnico-científico suficientes para incentivar a

participação social e econômica das pessoas com deficiências no meio social e no mercado de trabalho.

Para Diniz (2007), as políticas sociais voltadas às pessoas deficientes devem, primeiramente, definir o conceito de deficiência a ser utilizado. Claro que, para chegar a esse conceito, é importante uma grande discussão social, com critérios técnicos para determinar essa condição. A ampliação dessa condição vem encontrando diversas barreiras, principalmente no uso correto desse conceito utilizado para determinar o emprego correto do conceito deficiência. Por vários anos se evitou o uso da expressão “deficiência”, por acreditar que esse termo poderia ocasionar constrangimento e valorizar o preconceito e também por acreditar que se tratava de um termo pejorativo a essa condição.

De acordo com a mesma autora, foram buscadas alternativas, tais como, pessoa portadora de necessidades especiais, pessoa portadora de deficiência ou o mais recente, pessoa com deficiência, todos com o objetivo de destacar a importância da *pessoa* quando feita referência à deficiência e também visando formas de não estigmatizar esse uso, quando empregado para se referir à pessoa com algum tipo de deficiência; salienta que a simples preocupação pelo uso correto dessa terminologia como o cuidado de como nos reportamos é importante; mas que essa discussão deveria ser empregada para tratar questões mais relevantes para essa população, como o acesso à saúde, à educação, à cultura, ao trabalho, entre outras. A autora propõe o uso de diversas terminologias para abordar o assunto, pois o importante é o conhecimento sobre essa condição, desde que sejam conhecidas pela população.

No Brasil, muitas pessoas ainda encaram a deficiência como um fato individual e não associam essa condição a um fenômeno social, como a violência urbana desenfreada, a violência no trânsito e as condições sociais em que vivem essas pessoas, o que dificulta a aceitação das diferenças entre os sujeitos. O modelo médico ainda é dominante no imaginário social da população, o que dificulta percebermos esse grupo dificultando a criação de políticas públicas (BAMPI, 2007).

Ainda, de acordo com a mesma autora as maiores dificuldades encontradas pelos deficientes não são decorrentes de problemas emocionais e sim são resultado de problemas externos, que decorrem, em primeiro lugar, do despreparo da sociedade para aceitar essas pessoas; mas vai além, quando diz que a sociedade brasileira não está preparada para cuidar de pessoas, que necessitam de cuidados diferenciados e especializados.

A deficiência é um problema de saúde que afeta a qualidade de vida dos sujeitos com lesão medular e o enfermeiro tem um papel importante não só na prestação do cuidado de enfermagem, mas também no encorajamento do sujeito para aceitar sua deficiência e participar ativamente do processo de reabilitação (GONZALEZ ECHEVERRIA, PRICE, MUNOZ, 2011).

Para que o cuidado em saúde, desde sua fase inicial vise reabilitar o sujeito objetivando sua independência funcional, este deve ser oferecido de forma integral por uma equipe especializada e multidisciplinar, para que atenda as demandas da pessoa com lesão medular e de sua família, pois a deficiência física requer abordagem em

equipe, de forma não somente a minimizar complicações, mas também trabalhar precocemente a reabilitação.

De acordo com Pinheiro (2008, p.110), cuidado em saúde “não é apenas um nível de atenção do sistema de saúde ou um procedimento técnico simplificado, mas uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como o ‘direito de ser’”.

Segunda a mesma autora:

O cuidar em saúde é uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento como escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e história de vida. Se, por um lado, o ‘cuidado em saúde’, seja dos profissionais ou de outros relacionamentos, pode diminuir o impacto do adoecimento, por outro, a falta de ‘cuidado’ – ou seja, o descaso, o abandono, o desamparo – pode agravar o sofrimento dos pacientes e aumentar o isolamento social causado pelo adoecimento (Pinheiro, 2008, p.110)

Nos dias atuais, devido ao crescimento da violência urbana e o aumento do número dos acidentes de trânsito, o trauma raquimedular figura como o responsável por 3% das admissões de urgência em serviços de atendimento ao politrauma; o que requer profissionais de saúde preparados e atualizados para atender essa demanda específica (FIGUEREDO et al, 2006).

Nesta demanda de atendimento se insere a equipe multiprofissional, que presta o atendimento inicial, tais como, médicos em suas diversas especialidades, fisioterapeutas, fisiatras e principalmente a equipe de enfermagem, responsáveis por grande parte do cuidado prestado às pessoas com lesão medular, já que a enfermagem mantém uma assistência de enfermagem de forma contínua nas 24 horas

e por isso é o profissional de saúde que mais tem contato direto nesse atendimento.

Normalmente, quando se fala em cuidado de saúde, ou cuidado em saúde, atribui-se ao termo um sentido já consagrado pela sociedade, qual seja, o que atribui o cuidado como um conjunto de procedimentos técnicos orientados para o bom êxito de um tratamento. Concordamos com Ayres (2004), que diz que o cuidado deve ser visto como um constructo que vai além da aplicação de conhecimentos técnicos. É necessário conhecer o cuidado a partir de uma compreensão filosófica e de uma atitude prática pelas quais as diversas situações em que se precisa de uma ação terapêutica, isto é, do cuidado deve ser considerado como uma interação entre dois ou mais sujeitos visando ao alívio de um sofrimento ou ao alcance de bem-estar, de melhoria do seu estado de saúde, de sua qualidade de vida, sempre permeada por conhecimentos e saberes específicos para esse fim.

Ainda, segundo o mesmo autor, mais que tratar de um objeto, a intervenção técnica se articula verdadeiramente com um cuidar quando o sentido da intervenção passa a ser não apenas o alcance de um estado de saúde, visado de antemão, nem somente a aplicação mecânica das tecnologias disponíveis para alcançar este estado, mas o exame da relação entre finalidades e meios, e seu sentido prático para o paciente, se manifesta através do diálogo mais franco, mais igual, entre o profissional de saúde que presta esse cuidado e o sujeito que o recebe.

O cuidado de enfermagem, quando efetivamente planejado, promove a melhoria da assistência às pessoas com lesão medular, prevenindo complicações e auxiliando na reabilitação funcional (GONÇALVES, 2011).



Para Travassos e Martins (2004), a utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde e o processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde. Os profissionais, em grande parte, definem o tipo e a intensidade de recursos consumidos para resolver os problemas de saúde dos pacientes.

A prestação de cuidados não pode ser vista como um fato isolado, pois esse sujeito deve ser encarado com um “sujeito único”, indivisível, que necessita de cuidados peculiares, diferenciados, pois está envolvida por várias situações e acontecimentos. As características da maioria das instituições de saúde, as estruturas de organização, as múltiplas fontes de poder, os valores quantitativos centrados na produtividade tornaram-se, com a marcha do tempo, inadaptados ao crescimento e ao desenvolvimento da organização dos cuidados de saúde (COSTA, 2004).

O desenvolvimento de frequentes complicações clínicas após a lesão medular é um sério problema, pois além de debilitar a pessoa com lesão medular, exige intervenções de saúde o que onera o indivíduo e sua família, devido aos gastos e a necessidade de cuidados por profissionais de saúde, que essas complicações exigem (BARONE e WATERS, 2012).

É consenso na literatura que a recuperação funcional da pessoa com lesão medular traumática sofre influência da gravidade da lesão (de acordo com a classificação da *American Spinal Injury Association - ASIA*), de condições pertinentes próprias do sujeito, do nível da lesão, da idade e também das abordagens terapêuticas realizadas na fase aguda da

lesão e que o cuidado em saúde é fundamental para que a lesão possa ser minimizada, concepção essa também contemplada pela classificação Internacional de Funcionalidade (ANDRADE e GONÇALVES, 2007).

Compreende-se que cuidado em saúde é todo aquele cuidado prestado à pessoa com lesão medular pela equipe multidisciplinar, desde o momento da admissão até após a alta hospitalar, inclusive os cuidados prestados no domicílio.

Nesse sentido, o cuidar do sujeito com lesão medular, requer o preparo adequado dos profissionais, a disponibilidade de recursos materiais para possibilitar o suporte técnico-institucional interligados às políticas públicas que atendam a demanda desse cuidado e requer uma visão multidisciplinar para que o cuidado seja realizado de forma integral, pois a deficiência física apresenta uma necessidade multifacetada (AZEVEDO e SANTOS, 2006).

O processo de ensinar o sujeito a partir da lesão medular, implica falar de reabilitação e falar de reabilitação, ou ainda é falar sobre o trabalho de uma equipe multidisciplinar dedicada a avaliar as capacidades de cada paciente, estimular e auxiliar a descobrir todo o seu potencial e, dessa forma facilitar sua inclusão social, superando as limitações impostas pela deficiência (RAMOS, CASALIS, 2007).

Apesar do grande número de tentativas para a descoberta de medidas que revertam os danos causados por uma lesão na medula espinhal, a reabilitação constitui ainda o melhor recurso para que a pessoa com lesão medular atinja, de acordo com seu potencial residual, ou restabeleça o máximo de independência para o seu nível e grau de lesão e obtenha o maior número de informações para alcançar uma melhor qualidade de vida (ARES e CRISTANTE, 2007).

A reabilitação é a uma prática de conceitos científicos voltada para o desenvolvimento da funcionalidade do indivíduo, visando sua inclusão social, e que a qualidade da inclusão social que o sujeito venha a obter está relacionada à sua maior ou menor independência, tanto física como emocional relacionada à condução da equipe de reabilitação. Ressalta, ainda, que a pessoa com lesão medular precisa ser contextualizada no seu ambiente familiar e social (BORGNETH, 2004).

Complementando esse conceito, Nordenfelt (2000) diz que reabilitação é uma questão de capacitar uma pessoa para voltar a ser o que era antes da lesão medular ou desenvolver nela a capacidade de ser o que era antes da lesão, tentando fazê-la viver como antes da lesão. De qualquer modo, é impossível estabelecer a presença de boa saúde sem primeiro tornar-se familiarizado com a situação da pessoa e com o que esta situação exige. Nessa situação (de reabilitação) a pessoa que se acha num estado alterado de saúde, pela simples razão de que todas as situações imagináveis na vida requerem uma habilidade nova que a pessoa não tem, as pessoas que caem abaixo desse nível estarão em uma condição de saúde alterada, não importa qual seja sua situação, quais as demandas de tal situação. Para essa avaliação são necessárias habilidade básicas de comunicação e de movimento, como condição mínima.

Ainda para o mesmo autor, as pessoas com a habilidades restritas para agir podem ser auxiliadas ao serem oferecidas a elas as instalações e condições especiais para enfrentarem suas necessidades diárias; este é um aspecto central da reabilitação. Pessoas com incapacidades podem receber ajuda especial tanto no lar como no trabalho e necessitam de condições ambientais adaptadas.

A reabilitação deve incluir mudanças não somente individuais, mas também no grupo familiar, porque o suporte social é um dos principais indicadores de adaptação à lesão medular. Além da família, a comunidade também precisa se modificar e para que ocorra uma reabilitação adequada pressupõe-se o trabalho de uma equipe interdisciplinar. A reabilitação deve começar no ambiente hospitalar, mas deve-se expandir para além dos muros das instituições de saúde, devendo ser estendida ao ambiente familiar da pessoa com lesão medular, visando um cuidado integral e multiprofissional (MURTA e GUIMARÃES, 2007)

Para Ares e Cristante (2007) esse processo de reabilitação deve começar o mais precocemente possível, de preferência já nas unidades de terapia intensiva, para evitar complicações que poderão ser catastróficas e onerosas. Dizem ainda que, nesta fase, deve ser dada especial atenção às alterações respiratórias, vasculares, evitar retenção vesical e intestinal, prevenir deformidades musculoesqueléticas e úlceras por pressão.

Kirshblum (2004) destaca os avanços ocorridos nas últimas décadas na medicina e o conseqüente aumento de sobrevivência de pessoas vítimas de lesão medular, acompanhados de uma evolução em seu tratamento, que passou a objetivar a minimização das incapacidades e complicações e o retorno do indivíduo à sociedade o mais breve possível. A lesão medular até o momento ainda não tem tratamento para sua reversão, porém o paciente que sofreu lesão na medula pode ter uma vida ativa, retornar a muitas das atividades que realizava anteriormente, desde que receba apoio da família e de uma equipe de reabilitação que o auxilie nessa transição, que o ensine a se adaptar a essa nova realidade.

Brito et al, (2008) ressaltam que os gastos com pessoas com lesão medular serão bem menores, quando se entender que a prevenção a esse agravo é fator preponderante da diminuição da incidência, diminuindo os custos com internação e atendimento, ao invés de direcionar recursos para cobrir custos com internações, tratamento, reabilitação e gastos com previdência social.

Ainda no mesmo sentido, os autores demonstram que a reabilitação de pessoas com lesão medular pode ter fatores que dificultam essa recuperação, considerando o tempo excessivo de espera entre a ocorrência da lesão medular e o encaminhamento para o centro de reabilitação na maioria dos casos demora (GASPAR et al.2003). De acordo com GLÄSSE. et.al. (2012), a reabilitação deve ser integral, deve ir além da reabilitação físico-funcional, precisa necessariamente abordar a recuperação do bem-estar, da qualidade de vida do sujeito o que inclui também a satisfação plena, da vida sexual e sentimental da pessoa com lesão medular. Em outro estudo, também sobre a qualidade de vida em pessoas com lesão medular, é enfatizada a importância de atividades, principalmente de atividades físicas, para a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas (RAVENEK et al., 2012).

A reabilitação através da inclusão das pessoas com lesão medular é um desafio para toda a sociedade que necessita incluir essas pessoas de maneira integral, passando pelas barreiras arquitetônicas, pela acessibilidade, pelo acesso aos serviços de saúde e também pelo ingresso no mercado de trabalho. Esse trabalho de inclusão social necessita de um constante acompanhamento interdisciplinar voltado para atender essas pessoas, a facilitar seu acesso e reintegração social (DINIZ, 2014).

O cuidado integral e multiprofissional prestado ao sujeito com lesão medular, está intimamente relacionado com a deficiência física adquirida pela lesão medular, considerando que o cuidado em saúde visa a independência funcional da pessoa, desde o início da sua lesão medular, tornando sua reabilitação mais precoce possível.

E para que esse processo ocorra (reabilitação), as condutas tomadas frente a um trauma raquimedular devem ser sincronizadas, ou seja, devem seguir protocolos internacionais e aplicadas a todos os sujeitos vítimas desse agravo à saúde e também precisam visar, desde o momento do trauma até a alta hospitalar, a independência funcional para que assim possamos ter uma pessoa reabilitada e independente.

## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 Tipo de estudo**

Trata-se de pesquisa qualitativa, do tipo exploratório, que de acordo com Gil (1999, p.43) “é desenvolvida com o objetivo de proporcionar uma visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato, esse tipo de pesquisa é realizada quando o tema escolhido é pouco estudado”.

A metodologia qualitativa justifica-se considerando que o estudo se propõe a compreender o significado do cuidado em saúde para o alcance da independência funcional das pessoas com lesão medular. Para Polit e Beck (2011), a pesquisa qualitativa se afirma no postulado do que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores. Segundo as autoras, a flexibilidade dos procedimentos que compõem este tipo de pesquisa resulta em maior relação com a realidade; nesse tipo de pesquisa, os pesquisadores examinam e interpretam dados e tomam decisões sobre o modo como devem proceder, tendo como base o que já foi descoberto.

### **5.2 Cenário do estudo**

A Cidade de Chapecó situa-se na região oeste do estado de Santa Catarina e, de acordo com a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2014) ,possui uma população estimada em 202.009 habitantes. Devido à sua situação geográfica (Mesorregião

Grande Fronteira do Mercosul) atende parte da região do estado do Paraná e do Rio Grande do Sul (PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPECÓ, 2015).

O estudo foi realizado no domicílio das pessoas com lesão medular traumática, a partir de um agendamento que ocorreu através de contato telefônico, prévio e de acordo com a disposição dos entrevistados.

### 5.3 Participantes do estudo

O estudo foi realizado com pessoas que possuíam diagnóstico de lesão medular traumática com os seguintes critérios de inclusão: adultos de ambos os sexos, com lesão medular completa ou incompleta; após o término do período da fase de choque medular<sup>1</sup> e que no período de coleta de dados, tivessem de 1 até 3 anos de lesão. Como critério de exclusão: não participaram da pesquisa pessoas que possuíam lesão cerebral associada como traumatismo crânio-encefálico.

Para a seleção das pessoas participantes da pesquisa, adotamos a técnica proposta por GOODMAN (1961, apud ALBUQUERQUE, 2009), conhecida como *snowball sampling* (“bola de neve”). É uma técnica metodológica considerada não-probabilística, devido à captação dos participantes, pois não é possível determinar a probabilidade de

---

<sup>1</sup> Para melhor compreensão, consideramos como fase de choque medular o período de 1 ano após a lesão, pois conforme a literatura a fase de choque medular pode variar de semanas até um ano após o trauma nessa fase aguda da lesão, encontramos flacidez dos membros paralisados, abolição dos reflexos e retenção urinária. A possibilidade de melhora espontânea diminui após o primeiro ano de lesão, embora possa se estender por mais tempo (REDE SARAH, 2012).



seleção de cada um na amostra. Segundo o mesmo autor, esta permite que os participantes selecionados primeiramente, possam indicar novos participantes. A pessoa indicada inicialmente conhecia outras pessoas, que foram os próximos a participar da pesquisa.

O primeiro informante foi encontrado na comunidade, ao acaso; era cadeirante com lesão medular traumática e aceitou participar do estudo e posteriormente indicou o próximo participante da pesquisa e assim sucessivamente até atingir o critério de saturação dos dados.

Assim, o grupo de pessoas com lesão medular foi constituído de forma intencional, pois segundo Turato (2008), a amostragem proposital dentro da pesquisa qualitativa é composta por sujeitos, definidos segundo critérios de inclusão, em que não ocorram as interferências das predileções pessoais do pesquisador.

#### **5.4 Coleta de Dados**

A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro a novembro de 2014, sendo utilizada a entrevista semi-estruturada (Apêndice A); realizada pelo próprio pesquisador no domicílio dos participantes da pesquisa e com roteiro elaborado previamente. De acordo com os critérios de inclusão já citados, quando da definição dos participantes do estudo, foi excluído da coleta de dados o item referente à avaliação da memória, pois o mesmo não se encontra alterado na lesão medular traumática. As entrevistas tiveram duração em média de 90 minutos. Primeiramente foi realizado teste piloto para avaliar o conteúdo proposto da entrevista o qual não houve necessidade de alterações.

A entrevista semi-estruturada é a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo. Este tipo de entrevista combina perguntas fechadas e abertas. No estudo foram adotadas perguntas abertas. A entrevista fornece dados primários, pois refletem diretamente as falas dos sujeitos entrevistados cujas informações tratam do pensamento do sujeito e do seu cotidiano, uma representação direta dessa realidade, da vivenciada e da vivida (MINAYO, 2008).

Para Duarte (2004), as entrevistas são para o pesquisador fazer mergulho em profundidade nessa realidade, coletando indícios da maneira como cada um dos sujeitos se percebe e como vê o significado de sua realidade, levantando informações pertinentes que lhe permitam descrever e compreender como ocorreram as relações que se estabelecem no interior do grupo pesquisador.

O instrumento utilizado para a entrevista semi-estruturada continha uma parte inicial com a caracterização dos sujeitos participantes da pesquisa e uma segunda parte que foi baseada nos conceitos utilizados pela escala MIF a qual é composta por seis grupos de atividades que avalia a capacidade da pessoa em cuidados com o corpo; controle de esfíncter; transferência; comunicação e integração social e resolução de problemas. Como na lesão medular a memória não se encontra afetada, foi excluído o item resolução de problemas que é utilizado para avaliação da memória.

A validação semântica da entrevista semiestruturada ocorreu pela revisão final dos pares especialistas da área de reabilitação, tendo sido encaminhado a três enfermeiras que atuam em instituição de saúde especializada no atendimento de pessoas com lesão medular. Esta validação foi feita posterior a realização do teste piloto.

As entrevistas foram gravadas após a autorização dos participantes e depois da transcrição das mesmas, foram devolvidas para que verificassem se o conteúdo transcrito estava de acordo com suas falas, ocorrendo com isso sua validação.

Para encerramento das entrevistas foi utilizado o critério de saturação teórica, que ocorreu quando os dados se repetiam não havendo acréscimo de novas informações ao tema estudado, o que determinou o número de sujeitos estudados que ocorreu com 10 participantes.

No momento posterior foi realizada a leitura por diversas vezes, com o objetivo de apreensão dos dados e posterior organização de categorias, onde os conceitos relacionados foram agrupados para facilitar o processo de decodificação.

Os dados coletados e a análise constituem uma etapa do processo da pesquisa qualitativas sendo as duas fases interligadas, ou seja, qualquer idéia da pessoa deve ser imediatamente descrita, explicada e compreendida desde que isto seja possível de ser feito, logo após cada entrevista (Polit e Beck, 2011).

## **5.5 Análise dos Dados**

Para análise foi utilizado como referencial a análise de conteúdo de Bardin (2010) que, conforme Polit e Beck (2011), tem o propósito da análise dos dados, seja qual for o tipo, a serem analisados de acordo com a pesquisa feita para organizar, fornecer estrutura, obter o significado dos dados. Vasconcelos et al. (2012), também comungam dessa ideia, quando dizem que nas pesquisas qualitativas os resultados são apresentados em uma concepção diferenciada, por dedicar-se à análise e

a interpretação das falas ou palavras de modo que seus resultados forneçam informações muito significativas e densas a respeito do fenômeno, devido a grande quantidade e complexidade, precisando ser organizadas e categorizadas segundo alguns critérios, de acordo com os objetivos da pesquisa.

Cabe destacar que, de acordo com Bardin (2010, p.121), a análise de conteúdo desenvolve-se em três fases:

a) a pré-análise: fase de organização e sistematização das idéias, que ocorreu após a transcrição e leitura das entrevistas. A pré-análise utilizou quatro etapas: *leitura flutuante*, na qual houve um contato exaustivo com o material de análise; *constituição do Corpus*, que envolveu a organização do material de forma a responder os critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; *formulação de pressupostos* iniciais flexíveis que permitiram a emergência de categorias a partir de procedimentos exploratórios; *referenciação das falas* a serem adotados na análise, e *preparação do material*.

b) a exploração do material: tratou-se da fase em que as entrevistas foram classificadas de acordo com categorias (codificação), que não foram pré-determinadas e que surgiram após a leitura das entrevistas; e serviu para alcançar a compreensão das falas dos sujeitos.

Desta forma, o material foi organizado em 3 categorias e 8 subcategorias, considerando os referidos agrupamentos relacionados, facilitando o processo de decodificação.

**CATEGORIA 1: *O início da incapacidade funcional:*** o acidente, com as subcategorias: **1.1) *O acidente e o atendimento em nível hospitalar*** **1.2) *condução e atendimento no hospital*** (Pronto

*Socorro e Unidade de Terapia Intensiva*); **CATEGORIA 2: A reabilitação na aquisição da independência funcional:** o renascimento, com as subcategorias: **2.1)** compreendendo o processo de lesão medular: limitações e desafios; **2.2)** A importância da reabilitação; **2.3)** Ter um cuidador; **2.4)** A adaptação com as tecnologias assistivas. **CATEGORIA 3: Orientações do cuidado em saúde no ambiente hospitalar e sua interferência nas atividades de vida diária de pessoas com lesão medular,** com as subcategorias, **3.1)** Orientações no hospital geral e especializado; **3.2)** As orientações e a vida diária no ambiente domiciliar.

c) tratamento dos resultados obtidos e interpretação: após a obtenção dos resultados e com base no referencial teórico adotado, deu-se a interpretação e discussão das falas das pessoas com lesão medular.

## **5.6 Aspectos Éticos**

Este estudo foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o nº 768.807 de 25 de agosto de 2014. De acordo com a Resolução 466/2012. Para preservar a identidade dos participantes, empregou-se o uso de alônimos formados pelas pela inicial de pessoa (P1) sequencialmente até o décimo participante (P10). Todos os participantes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).



## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para exposição dos resultados, optou-se pela apresentação no formato de manuscritos, o que atende as determinações da Instrução Normativa, 10/PEN/2011, de 15 de junho de 2011, estabelecida pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), a qual determina que os resultados devam ser apresentados no formato de artigos, sendo exigidos no mínimo três artigos. Seguindo esta Instrução, a seguir serão apresentados três artigos, os quais visam responder aos objetivos desta pesquisa.

Os manuscritos estão apresentados sequencialmente, sendo que o primeiro artigo, intitulado: **UM ACIDENTE NO MEU CAMINHO: o cuidado hospitalar como “motriz” para a independência funcional**, cujo objetivo foi *“Descrever o processo de independência funcional da pessoa com lesão medular a partir do acidente e dos cuidados prestados no ambiente hospitalar”*. O segundo artigo, intitulado: **A REABILITAÇÃO NA AQUISIÇÃO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL: o renascimento**” teve como objetivo *“Explicar os aspectos da reabilitação na aquisição da independência funcional das pessoas com lesão medular”*. Por fim, apresenta-se o último artigo intitulado **“Cuidado em saúde no ambiente hospitalar e reabilitação da pessoa com lesão medular”**, cujo objetivo foi *“Analisar como o cuidado em saúde no ambiente hospitalar interfere nos processos de reabilitação das pessoas com lesão medular, quando no ambiente domiciliar”*.





## MANUSCRITO 1: UM ACIDENTE NO MEU CAMINHO: o cuidado como “motriz” para a independência funcional

### RESUMO

**Introdução:** A independência funcional para a pessoa com lesão medular é uma busca constante, na qual o cuidado se faz fundamental, desde o momento de sua causa. Atualmente, no Brasil, os traumas com lesão medular parcial ou total tornaram-se um problema de saúde pública, devido aos custos elevados, o grau de dependência e o tempo prolongado de internação hospitalar. **Objetivo:** identificar a percepção da pessoa com lesão medular a partir do acidente. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa, do tipo exploratória, com coleta de dados nos meses de setembro a novembro de 2014 por meio de entrevista semiestruturada, realizada com 10 pessoas com lesão medular traumática. O estudo foi realizado no domicílio das pessoas com lesão medular. Para organização e análise dos dados foi utilizado como referencial a Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados e Discussão:** o medo, a angústia que a incapacidade gera na pessoa com lesão medular traz incertezas quanto a sua independência funcional e a qualidade de vida após a lesão. Na perspectiva do cuidado hospitalar como “motriz” para a independência funcional das pessoas com lesão medular, os cuidados e as orientações recebidas durante o período de internação hospitalar ensaiam possibilidades para assegurar qualidade de vida significativa no contexto domiciliar. O cuidado visa assegurar a continuidade da reabilitação de maneira efetiva e saudável, a partir das limitações provenientes do acidente. **Conclusões:** A partir do olhar dos

participantes da pesquisa foi possível entender que as consequências do trauma raquimedular nem sempre são percebidas de imediato e muitas vezes despertam uma amálgama de reações e sentimentos frente ao acidente, a lesão limitante e o retorno à vida diária. O cuidado prestado e orientado no ambiente hospitalar pode minimizar esses sentimentos e contribuir para a independência funcional da pessoa com lesão medular.

**Palavras Chave:** acidente de trânsito; traumatismos da medula espinal; reabilitação; saúde, medida de independência funcional.

## INTRODUÇÃO

A lesão medular é um evento complexo que afeta não só o indivíduo, a família e a sociedade. Seu tratamento é longo, caro e quase sempre deixa sequelas irreversíveis, ocasionando grande transtorno à qualidade de vida da pessoa afetada, devido à dependência de cuidadores, familiares e do Estado através da prestação de serviços de saúde, principalmente dos serviços de reabilitação que são demorados e nem sempre com resultados satisfatórios (ASSIS e FARO,2011; SILVA, et al;2012). O acidente, para a pessoa com lesão medular, desencadeia processo de angústia e incapacidade, que perdura durante o período de internação hospitalar, seja em instituição geral ou especializada. As questões que se instalam nesse momento se traduzem em dúvidas, aflições e na busca sistemática da cura, com a questão central: como

lidarei com a minha incapacidade? A dependência de outros situa a pessoa num complexo universo de mudanças e alterações.

Os primeiros cuidados instaurados à pessoa com lesão medular acontecem nas unidades de atendimento de urgência e emergência e dão conta dos aspectos de suporte de vida. Em segundo momento os cuidados vislumbram dimensionar o grau da lesão. Imamura et. al. (2013) destacam que o primeiro atendimento após o trauma raquimedular é fundamental para auxiliar no processo de prevenção de complicações.

A pessoa com lesão medular necessita do cuidado em saúde que objetive a aquisição da sua independência para suas atividades diárias. Esse processo educacional e de independência deve ser realizado de forma sistemática, desde o primeiro contato, não somente com a pessoa que necessita ser cuidada, mas também com a sua família e seus cuidadores.

Para tanto, o cuidado em saúde deve iniciar no momento da lesão medular, com orientações a pessoa vítima do trauma, a família, amigos, sociedade e rede social de apoio, para que entendam o que é o agravo e quais suas implicações para sua vida diária.

Discorrer sobre o processo de ensinar o sujeito a partir da lesão medular, implica falar de reabilitação, o que nos remete ao trabalho de equipe multidisciplinar dedicada a avaliar as capacidades preservadas e possíveis de cada pessoa. Além disso, objetiva estimular e auxiliar a descobrir todo o seu potencial remanescente (da pessoa e sua família), e dessa forma facilitar sua inclusão social, superando as limitações impostas pela deficiência (CASALIS, RAMOS, 2007).

Para avaliar a independência funcional de pessoas com lesão medular, foram criadas várias escalas, dentre as quais a Medida de Independência Funcional (MIF), traduzida para o português da escala original *Functional Independence Measure* (FIM). Nos últimos anos a MIF têm sido empregadas em estudos no Brasil, nas mais diversas patologias, evidenciando a importância e a aplicabilidade desta, com o objetivo de avaliar a independência funcional dos sujeitos, principalmente com pessoas vítimas de traumatismo raquimedular (RABEH, CALIRI, 2010; SILVEIRA *et al.* 2011).

A Escala MIF é aceita mundialmente por sua validade e confiabilidade, podendo ser utilizada para avaliar a independência funcional de pessoas em diversas situações e contextos de saúde; tanto no ambiente hospitalar quanto domiciliar, bem como avaliar a qualidade de vida desses sujeitos (COSTA, SILVA e ROCHA, 2011). Esta avalia o grau de dependência no momento que a atividade foi executada.

A avaliação da capacidade funcional permite a equipe de saúde ter ideia das atividades que a pessoa com lesão medular consegue realizar em casa, sem que isso acarrete risco à sua integridade física. Mediante essa avaliação é possível traçar programa de reabilitação funcional que torne a pessoa o mais independente possível nas suas atividades de vida diárias (incluem as atividades rotineiras como alimentação, vestir e despir banho e higiene pessoal) e que permitam desenvolver essas atividades sem auxílio de terceiros, ou com o mínimo de auxílio possível.

Entre os aspectos que essa escala MIF avalia, destacam-se aqueles relacionados à alimentação, à higiene pessoal, a vestimentas, a transferências, ao controle de esfínteres, à mobilidade e à

comunicação; cuidados que devem ser trabalhados de imediato quando a pessoa com lesão medular inicia seu processo de cuidado nas instituições de saúde. É necessária a apropriação desse conhecimento logo após o trauma no sentido de assegurar qualidade de vida mais efetiva e, para tanto, as orientações recebidas nas instituições hospitalares, precisam ser repassadas e trabalhadas de maneira multiprofissional e com acompanhamento pós domicílio. A nova vida que se inicia no pós-trauma, buscará formas de adaptação e lançará mão dos conhecimentos e orientações recebidas, pois o simples ato de caminhar, banhar-se, alimentar-se e as eliminações diárias terão alterações significativas a partir deste momento.

Ao retomar o princípio do presente artigo, ressalta-se que o cuidado para a independência funcional deve acontecer desde o primeiro atendimento após o trauma causador da lesão medular. Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi identificar a percepção da pessoa com lesão medular a partir do acidente.

## **MÉTODO**

Adotou-se a pesquisa qualitativa do tipo exploratória, com coleta de dados entre os meses de setembro a novembro de 2014, através de entrevista em profundidade, semiestruturada realizada pelo próprio pesquisador, no domicílio dos participantes da pesquisa e com roteiro elaborado previamente. Cada entrevista levou em média 90 minutos e foi gravada separadamente para posterior transcrição. Não houve nenhuma recusa para participação no estudo; primeiramente foi realizado um teste piloto para adequação de algumas perguntas aos

objetivos propostos. A validação das entrevistas foi realizada pelos pares, que são especialistas na área e a posterior discussão com o autor.

As entrevistas foram gravadas após a autorização dos participantes e posteriormente à transcrição e foram devolvidas para que verificassem se o conteúdo transcrito condizente com suas falas, ocorrendo com isso sua validação.

Para encerramento das entrevistas, foi utilizado o critério de saturação teórica, que ocorreu quando os dados se repetiam não havendo acréscimo de novas informações ao tema estudado, o que determinou o número de sujeitos estudados que ocorreu com 10 participantes. A saturação dos dados, isto é, as falas dos entrevistados iniciaram um processo de exaustividade e repetição, não havendo a necessidade de ampliar o número de entrevistados.

No momento posterior, foi realizada a leitura por diversas vezes, com o objetivo de apreensão dos dados e posterior organização de categorias, onde os conceitos relacionados foram agrupados para facilitar o processo de decodificação.

Para localizar as pessoas com lesão medular, os sujeitos do estudo, foi utilizada a técnica metodológica *snowball* proposta por GOODMAN (1961, apud ALBUQUERQUE, 2009), também conhecida como *snowball sampling* (“amostra de neve”). Esta técnica é uma forma utilizada em pesquisas sociais, na qual os participantes iniciais indicam novos participantes (seus conhecidos). Essas pessoas conheciam outros membros, que foram os próximos sujeitos a participarem da pesquisa. A primeira pessoa entrevistada foi encontrada ao acaso na comunidade e indicou o próximo participante.

Ainda de acordo com Albuquerque (2009), a técnica metodológica bola de neve, devido a sua estratégia de recrutamento, é considerada não probabilística, tendo em vista que não é possível determinar a probabilidade de seleção de cada participante da amostra.

O estudo foi realizado com pessoas que possuíam o diagnóstico de lesão medular traumática, no qual se optou como critérios de inclusão: adultos de ambos os sexos, após o término do período da fase de choque medular (consideramos 1 ano como período de fase de choque) e que no período de coleta de dados tivessem de um até três anos de lesão.

Para o critério mínimo, considerado como fase de choque, foi adotado um ano, pois conforme a literatura, a fase de choque medular pode variar de semanas até um ano após o trauma (VENTURINI DA, DECESARO e MARCON; 2006).

Nessa fase aguda da lesão, encontramos flacidez dos membros paralisados, abolição dos reflexos e retenção urinária. A possibilidade de melhora espontânea diminui após o primeiro ano de lesão, embora possa se estender por mais tempo (REDE SARAH; 2012).

De acordo com os critérios de inclusão, foi excluído da coleta de dados o item referente à avaliação da memória, pois o mesmo não se encontra alterado na lesão medular traumática.

Como critério de exclusão, optou-se por pessoas que possuíam lesão cerebral associada. Assim, o grupo de pessoas com lesão medular, participantes da pesquisa, foi constituído de forma intencional, pois segundo Turato (2008), a amostragem proposital dentro da pesquisa qualitativa é composta por sujeitos, definidos segundo critérios de inclusão, em que não ocorram as interferências das predileções pessoais

do pesquisador.

Entre os itens avaliado pela escala MIF encontra-se o item referente à avaliação da memória; mas no caso da lesão medular traumática não se encontra alterado e, portanto, de acordo com os critérios de inclusão, foi excluído da coleta de dados.

As entrevistas foram gravadas considerando a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa e, após a transcrição das mesmas, foi realizada a leitura flutuante, com a respectiva apreensão dos dados e posterior organização de categorias, pois no desenvolvimento de categorias, conceitos relacionados costumam ser agrupados para facilitar o processo de decodificação. Após a realização e transcrição das entrevistas, estas, foram devolvidas aos participantes para verificar a adequação do conteúdo transcrito com a fala das pessoas com lesão medular para correções.

Para organização e análise dos dados foi utilizado como referencial a Análise de Conteúdo de Bardin (2014), a partir de três fases: pré-análise: fase de organização e sistematização das ideias, que ocorreu após a transcrição e leitura das entrevistas; exploração do material, na qual se tratou da segunda fase em que as entrevistas narrativas foram analisadas de acordo com categorias (codificação), que surgiram após a leitura das entrevistas e serviu para alcançar a compreensão das falas dos sujeitos; e a terceira fase, em que ocorre a interpretação dos resultados (categorias e sub-categorias), obtidas das falas das pessoas com lesão medular, gerando as impressões do pesquisador, ou seja, a análise dos dados pelo mesmo.



Na busca para demonstrar os resultados do processo de construção do artigo, apresentam-se no quadro abaixo, a categoria e as subcategorias que surgiram do processo de apreensão dos dados.

Quadro 1. Categoria e Subcategorias do Estudo.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Um acidente no meu caminho: o cuidado como motriz para a independência funcional	1.1 O início da incapacidade funcional: o trauma;  1.2 Resgate e atendimento de urgência e emergência (Pronto Socorro e Unidade de Terapia Intensiva)

Fonte: Aguiar (2015).

Este artigo é proveniente do relatório de tese apresentado, tendo em vista a obtenção de doutoramento, sob o título: *Independência funcional da pessoa com lesão medular a partir do cuidado hospitalar*, o qual foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o nº 768.807 de 25 de agosto de 2014. Para preservar a identidade das pessoas empregou-se o uso da letra (P) e os números em ordem numérica sequencial (1 a 10).

## RESULTADOS

Categorizou-se a partir dos dados gerados pelas entrevistas realizadas, tendo como base o evento gerador do trauma, que se inicia a partir do acidente e se desdobra na incapacidade funcional, considerando os primeiros cuidados e a condução no atendimento pré-hospitalar. Durante as entrevistas se evidenciam, de maneira significativa, os aspectos iniciais que envolvem o acidente, sendo possível observar a preocupação dos participantes com os primeiros cuidados recebidos. A referida categoria reflete de maneira expressiva o marco inicial da incapacidade funcional, como algo marcante no processo da lesão medular.

Os dados apontam que, de maneira geral, houve o impacto da lesão, quando os entrevistados se deram conta da incapacidade para movimentar-se, seguida das impressões sobre os primeiros atendimentos e informações sobre condutas futuras para evitar sequelas secundárias.

Nesta categoria, se evidenciaram mais os aspectos das condutas cuidativas do que sentimentos, aspirações ou frustrações, embora nas entrelinhas se possa fazer uma leitura interpretativa destas condições.

## **CATEGORIA 1: O INÍCIO DA INCAPACIDADE FUNCIONAL: o trauma**

Emergiram falas significativas no que tange ao acidente e início da incapacidade. Os relatos contemplam, desde a falta de preparo no atendimento inicial realizado por leigos até a chegada dos socorristas e traduzem realidade vivida por estas pessoas no acidente e no atendimento imediato.

Nessa subcategoria, que trata do acidente e o atendimento em nível hospitalar estão dispostos elementos que revelam como se deu o trauma e quais aspectos identificam a dificuldade inicial de compreender a amplitude da lesão e suas consequências. Percebe-se que o momento vivido está intimamente ligado ao antes e ao depois da lesão, ou seja, como eu vivia e como viverei. Essa visão denota a mudança drástica vivenciada pelas pessoas no momento do trauma e altera significativamente suas vidas no contexto familiar e no convívio social. Nota-se também, nos relatos, que a pessoa com lesão medular, embora tenha alterações de sensibilidade no momento da lesão não percebe sua real situação:

“Eu acordei, acredito que uns minutos depois da queda já, mas eu já não sentia nada nas pernas...nada e sentia uma dor muito forte na minha coluna (P4)”.

“Mas daí já não sentia nada, simplesmente nada nas minhas pernas, só dor na minha coluna. Depois tudo mudou...já não podia fazer mais nada, comecei a depender prá tudo, sempre tinha que ter alguém comigo, um familiar, um amigo; foi bem difícil essa fase (P9)”.

“Eles tentaram me tirar de dentro do carro, depois chegou o resgate, o SAMU, mas a princípio eles tentaram me tirar, foi o que eu acho que me prejudicou mais, tipo, a lesão, devido a isso, o socorro. Quando as lesões eram graves, ou coisas graves, iam pra esses Hospital, aí eu fui pra lá, apaguei, daí eu apaguei, desmaiei e acordei, eu estava lá no hospital **(P8)**”.

O acidente é o início da incapacidade funcional. Os motivos relacionados ao trauma raquimedular são relatados devido aos acidentes automobilísticos, armas de fogo e quedas de altura, conforme abaixo:

“Ocorreu em 2011, foi assim, eu estava parada em um ponto de ônibus, e logo que eu cheguei estacionou um carro forte, aí teve um assalto nesse carro forte começou um tiroteio, daí eu levei uma bala perdida do tiroteio. Daí na hora já levei um tiro nas costas, já caí e já não senti mais as pernas **(P6)**”.

“O tiro foi no ambiente de trabalho que eu trabalhava, trabalhava de frentista, por volta da, quase meia noite, houve uma situação que teve uma briga, de alguns indivíduos do outro lado da rua, e acabou que um dos disparos me atingiu, o braço direito adentrou no corpo e pegou na medula **(P9)**”.

“Eu fui fazer uma decolagem, e no meio dessa situação eu tive, na verdade uma dificuldade, ou na verdade não foi bem dificuldade, eu tive um colapso da vela, e eu acabei entrando em rotação, e caindo. Eu caí de uma maneira que era de costa, próximo a um banhado, um lago, então isso, e ainda mais o equipamento que eu tinha que tinha o Air bag, e tinha um monte de situações que ainda, me favoreceu, para não ter o óbito na hora **(P1)**”.

Os cuidados prestados à pessoa com lesão medular no momento do acidente podem auxiliar e evitar segundo dano. Esse atendimento inicial quase sempre é prestado pelo SAMU ou bombeiros e posteriormente pela equipe multiprofissional da instituição de saúde para onde os casos são encaminhados. Os relatos a seguir denotam isto:

“Então eu já tive todo preparo, na hora que, que caiu, o pessoal já tinha a maca, ambú , colete, estava tudo certinho, então eles fizeram todo o procedimento correto, e imediatamente já me levaram para o hospital. Nesse hospital do interior foi feito todos os tipos de exames tudo mais, pra ver como eu estava (**P1**)”.

“Se não fosse o SAMU ter me atendido rápido...não sei o que teria acontecido, foi o que me ajudou...senão seria muito pior agora. Só fiz a cirurgia da coluna e fui liberado um tempo depois, não tive nenhuma complicação (**P2**)”.

“Graças a Deus não tenho do que reclamar, tanto no hospital particular, fui muito bem atendido, como no hospital público, eles me atenderam muito bem, não tenho do que reclamar...assim, a orientação, cuidados de no máximo de duas horas, mudar de posição e ver a pressão (**P3**)”.

A pessoa com lesão medular passa a conviver com a incapacidade gerada de uma maneira repentina, devido à natureza do evento etiológico e também pelo fato desse agravo se instalar de forma inesperada, abrupta. Nem sempre os sujeitos se dão conta da lesão no momento do acidente, podendo agravar o trauma

“Peguei minha moto e andei poucos metros e até em sentido contrário onde que devia sair, voltei cerca de uns trinta metros não vi mais nada, acabei batendo numa carreta parada, aonde que ela, veio a quebrar a minha cervical C4. Teve ,

luxação na medula onde que, perdi partes quase total da medula, , perdi os movimentos do corpo (P3)”.

Os primeiros cuidados recebidos após a lesão medular são de crucial importância para a sequência do tratamento e o processo de independência no domicílio. Embora no primeiro momento do atendimento o que se busca é a manutenção à vida, esse atendimento interfere de forma direta na aquisição da independência funcional.

Durante esses primeiros cuidados com a pessoa no ambiente hospitalar, as preocupações que se fazem presentes se voltam para o atendimento inicial, considerando que a partir desse momento a pessoa sente-se impossibilitada de conduzir sua independência funcional a partir daquele ponto, e busca, nos profissionais de saúde, o cuidado individualizado e um suporte para uma possível reabilitação.

Esses cuidados recebidos durante o período de internação mostram o trabalho multiprofissional e as dificuldades iniciais que a pessoa com lesão medular se depara, seja nas questões vesico-intestinais, ou nas lesões de pele como ilustrado abaixo

“Eu não ; mas, aos poucos a equipe de enfermagem, o médico e o fisioterapeuta que me acompanhava me orientaram sobre o que tinha acontecido comigo e como eu poderia cuidar da minha bexiga e do intestino...o que eu poderia comer para ajudar meu intestino funcionar...naquele momento não sabia como era importante aprender isso (P4).”

“A questão do banho, eu tive muita dificuldade, porque não tinha equilíbrio nenhum, eles me colocavam numa cadeira dessas de praia, de plástico aí, tive bastante dificuldade no hospital, tanto que tentava ao máximo evitar o banho

porque era, além de ser doloroso era muito desconfortável, muito desconfortável (P3)”.

As maiores dificuldades encontradas pelas pessoas com lesão medular são decorrentes dos problemas de adaptação, considerando que os cuidados básicos passam a ter dimensão muito maior na vida cotidiana, já que tudo era realizado de forma rotineira. Isso denota a necessita de grandes ajustes e de uma relação de dependência com familiares e cuidadores, conforme se percebe no relato abaixo

“Antes eu fazia tudo sozinho...tomava banho, me alimentava, me vestia...enfim, era independente. Hoje já não consigo mais fazer quase nada, dependo de alguém para me ajudar até nas tarefas básicas, mas não tenho o que me queixar pois minha filha e familiares me ajudam muito. (P10) ”.

“Aos poucos fui aprendendo a fazer o que ensinaram sobre o intestino a bexiga e as mudanças de posição, foi tudo diferente...nem imagina como seria isso, quando não podia fazer minha mãe ou outro familiar me auxiliava...é complicado depender dos outros (P7) ”.

Cabe destacar que essa nova realidade exige reestruturação considerável na família da pessoa com lesão medular, já que boa parte dos cuidados, agora necessários, precisa do aprendizado e do empenho de todos, tanto do lesionado, quanto de quem cuidará e acompanhará o processo de reabilitação. Desta forma, as orientações recebidas pela equipe para auxiliar na independência são de grande importância

“As orientações que recebi no hospital me ajudaram muito quando voltei para casa; mas minha mãe precisou ficar comigo.... Agora ela mora aqui na minha casa, embora minhas irmãs e

meu cunhado sempre me ajudam nas tarefas ( P5 )”.

“Recebi orientações sobre o cateterismo, quando eu saí de lá ela foi novamente bem, como que eu posso dizer, bem trabalhada, foi bem explicada pela enfermeira. que eu deveria fazer o cateterismo para evitar infecções ou dando problemas com rim ou bexiga depois (P4)”.

Diante de pessoas que enfrentam essa repentina alteração de sua vida, por tantas mudanças, embora de fundamental importância, a orientação e o acompanhamento das pessoas precisa acontecer ainda numa fase precoce de pós-trauma, o que facilita adaptação satisfatória às atividades diárias; é também necessário que o conhecimento sobre essa nova condição e os cuidados primordiais sejam repassados a familiares e cuidadores.

### **SUBCATEGORIA: O resgate e atendimento hospitalar**

O atendimento nas unidades de urgência e emergência e a condução realizada no momento da lesão são descritas minuciosamente, pois fazem parte do marco da lesão medular e apontam para a importância desse cuidado, pois, após o atendimento dos socorristas, é nas unidades hospitalares que os cuidados em saúde são continuados e podem influenciar diretamente no andamento do tratamento e na prevenção das sequelas mais comuns neste tipo de lesão

“Lá no hospital, no pronto socorro que realmente iniciaram os meus cuidados.....fiz vários exames, fiz minha cirurgia, a fixação da coluna. O tempo de internação me ajudou muito pois aprendi coisas importantes para o meu dia a dia. (P9)”.



“O período que eu fiquei lá no hospital lá, acabou tudo sendo novo, desde banho , até o cateterismo em si é o cateterismo foi a primeira coisa que o pessoal me passou lá, que era necessário estar sendo feito e que iria auxiliar minha bexiga(P4)”.

A pessoa com lesão percebe a importância dos primeiros cuidados da equipe de saúde e enaltece o cuidado recebido, ressaltando aspectos como a confirmação do diagnóstico por meio de exames e critérios claros para o estabelecimento da conduta clínica

“Na emergência, não fui mexido, não foi dado nenhum medicamento sem tirar um raio X, não lembro se era ultrassonografia ou raio X, mas enfim, fizeram todo procedimento com cuidado, virando, foi bem tranquilo, só depois o médico especialista na área chegou rápido. Ai que foram medicar e ver o que tinha acontecido, tiveram essa preocupação de primeiro ver o que aconteceu e depois me explicaram o que tinha acontecido. Isso foi muito importante, achei positivo (P8)”.

Esse processo de perda da capacidade funcional é marcado por mudança de alterações funcionais, sejam elas físicas psicológicas ou sensoriais. As pessoas com lesão medular podem ter um grau de dependência funcional, mas isso não significa que ele seja incapaz de exercer e executar determinadas funções ou atividades. A incapacidade, seja ela momentânea ou permanente, poderá ser minimizada quando o meio lhe possibilitar esse acesso, bem como pelos cuidados recebidos durante o atendimento.

## DISCUSSÃO

A lesão medular é agravo repentino que pode alterar a vida da pessoa, repentinamente, que acarreta diversas mudanças psicológicas, físicas e funcionais e que na maioria das vezes limita as atividades que a pessoa desenvolvia antes da lesão de maneira casual e que agora passa a ser limitada. A sua etiologia muda de acordo com as regiões do país, mas ,na sua maioria, é devido aos acidentes automobilísticos, quedas, perfuração por armas de fogo, armas brancas, mergulhos em águas, entre outros, corroborando com os achados desta pesquisa, haja vista que a maior parte dos entrevistados adquiriu a lesão medular em decorrência de acidentes automobilísticos e com armas de fogo. Sabidamente, no Brasil, atinge uma população jovem e na sua maioria do sexo masculino. A partir do evento lesão medular essa pessoa necessita de cuidados especializados e orientações direcionadas, assim como sua família e seus cuidadores (VICTOR BARBOSA e FIGUEIREDO CARVALHO; 2011; SILVA, et al .; 2012; TEIXEIRA, et al . ; 2013; FREZ, et al 2014).

O atendimento a pessoa com lesão medular constitui desafio para os profissionais de saúde, e estes, por sua vez, devem envolver a família e a rede social de apoio no cuidado para que a qualidade de vida da pessoa possa se restabelecer o mais precocemente possível, ampliando sua expectativa de vida (VENTURINE, DECESAREO e MARCON; 2008;). Nesse contexto, cabe ressaltar que o atendimento inicial se faz fundamental, considerando que além do risco da lesão, lidamos como a possibilidade do óbito.

Num segundo momento, após a pessoa ficar ciente do seu estado de saúde e ter a percepção da lesão medular, é necessário que os cuidados de saúde sejam ensinados e orientados diariamente, permitindo o aprendizado de todas as atividades necessárias para a sua independência funcional, desde que respeitadas suas limitações impostas pela lesão.

A equipe de enfermagem necessita se inteirar sobre os dados epidemiológicos da lesão medular no Brasil para que possa indicar medidas de prevenção desde o momento do trauma e reconhecer, de maneira rápida e efetiva, as complicações que podem advir desse agravo, atuando de maneira assertiva na sua prevenção (ROCHA, MAIA e BRASILEIRO, 2012).

As práticas de saúde pelos diversos programas existentes na atenção básica, apesar de auxiliarem, não asseguram a proteção dos sujeitos com lesão medular, pois existem barreiras à construção de práticas de saúde solidárias e acolhedoras, que possibilitem a efetivação e resolubilidade das pessoas (FRANÇA et.al, 2011). Em todos os depoimentos são mencionados uma cascata de acontecimentos que geram o trauma. De acordo com Schoeller et al (2012, p.99)

“As pessoas acometidas revisitam incessantemente o momento do trauma, na busca do entendimento sobre o acontecido e as possibilidades de enfrentamento. A partir deste retorno ao momento da lesão torna-se possível repensar e reinterpretar os fatos de modo a reconstruir relações e acontecimentos. Importante salientar que a manipulação da pessoa no local do acidente determina o futuro da lesão e a conduta dos profissionais de saúde no momento do trauma é responsável, por vezes, por agravar a lesão”

Para a autora, o caráter inesperado da lesão se apresenta de maneira marcante, considerando suas consequências, mesmo diante de possível reversão. Existe consciência da gravidade do trauma e da lesão que agora se faz presente e o rompimento entre a vida até então vivida e a que se apresenta, que se cristalizam de maneira efetiva e significativa. No estudo, encontramos concordância das pessoas entrevistadas, principalmente no que diz respeito ao trauma e às mudanças percebidas a partir desse momento.

Dentro do evento gerador do trauma, não podemos negar que essa experiência traz ruptura drástica com a vida que a pessoa levava antes do trauma e que a partir desse momento terá que procurar mecanismos para se readaptar a essa nova situação.

Segundo Schoeller et al (2012, p.96) relatam que a

“A pessoa se depara com uma condição completamente desconhecida, grave e incapacitante por um longo período de tempo, ou para o restante da vida, o que implica na autoimagem, no reconhecimento da nova condição física, na relação com o mundo e com as pessoas que a cercam, numa relação variada de significados e sentimentos no enfrentamento da nova vida”.

A partir do trauma, a pessoa pode apresentar um amálgama de sentimentos, os quais foram relatados por Fecho et al (2009, p.41) como “agressividade, insegurança, ansiedade, isolamento social, desespero, sentimento de inferioridade, raiva e medo”. Embora esses sentimentos possam se fazer presentes no início da lesão, encontramos neste estudo, principalmente os sentimentos ligados à ansiedade do novo e do desconhecido, o desespero de como a vida seguirá seu curso a partir deste ponto e o sentimento negativo advindo da lesão medular.

No traumatismo raquimedular é consenso na literatura que o processo de independência funcional tenha início já no momento do acidente, pois requer nova aprendizagem por parte do paciente e da família diante de uma vida completamente diferente. A partir daí o maior desafio é a prevenção das complicações ou de incapacidades secundárias que, se contornadas, melhoram gradativamente o potencial funcional desses sujeitos (SCHOELLER et al.,2012).

Quanto antes iniciar o processo ensino/orientação à pessoa com lesão medular, aos seus familiares ou cuidadores, melhor aproveitadas serão essas orientações, evitando a presença de complicações secundárias à lesão medular.

Os cuidados em saúde prestados à pessoa com lesão medular são fundamentais para evitar ou minimizar deformidades articulares, osteopenia, fraturas secundárias e trombose venosa profunda, a incidência de infecções e outras complicações pulmonares, assim como os cuidados com a pele evitam o desenvolvimento de úlceras por pressão. Cuidados adequados com as vias urinárias (uma das principais causas de óbito em pessoas com lesão medular no passado) e com o intestino, evitam complicações graves. Todas estas medidas podem reduzir a morbidade e a mortalidade, além de melhorar a qualidade de vida da pessoa com lesão medular (REDE SARAH, 2012).

A literatura corrobora com os achados encontrados no estudo, principalmente em relação ao despreparo na condução, após o acidente, o que poderá trazer dificuldades no processo de reabilitação, até o momento em que a pessoa consiga adquirir sua independência funcional e trazer novas possibilidades na sua vida (POLIA e GUILHARDE, 2007).

Diante de pessoas que vivenciam essa repentina alteração de sua vida, por tantas mudanças, a orientação e o acompanhamento das pessoas deve acontecer desde fase precoce de pós-trauma, o que facilita adaptação satisfatória às atividades diárias. E também é imperioso e necessário que o conhecimento sobre essa patologia seja repassado a familiares e cuidadores, pois se torna necessário trabalhar o conhecimento sobre as relações entre eles (AZEVEDO e SANTOS, 2006).

Portanto, diante desses estudos podemos considerar que não existe tratamento eficaz que resolva a patologia após a lesão medular e sim que a reabilitação, de forma mais precoce possível, é umas das maneiras de evitar complicações associadas ao TRM.

De acordo com o potencial de reabilitação da pessoa, é possível fornecer meios de torná-la o mais independente para as atividades da vida diária, melhorando a qualidade de vida e sua reinserção social.

Conforme relatado por Vall et al. (2006), as pessoas com lesão medular traumática apresentam comprometimento de sua qualidade de vida em diversos aspectos, desde os aspectos físicos e emocionais e, principalmente, aos o que se refere à inserção social, pois esse sujeito fica, na maioria das vezes, isolado dos amigos, do seu grupo de trabalho, da sua roda de convívio social ,da participação na comunidade, na religião, pela própria limitação física imposta pela lesão medular o que compromete sua interação social. Cabe salientar que no presente estudo não encontramos ,no primeiro momento após a lesão medular, o isolamento da pessoa frente seu ciclo familiar e dos amigos próximos, embora isso ocorra pela situação do afastamento devido à patologia e a

seu período longo de recuperação e incerteza; porém, em um segundo momento, a busca pela integração social se faz presente.

Cada pessoa é um ser individual com uma história de vida e com características próprias que podem determinar de forma decisiva as capacidades funcionais e psicossociais preservadas para serem trabalhadas na aquisição de sua independência funcional. Através da reabilitação, pessoas com incapacidades serão capacitadas para mobilizar recursos, decidir o que desejam e o que são capazes de ser, que metas querem alcançar através de seus esforços e seguir seus caminhos previstos. O programa de tratamento deve ser específico para cada paciente, levando em consideração não apenas o nível da lesão, mas o paciente como um todo, já que cada um apresenta características, necessidades e anseios próprios (VALL, 2011).

Nesse sentido de conduzir uma vida cheia de mudanças após a lesão medular, foi observado por Barone e Waters (2012) quando estudou sobre o enfrentamento e adaptação de adultos com lesão medular que a adaptação biopsicossocial após a lesão medular constitui um desafio com várias faces, não só para o indivíduo, mas também para sua família e profissionais da saúde e que lidar de maneira adequada com essa condição propicia uma melhora na qualidade de vida e reduz as complicações decorrentes da lesão medular.

O cuidado em saúde abrange todo o cuidado prestado por membros da equipe multi ou interdisciplinar de saúde à pessoa com lesão medular sob seus cuidados. Os primeiros cuidados são fundamentais no sentido de garantir recuperação menos traumática e com qualidade significativa. Para Bruni et al. (2004) relatam as principais complicações (bexiga e intestinos neurogênico, disreflexia

autônômica, ossificação heterotópica, disfunção erétil, entre outras), sendo que estas, aliadas às complicações secundárias, podem afetar a oferta do cuidado em saúde, interferindo na sua qualidade de vida, o que é corroborado por outros autores (TEDDE ET AL.,2012).

Para Cristante et. al (2012), a combinação de várias estratégias terapêuticas pode ser empregada com o objetivo de permitir e minimizar as complicações, bem como proporcionar que o cuidado em saúde melhore a qualidade de vida (TEDDE et al.;2012); Vall, Violante e Almeida (2006) frisam que o paciente com lesão medular traumática possui comprometimento da sua qualidade de vida, em todos os seus domínios, principalmente no que se refere aos aspectos sociais, tendo em vista que na maioria das vezes o indivíduo se isola da sociedade, deixando de lado seus afazeres sociais e laborativas (FRANÇA et al.;2011; GRAÇA et al.;2013).

A família exerce papel fundamental na readaptação da pessoa com lesão medular, mas para isso é necessário o suporte da equipe de enfermagem que deve possuir conhecimentos amplos para auxiliar nesse processo de reinserção social, bem como deve conhecer a realidade local facilitando e informando sobre o acesso aos serviços de saúde (SCHOELLER et al, 2011; NOGUEIRA et al., 2012; FRANÇA et al.;2012).

Assim como referenciado pelos autores, no estudo aqui apresentado,verificou-se que a família é fundamental no apoio diário da pessoa com lesão medular e em especial no auxílio à readaptação ao contexto social. O estudo apontou sobre a necessidade da equipe de saúde de informar e de encaminhar aos serviços especializados, que possibilitem a sua reabilitação funcional.



O aspecto educacional da saúde pode ser afetado por vários fatores como o estado de saúde das pessoas com lesão medular, sua receptividade para o cuidado, além das complicações que podem afetar esse cuidado, entre eles a depressão que afeta muitas pessoas (CONCEIÇÃO et.al, 2010). A pessoa com lesão medular deve ser incentivada à autonomia para vários atos na vida diária. Dentro desses aspectos, as intervenções de enfermagem no cuidado em saúde possibilitam sedimentar essa perspectiva de liberdade.

Vall, Lemos e Janebro (2005) apontam que as decisões do cuidado em enfermagem quando embasadas em teorias de enfermagem contribuem para a prática assistencial. Essas teorias pautadas no cuidado, tanto para o sujeito, como para a família ou cuidadores, revestem os sujeitos da capacidade de retomar seus projetos pessoais (AZEVEDO; 2006). Pereira e Araújo (2006) enfatizam que a comunicação dentro do processo de cuidado, seja ela com a família, sujeito e rede de apoio têm um papel importante na forma de auxiliar na condução do programa de reabilitação, que deve ser individualizado.

No estudo, identificou-se que o atendimento hospitalar às pessoas com lesão medular podem ser melhoradas se as condutas tomadas frente a um trauma raquimedular forem sincronizadas e os protocolos internacionais forem seguidos, que respeitem uma atenção especializada e padronizada, aplicadas a todos as pessoas vítimas desse agravo à saúde. Cabe destacar a necessidade de visardesde o momento do trauma até a alta hospitalar à independência funcional para que assim possamos ter uma pessoa reabilitada e independente. Assim, o cuidado integral e multiprofissional prestado ao sujeito com lesão medular mostra-se intimamente relacionado com a lesão medular

adquirida, considerando que o cuidado em saúde visa à independência funcional da pessoa, desde o início da lesão, tornando a reabilitação mais rápida e efetiva.

## CONCLUSÕES

O evento que acarreta a lesão medular traumática é repentino, abrupto, e traz consequências, na maioria das vezes, permanentes. Além destes, importam as sequelas, não somente de ordem física, mas também psicológicas o que afeta de maneira singular a vida da pessoa, da família e da sociedade, que precisa se preparar para atender essa demanda de modo especializado.

Sua qualidade de vida fica prejudicada pelas limitações funcionais que a lesão acarreta e a reabilitação física e funcional é um processo fundamental para que essa pessoa atinja de maneira mais eficaz a sua independência.

O processo de cuidado para independência funcional da pessoa com lesão medular deve ser iniciado de maneira mais rápida e precoce possível. A partir do evento gerador do trauma medular e os cuidados em saúde, prestados no momento do evento do trauma, é de extrema importância para a vida posterior da pessoa e esses cuidados se iniciam quando do momento dos primeiros socorros, geralmente prestados pelo corpo de bombeiros ou pelo SAMU, até a condução a um hospital geral.

Cabe à equipe de saúde intensificar esses cuidados e orientações com as pessoas com lesão medular, os familiares e cuidadores, para que possam auxiliar de maneira efetiva na condução da independência funcional após a alta hospitalar.

O cuidado em saúde a pessoa com lesão medular é complexo e a alta hospitalar da pessoa com lesão medular não deve ser encarada como o término do tratamento. Na maioria das vezes necessita ser prolongado ao domicílio da pessoa com a continuação das orientações sobre o cuidado em saúde até a chegada num centro de reabilitação especializado.

Segundo os entrevistados, de maneira geral, foram cuidados de forma atenciosa e rápida durante o evento trauma raquimedular, de acordo com suas próprias experiências. Não foi possível constatar se estes cuidados foram os preconizados tanto pela ciência quanto pelas políticas públicas. Não foi objetivo precípua no estudo, embora este esteja implicado com princípios de eficiência e eficácia determinados nos dois parâmetros apontados acima.

Pesquisas que compreendam o processo de independência funcional da pessoa com lesão medular a partir do acidente e dos primeiros cuidados prestados no ambiente hospitalar são de extrema importância, pois auxiliam no entendimento desse cuidado que é complexo e contribuem para traçar novas formas de cuidar dos lesados medulares, bem como nas maneiras de orientar ,de forma eficaz ,os familiares e cuidadores. Assim, outros estudos são necessários para compreender o processo de independência funcional das pessoas com lesão medular e o cuidado necessário a essa população.

**REFERÊNCIAS**

ALBUQUERQUE A. L., MACIEL E. **Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-driven Sampling” na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas.** Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP; Rio de Janeiro: Ministério da Saúde – Fiocruz, 2009. Dissertação de Mestrado, 99p.

AMARAL, MARIA TERESA MENDONÇA PINTO. **Encontrar um novo sentido da vida:** um estudo explicativo da adaptação após lesão medular. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, Sept. 2009

ANDRADE, M.J; GONÇALVES, S. **Lesão Medular Traumática:** recuperação neurológica e funcional. **Acta Med. Port.** 2007; 20: 401-406

ASSIS, GISELA MARIA; FARO, ANA CRISTINA MANCUSSI. **Auto cateterismo vesical intermitente na lesão medular.** **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, Mar. 2011.

AZEVEDO, GISELE REGINA; SANTOS, VERA LÚCIA CONCEIÇÃO DE GOUVEIA. **Cuida-dor (d)eficiente:** as representações sociais de familiares acerca do processo de cuidar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, out. 2006 . Disponível em  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692006000500020&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000500020&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 14 março. 2015.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000500020>.

BAMPI, LUCIANA NEVES DA SILVA; GUILHEM, Dirce; LIMA, DAVID DUARTE. Qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática: um estudo com o WHOQOL-bref. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 11, n. 1, Mar. 2008. Available from  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2008000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000100006&lng=en&nrm=iso)>. Access on 27 Mar. 2014.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000100006>

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** SP: Edição 70, 2014

BARONE, SH, WATERS, K. **Coping and adaptation in adults living with spinal cord injury.** *J Neurosci Nurs*; 2012 Oct;44(5):271-83.

BRASIL MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Secretaria de Educação Especial. Sala de Recursos Multifuncionais: espaços para o Atendimento Educacional Especializado. Brasília: MEC/SEESP, 2007.

BRITO, LUCIANE MARIA OLIVEIRA ET AL. **Avaliação epidemiológica das pacientes vítimas de traumatismo raquimedular.** *Rev. Col. Bras. Cir.*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 5, Oct. 2013.

BRUNI, DENISE STELA ET AL. **Aspectos fisiopatológicos e assistenciais de enfermagem na reabilitação da pessoa com lesão medular.** *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 38, n. 1, mar. 2004 .

CASALIS, M.E.P. RAMOS Lesão medular. In: Teixeira E. Terapia ocupacional na reabilitação física. São Paulo: Roca; 2007.

CONCEICAO, MARIA INÊS GANDOLFO ET AL. Avaliação da depressão em pacientes com lesão medular. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo , v. 12, n. 1-2, jun. 2010 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-55452010000100003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452010000100003&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 27 mar. 2014.

COSTA, Viviane de Souza Pinho et al. Representações sociais da cadeira de rodas para a pessoa com lesão da medula espinhal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, ago. 2010

COSTA, FABRÍCIA AZEVÊDO DA; SILVA, DIANA LÍDICE ARAÚJO; ROCHA, VERA MARIA. Severidade clínica e funcionalidade de pacientes hemiplégicos pós-AVC agudo atendidos nos serviços públicos de fisioterapia de Natal (RN). **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, supl. 1, 2011 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700068&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700068&lng=en&nrm=iso)>. access on 19 Jan. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700068>. COSTA, J.S. Métodos de prestação de cuidados. Escola superior de enfermagem de Viseu – 30 anos. Porto, 2004.

CRISTANTE, ALEXANDRE FOGAÇA ET AL. Therapeutic approaches for spinal cord injury. **Clinics**, São Paulo, v. 67, n. 10, p.

1219-1224, Oct. 2012. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1807-59322012001000016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322012001000016&lng=en&nrm=iso)>. Access on 22 Apr. 2015. [http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2012\(10\)16](http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2012(10)16).

DINIZ, ERICKA ELLEN CARDOSO DA SILVA et.al. Programa de atenção multidisciplinar em busca da reabilitação e reinclusão de indivíduos portadores de lesão medular. *CADERNOS DE EDUCAÇÃO, SAÚDE E FISIOTERAPIA*. v. 1, n. 2 (2014)

FECHIO, MAIRA BALDAN ET AL. **A repercussão da lesão medula na identidade do sujeito**. *Acta Fisiátrica*, 16(1):38-42; 2009.

FILHO, JWSC, SOUGEY EB. Transtorno de estresse pós-traumático: formulação diagnóstica e questões sobre comorbidade. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2001;23(4):221-8

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 1, p. 17-27, enero 2008 . Disponible en <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000100003&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003&lng=es&nrm=iso)>. accedido en 04 mayo 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>

FRANÇA, INACIA SÁTIRO XAVIER et al . Qualidade de vida de adultos com lesão medular: um estudo com WHOQOL-bref. **Rev. Esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, Dec. 2011. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000600013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600013&lng=en&nrm=iso)>. Access on 27 Mar. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600013>

FRANÇA, INÁCIA SÁTIRO XAVIER et al. **The no-care of patients with spinal cord injuries in primary care: bioethical challenges for health policies**. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 65, n. 2, Apr. 2012. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200006&lng=en&nrm=iso)>. Access on 07 Apr. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000200006>.

GIANINI, PRISCILA ELISA SIQUEIRA; CHAMLIAN, THEREZINHA ROSANE; ARAKAKI, JULIANO COELHO. **Dor no**

**ombro em pacientes com lesão medular. Acta ortop. bras.,** São Paulo , v. 14, n. 1, 2006 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-78522006000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-78522006000100010&lng=en&nrm=iso)>. Access on 27 Mar. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-78522006000100010>.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 1999.

GOODMAN, L. Snowball Sampling. In: *Annals of Mathematical Statistics*, 32:148-170, 191.

GRACA, ÁGATHA et al . **Quality of life of primary caregivers of spinal cord injury survivors. Rev. bras. enferm.,** Brasília , v. 66, n. 1, Feb. 2013. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100012&lng=en&nrm=iso)>. Access on 07 Apr. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000100012>.

GOODMAN, L. Snowball Sampling. In: *Annals of Mathematical Statistics*, 32:148-170, 1961.

IMAMURA et.al. Osteoporose em lesão medular: reabilitação. **Acta Fisiatr.** 2013;20(2):112-117

MACHADO WCA, ALVAREZ AB, TEIXEIRA MLO et al. **Como cuidadores de paraplégicos lidam com sobrecarga de atividades no dia a dia. J. res.: fundam. care. online** 2015. jan./mar. 7(1):1796-1807

NOGUEIRA, P.C et al . **Sobrecarga do cuidado e impacto na qualidade de vida relacionada à saúde de cuidadores de indivíduos com lesão medular. Rev. Latino-Am. Enfermagem,** Ribeirão Preto , v. 20, n. 6, Dec. 2012 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692012000600006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000600006&lng=en&nrm=iso)>. access on 07 Apr. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000600006>.

PEREIRA, MARIA ELOÁ MOREIRA DA SILVA MARTINS; ARAUJO, TEREZA CRISTINA CAVALCANTI FERREIRA. **Estratégias de enfrentamento na reabilitação do traumatismo raquimedular. Arq. Neuro-Psiquiatr.,** São Paulo , v. 63, n. 2b, June 2005 . Available from

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2005000300025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2005000300025&lng=en&nrm=iso)>. Access on 27 Mar. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2005000300025>.

PEREIRA, M. E. M. S. M., & ARAUJO, T. C. C. F. (2006). **Enfrentamento e reabilitação de portadores de lesão medular e seus cuidadores.** *Psico* (Porto Alegre), 37(1), 37-45. [ Links ]

RABEH, S.A.N.; CALIRI, M.H.L. **Capacidade funcional em indivíduos com lesão de medula espinal.** *Acta paul. enferm.* São Paulo, v. 23, n. 3, jun. 2010 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002010000300002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000300002&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 16 nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000300002>.

REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO. Disponível em [WWW.sarah.br](http://www.sarah.br), acesso em 30 de agosto de 2012.

RICCI NA; KUBOTA MT; CORDEIRO RC. **Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar.** *Rev. Saúde Pública*, 2005; 39(4):655-62.

ROCHA RICARDO GUIMARÃES, MAIA RUBERVAL FERRAZ, BRASILEIRO MARISLEI ESPÍNDULA. O perfil do paciente com lesão medular e a importância do conhecimento de enfermagem na assistência. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição** [serial on-line] 2012 jan-jul 4(4) 1-15. Available from: <<http://www.ccen.com.br/revista>

SCHOELLER, S.D.; et al. Características das vítimas de acidentes motociclisticos atendidas em um centro de reabilitação de referência estadual do sul do Brasil. *Acta fisiatr.* 2011; 18(3): 141 – 145

SCHOELLER, S.D.; et al. **Mudanças na vida das pessoas com lesão medular adquirida.** *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2012 jan/mar;14(1):95-103. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a11.htm>. Acesso em 15 de abril. 2015.



SILVA, B.T.; COSTA SANTOS, S.S. Cuidados aos idosos institucionalizados - opiniões do sujeito coletivo enfermeiro para 2026; **Acta Paul Enferm** 2010;23(6):775-81.

SILVA, GELSON AGUIAR et al. **Avaliação funcional de pessoas com lesão medular: utilização da escala de independência funcional - MIF. Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 4, dez. 2012. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000400025&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400025&lng=pt&nrm=iso). acessos em 03 fev. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000400025>.

SILVEIRA, L. *et al.* **Medida de independência funcional: um desafio para a Enfermagem. Rev. Saúde Públ.** Santa Cat., Florianópolis, v. 4, n. 1, jul./dez. 2011

TEDDE, MIGUEL L. et al . **Diaphragmatic pacing stimulation in spinal cord injury: anesthetic and perioperative management. Clinics**, São Paulo, v. 67, n. 11, Nov. 2012 Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1807-59322012001100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322012001100007&lng=en&nrm=iso). Access on 07 Apr. 2014. [http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2012\(11\)07](http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2012(11)07).

TEIXEIRA, MANOEL JACOBSEN et al. **Neuropathic pain in patients with spinal cord injury: report of 213 patients. Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo , v. 71, n. 9A, p. 600-603, Sept. 2013 . Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2013000900600&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2013000900600&lng=en&nrm=iso). Access on 02 May 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0004-282X20130103>.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa:** construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde humanas. 4ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

**UNIFORM DATA SYSTEM FOR MEDICAL REHABILITATIONS**, Functional Independence Measure - FIM. State University of New York: Buffalo, 1984

VALL, JANAINA; VAB, BRAGA. **Dor neuropática central após lesão medular traumática:** capacidade funcional e aspectos sociais. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, v. 9, n. 3, p. 404-10, 2005.

VALL, JANAINA; BRAGA, VIOLANTE AUGUSTA BATISTA; ALMEIDA, PAULO CÉSAR. **Estudo da qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática.** *Arq neuropsiquiatr*, v. 64, n. 2-B, p. 451-5, 2006.

VALL, JANAÍNA et al. **Neuropathic pain characteristics in patients from Curitiba (Brazil) with spinal cord injury.** *Arquivos de neuro-psiquiatria*, v. 69, n. 1, p. 64-68, 2011.

VENTURINI, DANIELA APARECIDA; DECÉSARO, MARIA DAS NEVES; MARCON, SONIA SILVA. **Conhecendo a história e as condições de vida de indivíduos com lesão medular.** *Revista gaúcha de enfermagem*, v. 27, n. 2, p. 219, 2006.

VICTOR BARBOSA, ISLENE; FIGUEIREDO CARVALHO, ZUILA MARIA. **Sentimientos de los Familiares ante la Lesión Medular.** *Index Enferm*, Granada, v. 20, n. 1-2, jun. 2011 .  
Disponível em  
<[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962011000100012&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100012&lng=es&nrm=iso)>. acessado em 02 mayo 2015.

## MANUSCRITO 2: A REABILITAÇÃO DA PESSOA COM LESÃO MEDULAR: aprender a viver de novo.

### RESUMO

**Introdução:** O trauma raquimedular acarreta várias alterações na vida da pessoa, principalmente alterações de ordem sensitiva e motora. Traz consigo uma série de limitações físicas a partir do evento lesão medular, mas que podem ser minimizadas através da reabilitação, a qual auxilia na compreensão da aquisição da independência funcional da pessoa. **Objetivo:** Explicar os aspectos da reabilitação na aquisição da independência funcional das pessoas com lesão medular. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa, do tipo exploratória, com coleta de dados entre os meses setembro a novembro de 2014, através de entrevista semiestruturada com 10 participantes com lesão medular traumática, realizado no domicílio das pessoas. A análise dos dados ocorreu por meio da Análise de Conteúdo de Lawrence Bardin. **Resultados e Discussão:** Evidenciou-se no referido estudo, que o enfrentamento da lesão é um processo novo, desde o desafio de reconstruir uma “nova vida” até o recomeço da reestruturação do cotidiano, com conquistas da independência funcional a partir do processo de reabilitação. Os dados apontaram que a reorganização da vida, do cuidado e do dia-a-dia envolvem, muitas vezes, a participação de familiares e de cuidadores, necessários a essa nova etapa. Outro ponto destacado foi o uso das tecnologias assistivas, as quais auxiliam na reabilitação e são postas como aliados da pessoa com lesão medular. **Conclusões:** A reabilitação é processo longo iniciado desde o momento

do acidente até a chegada em um centro de reabilitação, que envolve além da pessoa, seus familiares e cuidadores; mas que esta intimamente ligada não só às condições físicas e clínica, mas também às condições psicológicas. Não se tem programas fechados de reabilitação, esses devem ser definidos através de metas individuais discutidas com a pessoa e com a equipe de reabilitação.

**Palavras Chave:** reabilitação; traumatismos da medula espinal; assistência à saúde.

## INTRODUÇÃO

O traumatismo raquimedular é considerado grave problema de saúde pública, pois atinge população jovem em fase economicamente produtiva resultando em alto custo econômico e social para o país. É um evento complexo, que afeta não só o indivíduo, mas também a família e a sociedade (ASSIS e FARO, 2011; SILVA, et al. 2012).

Quando se procuram identificar visão geral do traumatismo raquimedular, verificamos a predominância do gênero masculino sobre o feminino, demonstrando maior exposição a acidentes e violências, que são as principais causas de lesões medulares no Brasil, conforme relatam Schoeller et al (2012). Também em relação à faixa etária, um estudo de qualidade de vida com 341 pessoas com lesão medular traumática, através da aplicação da CIF<sup>2</sup>, verificou que a maioria era

---

<sup>2</sup> A classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), mensura a função motora de acordo com critérios pré-estabelecidos.

composta de adultos jovens, com idade variando entre 18 e 60 anos (CHANG et al, 2012).

Em nosso país, embora não haja dados específicos da incidência de lesão medular, o Sistema Único de Saúde (SUS) registrou em 2004, 15.700 internações hospitalares, com 505 óbitos decorrentes de fratura da coluna (TARICCO *et al*, 2008). Segundo dados do Ministério da Saúde (2012) foram realizados no último ano 972.847 internações hospitalares por causas externas, com gasto pelo SUS de R\$ 1 bilhão para custear este atendimento. As pessoas com lesão medular demandam cuidados, não só de enfermagem, mas cuidados de saúde, os quais são fornecidos por uma equipe multidisciplinar.

Cabe destacar que o tratamento é longo, caro e quase sempre deixa sequelas irreversíveis, ocasionando grande transtorno à qualidade de vida da pessoa afetada, devido à dependência de cuidadores, familiares e do Estado, através da prestação de serviços de saúde, principalmente dos serviços de reabilitação, que são demorados e nem sempre apresentam resultados satisfatórios (ASSIS e FARO, 2011; SILVA, et al.2012).

Logo após a estabilização da fase aguda, faz-se necessário o início dos cuidados com a reabilitação, sendo inicialmente preventiva e posteriormente a assistência se volta para a independência do paciente envolvendo a família e cuidador.

Concordamos com o autor quando afirma que “o cuidado deve ser compartilhado entre os diversos profissionais de saúde, de maneira que todos se sintam responsáveis pela prestação do cuidado integral a essas pessoas e seus familiares” (ALBUQUERQUE, FREITAS, JORGE; 2009).

Uma vez parte da equipe multidisciplinar, o enfermeiro tem papel fundamental no processo de reabilitação. Para que possa prestar assistência com qualidade, é importante ter conhecimento dos sentimentos vivenciados pelos pacientes nesta etapa e pautar suas ações visando a uma maior independência e reinserção social dos mesmos, e, conseqüentemente, a melhorar a qualidade de vida das pessoas com lesão medular. Para tanto, este artigo tem como objetivo geral explicar os aspectos da reabilitação na aquisição da independência funcional das pessoas com lesão medular.

## **MÉTODOS**

Utilizou-se da abordagem qualitativa e exploratória, na qual a coleta de dados ocorreu no período compreendido entre os meses de setembro a novembro de 2014. Para coleta de dados, em um primeiro momento foi estipulado um número de 10 pessoas com lesão medular, sendo que constatamos saturação dos dados com este número de sujeitos, isto é, as falas dos entrevistados iniciaram um processo de exaustividade e repetição, não havendo a necessidade de ampliar o número de entrevistados (FONTANELLA, RICAS e TURATO, 2008). O método adotado para a coleta de dados foi o da entrevista semi-estruturada, a qual ocorreu no domicílio dos participantes, a partir de um roteiro elaborado *a priori*. O tempo médio de cada entrevista foi de 90 minutos, sendo realizada pelo próprio pesquisador. Primeiramente foi realizado um teste piloto para a adequação de algumas perguntas propostas na entrevista. A validação da entrevista ocorreu pelos pares e

também pelos entrevistados os quais receberam a transcrição e puderam opinar sobre a coerência das falas.

Na busca pelos sujeitos da pesquisa, foi adotada a técnica de *snowball* proposta por GOODMAN (1961, apud ALBUQUERQUE, FREITAS, 2009), também conhecida como *snowball sampling* (“bola de neve”). De acordo com o autor, esta técnica é utilizada em pesquisas sociais, na qual os participantes iniciais indicam novos participantes (seus conhecidos). Essas pessoas conheciam outros sujeitos, que foram os próximos participantes da pesquisa. A técnica metodológica “bola de neve” é considerada não probabilística, devido à sua estratégia de recrutamento, tendo em vista que não é possível determinar a probabilidade de seleção de cada participante da amostra. A primeira pessoa entrevistada foi encontrada ao acaso na comunidade e, posteriormente, indicou o próximo participante do estudo.

Ressaltamos que o estudo foi realizado com pessoas que possuíam o diagnóstico de lesão medular traumática, o qual se adotou como critério de inclusão: adultos de ambos os sexos, após o término do período da fase de choque medular (consideramos 1 ano como período de fase de choque) e que no período de coleta de dados tivessem de um, até três anos de lesão. O item referente à avaliação da memória foi excluído da coleta de dados, pois o mesmo não se encontra alterado na lesão medular traumática.

Consideramos critério mínimo a fase de choque, a qual foi adotada para um período de um ano, pois conforme a literatura, a fase de choque medular pode variar de semanas até um ano após o trauma (VENTURINI DA, DECESARO e MARCON; 2007). Cabe destacar, que nessa fase aguda, encontramos flacidez dos membros paralisados,

abolição dos reflexos e retenção urinária. A possibilidade de melhora espontânea diminui após o primeiro ano de lesão, embora possa se estender por mais tempo (REDE SARAH, 2012).

Para o critério de exclusão, optou-se por pessoas que possuíam lesão cerebral associada. Desta forma, os participantes da pesquisa se constituíram de forma intencional, pois segundo Turato (2008), a amostragem proposital dentro da pesquisa qualitativa é composta por sujeitos definidos segundo critérios de inclusão, em que não ocorram as interferências das predileções pessoais do pesquisador.

As entrevistas foram gravadas, após autorização dos participantes, os quais assinaram o TCLE e posteriormente transcritas na sequência. Após transcritas, foram devolvidas aos participantes, com intuito de verificar a adequação do conteúdo transcrito e assegurar se as falas das pessoas entrevistadas condiziam com seus depoimentos. Para preservar a identidade dos participantes empregou-se o uso da letra (P) e os números em ordem numérica sequencial (1 a 10). Posteriormente, foi realizada a leitura flutuante, com a respectiva apreensão dos dados e posterior organização de categorias, pois no desenvolvimento de categorias, conceitos relacionados costumam ser agrupados para facilitar o processo de decodificação (BARDIN, 2014).

Na análise dos dados foi utilizado como referencial da Análise de Conteúdo de Lawrence Bardin (2014), considerando: a. pré-análise: fase de organização e sistematização das ideias, que ocorreu após a transcrição e leitura das entrevistas; b. exploração do material: fase em que as entrevistas foram classificadas de acordo com categorias (codificação), pré-determinadas, as quais emergiram após a leitura das entrevistas. Esta leitura permitiu alcançar a compreensão das falas das



pessoas; c. interpretação dos resultados: (categorias e subcategorias) obtidas das falas das pessoas com lesão medular, gerando as impressões do pesquisador, ou seja, a análise dos dados. Na busca de elucidar as interfaces apresentadas e demonstrar os resultados do processo de construção do artigo, apresentam-se no quadro abaixo a categoria e subcategorias que surgiram do processo de apreensão dos dados.

Quadro 2. Categoria e Subcategorias do Estudo.

	<b>CATEGORIAS</b>
<b>2. A REABILITAÇÃO NA AQUISIÇÃO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL:</b> o renascimento.	2.1 Compreendendo o processo de lesão medular: limitações e desafios 2.2 A importância da reabilitação; 2.3. Ter um cuidador; 2.4 A adaptação às tecnologias assistivas

Fonte: Aguiar (2015).

O referido artigo é proveniente do relatório de tese apresentado, tendo em vista a obtenção de doutoramento, sob o título: *Independência funcional da pessoa com lesão medular a partir do cuidado hospitalar*. Este estudo foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o nº 768.807 de 25 de agosto de 2014. De acordo com a Resolução 466/2012.

## RESULTADOS

reabilitação deve ser iniciada desde o momento do trauma da pessoa com lesão medular e perdurar ao longo da vida desta pessoa, pois é um processo contínuo de aprendizagem; do reaprender a viver com essa nova condição e no auxílio ao desenvolvimento de suas atividades de vida diária. Não é algo mágico e nem estanque, com começo meio e fim. As pessoas são reabilitadas continuamente, desde o início da lesão, através do enfrentamento, da compreensão do que significa reabilitar, bem como é primordial o envolvimento da família, do cuidador e também do aprendizado e da adaptação às novas tecnologias assistivas que, na maioria das vezes, são necessárias para facilitar seu cotidiano.

**CATEGORIA:** Compreendendo o processo de lesão medular: limitações e desafios

Compreender a lesão medular e suas respectivas etapas, e entender que este processo causa alterações motoras e de sensibilidade, de maneira significativa, traz a necessidade de lidar com as limitações e os desafios encontrados, os quais são imensuráveis, considerando toda a repercussão da lesão. Além das alterações que o corpo sente, ele não é dissociado das experiências vividas e que lhe dão significado. Enxergar o mundo a partir de limitações físicas é realidade que influencia e é influenciada pelo modo como se percebe que o mundo passa a vê-lo. Experimentar estes sentimentos não é mais fácil que os traduzir em palavras. É um novo que se apresenta diante de você, subitamente. Com a necessidade de se obter o maior número possível de informações sobre

a sua “nova” vida, mas sem perder a esperança, houve o imperativo do novo aprendizado tanto em termos práticos como emocionais.

“E a reabilitação e a dependência funcional é um processo sim, mas a cabeça também sabe, o processo é assim, você tem que estar muito bem contigo também, porque tu tens aquela parte psicológica muito grande, que afeta muito num lesado medular, você tem, tu tens várias preocupações também, então para você encarar alguma coisa de fato de fora, é muito difícil. Tipo, eu não imaginava assim a primeira vez que eu fui numa festa” (P1).

[...] então eles não te passam aquela coisa assim, olha, você, tá acontecendo a situação que é bem complicada. Eles não chegam a passar toda a informação que você precisa. Até porque eu acho que eles quiseram fazer o seguinte, quiseram conservar né, porque tu tá muito abalado e tal, não vão chegar para ti, ó, você não vai andar mais. Então tu tinhas aquela esperança (P3).

Reconectar-se com a vida, com seus projetos, é parte fundamental na reabilitação. É nesse momento que ela realmente começa, fora do hospital, quando se decide que não é momento de desistir, mas de seguir em frente. Assim um entrevistado compartilhou sua experiência com outro, ressaltando a necessidade de seguir adiante com a vida, ultrapassando de alguma forma suas limitações;

[...] eu vou na casa da pessoa, mostro que a vida não parou, até aconteceu no meu bairro ali, um rapaz, homem casado, com filhos, ficou na cadeira de rodas, fui lá mostrar que a vida não para na verdade, então, eu acredito que tem que ter um acompanhamento logo na hora, mostrar que a vida não para, porque tu desanimas muito, tu perdes praticamente 100% a vida na hora, depois que tu recuperas 50% dela ou 100%, que nem está hoje (P5).

Esse momento muitas vezes difere de pessoa para pessoa; mas precisa fundamentalmente do envolvimento no processo de reabilitação e no enfrentamento da sua nova condição de vida.

### **CATEGORIA:** A importância da reabilitação

Nesta categoria foi possível identificar o quanto a experiência da reabilitação foi significativa na vida da pessoa com lesão medular, embora sendo considerada realmente como um recomeço, um renascimento.

“A reabilitação... Ah, é muito importante, acho que assim, mais do que tudo mais do que tudo. A gente não, é, as vezes eu imagino, se eu não tivesse feito esse programa, como que ia saber isso? Então eu teria, não sei como que seria hoje. Então foi assim, fundamental. Fundamental mesmo” **(P1)**.

“Reabilitação é voltar a viver” **(P5)**.

Os sujeitos reconhecem na reabilitação um caminho para reestruturar o seu cotidiano, valorizando coisas simples, como reaprender a comer, pois deixaram de ser vivenciadas pelas limitações impostas na lesão, num primeiro momento. Mas também afirmam aprenderem a viver de novo.

“A reabilitação é você aprender a viver de novo, fazer as coisas, as coisas, como a alimentação, e serve para você tentar, ao meu ver, para tentar você chegar o mais perto da realidade, no caso” **(P8)**.

Ao mesmo tempo em que percebem a importância de adquirir independência, veem também, os limites de sua nova condição

funcional, pois é importante reabilitar, mas exercer essa liberdade de forma responsável, com autocuidado de forma segura, preservando sua integridade física.

[...] “a reabilitação, você busca chegar nessa independência funcional, claro que assim, tem coisas que nunca vai ser possível, nunca vou trocar uma lâmpada, eu sei disso, então tem um limite, até onde o corpo vai e até onde as coisas estão preparadas para isso. Então, mas o foco é esse, a reabilitação busca essa independência” (P6).

### **CATEGORIA:** Ter um cuidador

O termo cuidador traz à tona a necessidade de reflexão sobre o ato de cuidar, olhar o outro de maneira a compreender suas necessidades e angústias. Neste contexto, quem cuida não é apenas aquele que presta cuidados ou realiza ações, mas aquele que envolve o ser cuidado em afetividade, e se ocupa com o bem-estar do outro. Assume significado de afeto e cuidado, especialmente quando implica compromisso de um familiar.

“E eu agradeço à Deus todos os dias porque tem, a minha esposa que me cuida muito bem, é, a gente faz vinte anos que estamos juntos” (P3).

Ao mesmo tempo, o cuidador abarca os cuidados necessários no dia a dia, a organização de rotina, que talvez não fosse possível se não houvesse a participação da família, cada um no seu momento, à sua hora, sem sobrecarregar ninguém, mas funcionando como uma engrenagem sincronizada para o bem da pessoa que não consegue fazê-la naquela fase de sua vida. Porém recorrer à praticidade pode significar maior demora no seu processo de autonomia.

“A parte de higiene é a mãe. É a mãe, meu irmão, minha irmã, a noiva, mas, comer, comer é mais a mãe porque é mais prático, tipo, se ela tem que ficar me colocando sentado, colocar na cadeira, se torna meio, cansativo, ter que colocando na cadeira, daí coloca pra comer, daí depois tem que voltar pra cama, por que daí eu faço faculdade à noite, daí não dá pra ficar muito tempo na cadeira, então, vai, vai desgastando, vai, cansando, então, pra não ter que tá colocando na cadeira, a mãe mesmo que me dá comida, e, já me acostumei, mas eu tenho adaptador pra comer, tenho adaptador pra escovar os dentes, pra fazer a barba, pra pentear o cabelo, pra escrever, eu tenho até os adaptadores, mas geralmente não uso pela praticidade, porque é mais prático, mais rápido estar fazendo, outro fazendo, entendeu” (P5).

Esse cuidador na maioria das vezes é um familiar, embora também participem da dinâmica familiar pessoas externas à família, como um cuidador contratado para auxiliar na prestação dos cuidados em saúde.

“Antes minha mãe me ajudava a fazer as coisas em casa, a cuidar da minha vida... mas agora ela foi embora pois tem sua casa, então como dependo de alguém, precisei contratar uma pessoa, uma vizinha que me ajuda no dia a dia” (P2)

### **CATEGORIA:** A adaptação às tecnologias assistivas

Outro fator importante é a adaptação às novas tecnologias, que fazem parte do processo de reabilitação, desde os equipamentos necessários à higiene pessoal, como uso de fraldas, dispositivos urinários, sondas de nelaton para alívio da bexiga, colar cervical, cadeira de banho, guindaste ortostático, entre outras tecnologias necessárias para essa nova fase da vida, conforme podemos observar nos relatos.

“Tu imaginas eu usando uma fralda. Eu não quero isso aí para ninguém, eu, até hoje, eu, eu, eu me nego a fazer esse, esse uso. Porque eu acho assim, que se eu uso fralda e você não me vê, a minha autoestima fica baixa” (P1).

“ Eu uso sonda, o que eu uso, cada seis em seis horas normal. Se eu não tomar muito. Se eu precisar sair, ter que sair que nem eu te expliquei eu faço antes, mas tem que recuperar esse horário” (P5).

[...] “Precisei usar o colete cervical, foi muito desconfortável, era muito quente... mas tive que me adaptar, pois precisava dele; só depois de algum tempo que foram ver que estava com uma lesão devido ao uso do colete” (P6).

“Aí a gente conseguiu, compramos um guindaste ortostático e para mim foi a mesma coisa que tivesse duas pessoas para me colocar na cadeira de rodas, pelo meu peso e a dificuldade grande, que é de estar colocando na cadeira de rodas, para mim ajudou muito, muito, muito...esse guincho” (P3).

[...] “o próprio fato da transferência, me transferir da minha cadeira para a cadeira de banho, se você não tem o auxílio, ou você vê uma pessoa que tá na situação fazer isso, você tem muita dificuldade pra você conseguir fazer aqui, então e preciso algumas adaptações o que facilita minha vida” (P4).

Percebe-se que as tecnologias assistivas auxiliam a pessoa com lesão medular na aquisição de sua independência funcional, facilitando suas atividades de vida diária e possibilitando maior qualidade de vida. Uma das principais tecnologias assistivas é a cadeira de rodas. A cadeira de rodas, inicialmente vista como prisão, passa a ser parte do corpo. Uma parte importante, mas que exige grande intimidade. Esta habilidade é adquirida com treino, pois do contrário, de aliada, passa a ser empecilho e fonte de frustração.

“O próprio domínio da cadeira de rodas é uma coisa bem, bem complexo você dominar a cadeira de rodas, porque se você não conseguir dominar ela, você só vai conseguir andar onde é plaininho, se você não conseguir empinar a tua cadeira, você jamais vai conseguir vencer um obstáculo de 5 cm, 10 cm” (P4).

Uma vez estabelecida a relação de aceitação, a cadeira de rodas se torna muito mais que um equipamento, significa dar asas à liberdade de ir e vir, quando e onde quiser. A representação simbólica da independência.

[...] “depois que eu consegui a cadeira de rodas, eu embarco no ônibus sozinho e vou, antes era com a mãe, agora eu vou com a cadeira vou para a faculdade, volto da faculdade” [...] (P5).

[...] “então eu entro no veículo, saio do veículo, guardo a cadeira sozinho e, em casa minha higiene também, tudo sozinho, eu tenho uma cadeira de banho, faço a transferência, volto, enfim, para a cama também, faço as transferências, volto, bem, bem independente assim, está tranquilo” (P9).

Assim, essa independência ocorre na medida em que a pessoa estabelece relação com a cadeira de rodas, usando-a como instrumento para sua liberdade. Cabe destacar, que as tecnologias assistivas permitem a independência funcional, a partir da apropriação do seu uso e de sua adaptação física e psicológica, considerando que é necessário compreender que esse processo se dará em longo prazo, apesar da dificuldade e urgência quotidiana em adaptar-se.



## DISCUSSÃO

A reabilitação precisa ser entendida num sentido amplo, abordando todos os aspectos, desde a conduta no início do trauma até os cuidados prestados no hospital e as orientações fornecidas com o intuito de preparar a pessoa para a alta hospitalar, visando à retomada da vida diária. MIF

O início da reabilitação é preconizado o mais precocemente possível, as orientações sobre o cuidado com a lesão medular fazem-se necessária desde o momento do trauma, passando pelo hospital geral e posteriormente num hospital especializado em reabilitação.

Reabilitar não significa fazer a pessoa voltar a andar e sim trabalhar suas potencialidades existentes, de modo que se torne o mais independente possível e deve ser iniciada no momento do trauma, quando do socorro prestado pelos serviços móveis de saúde. A lesão medular traz diversos medos e questionamentos como: será que vou voltar a andar? Como vou fazer minhas atividades sozinho? Quem vai auxiliar no meu dia-a-dia? Essa insegurança e o medo do desconhecido são pontos abordados pelas pessoas com lesão medular e denotam a angústia sentida durante todo o processo.

Para discutirmos reabilitação, é necessário entender que esse é processo que possibilita a pessoa atingir o máximo de sua capacidade, de seu potencial, em diversas áreas, seja ela física, psicológica, social e vocacional, respeitando suas limitações, seus déficits fisiológicos e anatômicos, incluindo também as limitações ambientais e sua disposição para planos futuros no seu recomeço com a deficiência física (DELISA e GANS, 2002).

Nesse sentido, Rabeh e Caliri (2010) realizaram estudo para avaliar a independência funcional segundo o nível da lesão, tempo pós-lesão e reabilitação e constataram a importância desta avaliação o mais precocemente possível, pautada na real necessidade da pessoa em realizar suas atividades diárias, visando à sua independência funcional. Estes dados se mostram em consonância com os resultados encontrados no presente estudo.

Concordamos que o trauma raquimedular causa impacto diretamente na vida da pessoa, afetando também de forma direta sua família, que precisa estabelecer novas formas de lidar com a pessoa com lesão medular, com essa nova condição. Quase sempre, um membro da família exerce um papel importante nessa nova dinâmica do cuidar; o papel do cuidador (NOGUEIRA et al, 2013). Este, é percebido nas falas dos participantes do estudo, quando destacam que sua nova condição requer a participação da família e de cuidadores, em alguns casos.

Já Borges et al (2012) discutem a importância do envolvimento dos familiares no processo de reabilitação, sobretudo no estímulo à autonomia, adquirindo sua independência funcional, para que possa ampliar a sua autonomia. A aquisição da independência se reflete nas falas como ponto importante no reaprender a viver, buscando melhor qualidade após a lesão medular.

Também corroboram nesse sentido Machado e Scramin (2010), quando relatam sobre a importância do cuidador familiar ao paciente com lesão medular, sobretudo os pais e discutem a complexidade desta tarefa, que pode sobrecarregar o familiar. De acordo com o nível de (in) dependência, o cuidado se torna mais necessário e exige mais do cuidador para que a pessoa com lesão medular possa ter

qualidade de vida. Percebe-se no discurso dos entrevistados a preocupação em não sobrecarregar seus familiares, de modo a manter equilibrada a sua necessidade e a integridade da família e dos cuidadores. Percebemos que os achados encontrados no estudo reafirmam que a complexidade do cuidado é traduzida diariamente através do auxílio dos familiares e cuidadores nas atividades de vida diária da pessoa.

A lesão medular provoca muitas mudanças. Para superar esta fase é importante reconhecer que, apesar das limitações, a pessoa pode manter o controle sobre sua vida (BORGES et al, 2012). Uma vez que no processo de reabilitação a busca da independência é um dos principais objetivos, a independência no ir e vir gera um efeito positivo (BORGES et al 2012). Assim, uma vez que é meio de atingir esta independência, a cadeira de rodas se torna um valioso instrumento. Algumas falas do estudo denotam a importância da cadeira de rodas no ir e vir, e na aquisição da independência funcional.

Costa et al (2010) realizaram estudo sobre as representações sociais da cadeira de rodas para a pessoa com lesão medular. Observamos coerência com os resultados da referida pesquisa, pois inicialmente é vista como símbolo de deficiência e depois de despertados os potenciais funcionais, a cadeira de rodas passa a ser vista tanto como um equipamento indispensável para meio de locomoção e transporte, quanto um símbolo de autonomia e dignidade para o desenvolvimento das atividades de vida diária.

“Em 16 de novembro de 2006 foi instituído, pela Portaria nº 142, o Comitê de Ajudas Técnicas (CAT), no âmbito da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República na perspectiva de ao mesmo tempo aperfeiçoar, dar

transparência e legitimidade ao desenvolvimento da Tecnologia Assistiva no Brasil. Ajudas Técnicas é o termo anteriormente utilizado para o que hoje se convencionou designar Tecnologia Assistiva (BRASIL, 2009, p.12)”.

Cabe destacar que na ocasião foi definido o termo Tecnologia Assistiva como “uma área do conhecimento, de característica interdisciplinar, que engloba produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivam promover a funcionalidade, relacionada à atividade e participação, de pessoas com deficiência, incapacidades ou mobilidade reduzida, visando sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social” (BRASIL, 2009).

As tecnologias assistivas abarcam desde tecnologias voltadas à avaliação, tratamento, manutenção da saúde e reabilitação funcional de pessoas com lesão medular, desde o início do trauma até o processo de reabilitação, inclusive no domicílio que na maioria das vezes necessita ser readaptada a essa nova condição, facilitando a acessibilidade do ir e vir dentro do domicílio (NOHAMA, PERCY et al., 2013).

Percebe-se, no discurso dos entrevistados, o quanto estas tecnologias são importantes para a autonomia e sua qualidade de vida. Entretanto, é necessária a correta orientação sobre o seu uso, pois a utilização inadequada pode causar lesões, a exemplo, a úlcera por pressão decorrente do mau uso do colete cervical, conforme relatado nas falas.

A lesão medular traz consigo limitações devido à alteração de sensibilidade, de motricidade e de ordem psicológica e compreender a lesão medular e as limitações impostas pela lesão é um constante desafio para a reabilitação como meta para atingir a independência funcional.

Sendo assim, deve ser auxiliada por familiares e cuidadores, empregando adequadamente as tecnologias assistidas nessa caminhada.

## CONCLUSÃO

A reabilitação físico-funcional é processo longo, que não ocorre de um dia para o outro. É necessário o envolvimento da pessoa com lesão medular, de seus familiares e cuidadores para que ocorra de maneira efetiva e eficaz. Depende também de fatores, como a motivação e a fase da lesão em que a pessoa se encontra, pois muitas vezes é necessário tempo para que se adapte à nova condição de vida e então psse a entender a complexidade e necessidade da reabilitação.

É visível que o ganho funcional também está ligado a fatores como o nível da lesão, sua severidade e as condições sociais que a pessoa se encontra.

Não existem programas e pacotes prontos para reabilitar a pessoa com lesão medular, pois cada um tem suas particularidades e especificidades e a condução de programa de reabilitação deve ser discutido com a equipe multiprofissional, com a pessoa, seus familiares e cuidadores. Esse programa estabelecido necessita constantemente de alterações e adequações a depender do ganho funcional de cada um.

Conhecer a compreensão da pessoa com lesão medular sobre reabilitação significa poder traçar rumos, novas metas para a adaptação que deve ser adequada à realidade econômica e social de cada pessoa.

A reabilitação deve primar pela inserção da pessoa com lesão medular na sociedade de maneira independente, considerando as

limitações físicas, emocionais e funcionais impostas pelo trauma raquimedular e pelas condições clínicas de cada pessoa.

Embora a reabilitação deva ser guiada por equipe multiprofissional, os profissionais de enfermagem tem papel crucial na prestação do cuidado em saúde, e por isso, necessitam de programas de educação permanente para prestar assistência de enfermagem segura e com conhecimento científico numa área tão específica da neurologia. Esse cuidado precisa abranger não só a pessoa com lesão medular, mas a família e a rede social de apoio.

Este estudo pode contribuir de maneira significativa para compreender a importância do cuidado, desde o momento pré-hospitalar, até a chegada a um hospital especializado de reabilitação, pois a compreensão da pessoa com lesão medular sobre a importância do cuidado recebido pode auxiliar no processo de reabilitação permitindo direcionar seu tratamento, bem como as metas a serem alcançadas, e para tanto, há que se ter uma equipe multiprofissional à pessoa com lesão medular.

Outros estudos de cunho qualitativo e também quantitativo podem auxiliar nessa compreensão do que realmente significa reabilitar. A criação de novos centros de reabilitação e políticas de acesso a essas instituições especializadas em reabilitação precisam ser discutidas como forma de pautar a inserção da pessoa com lesão medular o mais precocemente possível no processo de reabilitação.

## REFERÊNCIAS

- AMARAL, MARIA TERESA MENDONÇA PINTO. Encontrar um novo sentido da vida: um estudo explicativo da adaptação após lesão medular. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, Sept. 2009. Available from [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300011&lng=en&nrm=iso). Access on 24 Mar. 2015. [dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000300011](http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000300011).
- ALBUQUERQUE, ANA LÚCIA PEREIRA DE; FREITAS, CONSUELO HELENA AIRES DE; JORGE, MARIA SALETE BESSA. Interpretando as experiências da hospitalização de pacientes com lesão medular. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2009, vol.62, n.4, pp. 552-556.
- ASSIS, GISELA MARIA; FARO, ANA CRISTINA MANCUSSI . Autocaterismo vesical intermitente na lesão medular. **Rev. esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, mar. 2011 .
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. SP: Edições 70, 2014
- BERNARDI, DANILO M. Epidemiologic profile of surgery for spinomedullary injury at a referral hospital in a country town of brazil. **Coluna/Columna**. 2014; 13(2):136-8
- BORGES AMF, BRIGNOL P, SCHOELLER SD, BONETTI A. Percepção das pessoas com lesão medular sobre a sua condição. **Rev Gaúcha Enferm**. 2012;33(3):119-125
- BRASIL. Subsecretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Comitê de Ajudas Técnicas Tecnologia Assistivas. – Brasília: CORDE, 2009. On line: [www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/livro-tecnologia-assistiva.pdf](http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/livro-tecnologia-assistiva.pdf)
- CHANG, F.H et al. Factors associated with quality of life among people with spinal cord injury: application of the international classification of functioning, disability and health model. **Arch Phys Med Rehabil**; 2012 Dec; 93(12):2264-70.

COSTA, VIVIANE DE SOUZA PINHO et al. Representações sociais da cadeira de rodas para a pessoa com lesão da medula espinhal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, ago. 2010 . Disponível em [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692010000400014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000400014&lng=pt&nrm=iso). acessos em 27 mar. 2014. [dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000400014](http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000400014).

COURA, ALEXSANDRO SILVA, et.al. Contextual analysis of the domiciliary nursing consultation to Individuals with spinal cord injury. **REME • Rev Min Enferm.** 2013 out/DOI: 10.5935/1415-2762.20130072 dez; 17(4): 1007-101

DELISA, J. A.; GANS, B. M. Tratado de Medicina de Reabilitação, princípios e prática. Manole, 2002.

DERAKHSHANRAD, N. et al. Functional impact of multidisciplinary outpatient program on patients with chronic complete spinal cord injury. **Spinal Cord.** 2015 Aug 4. doi: 10.1038/sc.2015.136

FONTANELLA, BRUNO JOSÉ BARCELLOS; RICAS, JANETE; TURATO, EGBERTO RIBEIRO. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, enero 2008. Disponible en [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000100003&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003&lng=es&nrm=iso). Acedido en 04 mayo 2015. [dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003](http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003)

FREZ, ANDERSON RICARDO et al. **Perfil funcional de atletas de basquetebol com traumatismo da medula espinhal de acordo com a cif.** **Rev Bras Med Esporte**, São Paulo , v. 20, n. 1, p. 78-81, Feb. 2014. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-86922014000100078&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922014000100078&lng=en&nrm=iso). Access on 02 May 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-86922014000100016>

GOODMAN, L. Snowball Sampling. In: **Annals of Mathematical Statists**, 32:148-170, 1961.



LOFVENMARK I. et al. Traumatic spinal cord injury in Botswana: characteristics, a etiology and mortality. **Spinal Cord**. 2015 Feb;53(2):150-4

MACHADO, WILIAM CÉSAR ALVES; SCRAMIN, ANA PAULA. Functional (in) dependence in the dependent relationship of quadriplegic men with their (un)replaceable parents/caregivers. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 44, n. 1, Mar. 2010 . Available from <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100008&lng=en&nrm=iso)>. access on 24 Mar. 2015.

MAGALHÃES, SÍLVIA; BATISTA, GLÓRIA MARIA MARTIN; PEREIRA, ELISABETE. Disfunção Sexual Neurogênea em Paraplégicos – Estudo Retrospectivo. **Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação I** Vol 24 I N° 2 I Ano 21 (2013)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde quer reduzir óbitos e seqüelas decorrentes do trauma. 2012; disponível em <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/component/content/archive?month=8&year=2012&id=archive&start=60>

NOGUEIRA, PAULA CRISTINA et al . Cuidadores de indivíduos com lesão medular: sobrecarga do cuidado. **Rev. esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 607-614, June 2013. Available from <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342013000300607&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000300607&lng=en&nrm=iso)>. access on 22 May 2015. [dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000300607](http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000300607).

NOHAMA, PERCY, et al. In: **Lesão medular: reabilitação e qualidade de vida**. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

RABEH, SORAIA ASSAD NASBINE; CALIRI, MARIA HELENA LARCHER. Functional ability in individuals with spinal cord injury. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 23, n. 3, June 2010 . Available from [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010321002010000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002010000300002&lng=en&nrm=iso)>. access on 24 Mar. 2015. [dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000300002](http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000300002).

REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO. Disponível em [www.sarah.br](http://www.sarah.br), acesso em 30 de agosto de 2012.

SILVA, GELSON AGUIAR DA et al. Avaliação funcional de pessoas com lesão medular: utilização da escala de independência funcional - MIF. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 21, n. 4, dez. 2012 . Disponível em [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072012000400025&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072012000400025&lng=pt&nrm=iso). Acessos em 03 fev. 2013. [dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000400025](https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000400025).

SILVA, ANDRÉ RIBEIRO DA et.al. Qualidade de vida e independência funcional de lesados medulares. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde** Vol.04, Nº. 02, Ano 2013 p.279-92

SCHOELLER, SORAIA DORNELLES et al. Mudanças na vida das pessoas com lesão medular adquirida. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2012 jan/mar;14(1):95-103. Available from: [www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a11.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a11.htm).

TARICCO, MA, POETSCHER AW, PINTO FCG. Traumatismo raquimedular: aspectos neurocirurgicos. In: Martins HS, Damasceno MCT, Awada SB. Pronto-socorro: condutas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2<sup>a</sup> ed. Barueri: Manole; 2008. p.586-9.

TURATO, E.R. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde humanas. 4<sup>a</sup> Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

VENTURINI, DANIELA APARECIDA; DECÉSARO, MARIA DAS NEVES; MARCON, SONIA SILVA. Alterações e expectativas vivenciadas pelos indivíduos com lesão raquimedular e suas famílias. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 4, p. 589-96, 2007.

**MANUSCRITO 3: CUIDADO EM SAÚDE NO AMBIENTE HOSPITALAR E A REABILITAÇÃO DA PESSOA COM LESÃO MEDULAR: retomada às atividades de vida diária.**

**RESUMO**

**Introdução:** O cuidado em saúde envolve diversas ações, em especial, as orientações da equipe multidisciplinar em saúde à pessoa com lesão medular. A reabilitação compreende parte desse cuidado, considerada como um conjunto de atividades que envolvem a dimensão do cuidar, nos aspectos físicos, a condição clínica, emocional e psicossocial.

**Objetivo:** Analisar como o cuidado em saúde no ambiente hospitalar interfere nos processos de reabilitação das pessoas com lesão medular, quando no ambiente domiciliar. **Método:** estudo qualitativo do tipo exploratório, envolvendo 10 participantes com lesão medular traumática, residentes e domiciliadas na região oeste do Estado de Santa Catarina. Para a coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada, com roteiro elaborado previamente. A coleta de dados foi realizada entre setembro e novembro 2014 e o referencial teórico adotado para análise dos dados foi a análise de conteúdo de Bardin.

**Resultados:** os dados mostraram que as orientações recebidas no ambiente hospitalar auxiliam no dia-a-dia da pessoa com lesão medular e podem facilitar o cuidado em saúde quando em seu domicílio, embora a pessoa nem sempre consiga perceber as orientações recebidas como algo significativo, devido ao momento vivido, não sendo incorporadas ao chegar a sua casa. Por outro lado, percebe-se que as complicações, que podem advir da lesão medular, conduzem muitas vezes a

tratamentos em unidades de terapia intensiva, tardando a chegada a um hospital de reabilitação, conforme apontado nos relatos. Outro aspecto importante salientado pelos participantes da pesquisa se reporta ao ambiente hospitalar de reabilitação, no qual as orientações são repassadas diariamente, considerando que a pessoa se encontra numa fase crônica da lesão, sendo capaz de assimilar o conhecimento recebido e reconhecer sua importância para o cotidiano. Destaca-se que as barreiras físicas no domicílio podem ser fator dificultador na prática diária, pois podem interferir na independência funcional. Entretanto, as tecnologias assistivas podem auxiliar esse processo, ainda que nem sempre estejam à disposição, considerando seu alto custo. **Conclusão:** A reabilitação é processo permanente que deve ser conquistado ao longo da vida da pessoa e o aprendizado sobre a reabilitação envolve uma etapa de adaptação quando este se encontra no domicílio, o qual associado às orientações do cuidado em saúde auxilia a pessoa e seus familiares na busca pela independência funcional.

**Descritores:** Traumatismos da medula espinal; atividades cotidianas; enfermagem em reabilitação; assistência domiciliar.

## INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde no ambiente hospitalar aborda aspectos essenciais das ações da equipe multiprofissional, no que tange à pessoa em situação de agravo, seus entes e familiares. Compreende-se que cuidado em saúde é todo aquele cuidado prestado à pessoa com lesão medular pela equipe multidisciplinar, ocorre desde o momento da

admissão até após a alta hospitalar, inclusive os cuidados prestados no domicílio. Segundo Pinheiro (2008, p.112) “o cuidado em saúde não é apenas nível de atenção do sistema de saúde ou um procedimento técnico simplificado, mas uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para a compreensão da saúde como um direito de ser”.

Ainda, para o mesmo autor, o cuidado deve respeitar as diferenças, as necessidades específicas de cuidado de cada pessoa e a lesão medular requer esse olhar diferenciado, o olhar que atenda às necessidades individuais de cuidado, pois a lesão medular dará início a uma nova fase na sua vida, onde há uma fase de adaptação, de viver com sua lesão.

Quando exposto a essa nova fase de vida, necessita não somente do cuidado contínuo, mas principalmente do cuidado em saúde, visando à aquisição da independência para as atividades diárias. Esse processo educacional e de independência da pessoa deve ser realizado diariamente, não somente com a pessoa que necessita ser cuidada, mas também através da orientação à sua família e a seus cuidadores.

O cuidado em saúde deve começar no momento da lesão medular, com orientações à pessoa vítima do trauma, à família, aos amigos, à sociedade e à rede social de apoio, para que entendam o que é a lesão medular e quais as limitações para o exercício da plenitude de sua independência funcional nas atividades de vida diária.

Entretanto, o cuidado pode ser efetivado de maneira significativa às limitações impostas pela lesão medular e estas podem ser minimizadas com a reabilitação, conforme Faro e Mancussi (2006, p. 132)

“A reabilitação pode uma estratégia de assistir em enfermagem, de caráter processual voltada à

prevenção de complicações oriundas de doenças que podem gerar incapacidades, bem como implementando intervenções cujos resultados promovem a melhor independência possível. Deve ser inclusiva e participativa abrangendo o cuidador familiar e/ou a família. E, desta maneira, é possível assistir todo e qualquer paciente independente da doença e/ou incapacidades que possa apresentar”.

O atendimento de reabilitação à pessoa com lesão medular deve ser realizado o mais precocemente possível, pois propicia e auxilia a aquisição da independência funcional mais rapidamente, restabelecendo suas condições físicas, de acordo com sua capacidade e grau de recuperação, ajudando a pessoa a reencontrar um novo caminho para sua vida.

É consenso que o primeiro atendimento após o trauma raquimedular é fundamental para auxiliar no processo de prevenção de complicações (LEAL-FILHO et al.,2008; AMARAL, 2009). Esse atendimento, além de prevenir complicações, auxilia a aquisição da independência funcional mais rapidamente, restabelecendo as condições físicas, de acordo com a capacidade e grau de recuperação, além de estimular a pessoa a reencontrar um novo sentido na sua vida.

Para isso, a reabilitação deve ser entendida como conjunto de atividades que visam melhorar as condições físicas, psicológicas e sociais considerando toda a dimensão do cuidar, envolvendo a família, equipe multiprofissional e a pessoa.

É importante destacar as principais complicações, tais como relatadas por Bruni et al. (2014) como as principais (bexiga e intestinos neurogênicos, disreflexia autonômica, ossificação heterotópica, disfunção erétil, entre outras), sendo que estas, aliadas às complicações

secundárias, podem afetar a oferta do cuidado em saúde, interferindo na sua qualidade de vida, o que é corroborado por outros autores (BRUNI et al., 2004; TEDDE et al., 2012).

Portanto para que o cuidado se efetive de forma integral e possa auxiliar a pessoa na sua independência, a família exerce papel fundamental na readaptação da pessoa com lesão medular, sendo necessário o suporte da equipe de enfermagem que deve possuir conhecimentos amplos para auxiliar nesse processo de reinserção social, bem como deve conhecer a realidade local facilitando e informando sobre o acesso aos serviços de saúde (SCHOELLER et al, 2011; NOGUEIRA et al., 2012; FRANCA et al.;2012).

Quando a pessoa com lesão medular se encontra internada, ainda na fase aguda da lesão medular, as orientações passadas pela equipe multiprofissional podem não ser compreendidas devido a vários fatores, entre eles, sua condição clínica, sua receptividade para as orientações do cuidado e também pelo estado psicológico que se encontra, muitas vezes afetado pela depressão, algo comum na fase inicial da lesão (CONCEIÇÃO et.al.; 2010). Entretanto a pessoa com lesão medular precisa ser incentivada na sua independência funcional para vários atos na vida diária. Dentro dessa perspectiva, o cuidado em saúde e a reabilitação possibilitam sedimentar essa perspectiva de liberdade.

Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo analisar como o cuidado em saúde no ambiente hospitalar interfere nos processos de reabilitação das pessoas com lesão medular, quando no ambiente domiciliar.

## MÉTODOS

A abordagem qualitativa e exploratória foi a opção metodológica, na qual a coleta de dados utilizada se deu através da entrevista semiestruturada em profundidade, que ocorreu no domicílio dos participantes, a partir de um roteiro elaborado. A coleta dos dados ocorreu entre os meses de setembro a novembro de 2014. Ao considerar o método de coleta, pensou-se inicialmente em 10 participantes com lesão medular. A partir deste ponto houve a saturação dos dados, isto é, as falas dos entrevistados iniciaram um processo de exaustividade e repetição, não havendo a necessidade de ampliar o número de entrevistados (FONTANELLA, RICAS e TURATO, 2008). O tempo médio de cada entrevista foi 90 minutos, a qual foi realizada pelo próprio pesquisador.

No recrutamento dos participantes da pesquisa adotamos a técnica proposta por GOODMAN (1961, apud ALBUQUERQUE, 2009), conhecida como *snowball sampling* (“bola de neve”). A técnica metodológica bola de neve é considerada não-probabilística, devido à sua estratégia de recrutamento, tendo em vista que não é possível determinar a probabilidade de seleção de cada participante da amostra. Para o autor, esta técnica é utilizada em pesquisas sociais, na qual os participantes iniciais indicam novos participantes. O primeiro participante foi um membro da comunidade escolhido ao acaso. Essa pessoa conhecia outros membros, que foram os próximos indicados a participarem da pesquisa.

Os critérios de inclusão se pautaram em pessoas que possuíssem o diagnóstico de lesão medular traumática, sendo estes, adultos de ambos



os sexos, após o término do período da fase de choque medular (consideramos um ano como período de fase de choque) e que no período de coleta de dados tivessem de um até três anos de lesão. O item referente à avaliação da memória foi excluído da coleta de dados, pois o mesmo não se encontra alterado na lesão medular traumática, embora haja divergências quanto à precisão da fase de choque pela literatura, pois conforme a literatura, esta fase do choque medular pode variar de semanas até um ano após o trauma (VENTURINI DA, DECESARO e MARCON; 2006). Na fase aguda, encontramos flacidez dos membros paralisados, abolição dos reflexos e retenção urinária. A possibilidade de melhora espontânea diminui após o primeiro ano de lesão, embora possa se estender por mais tempo (REDE SARAH; 2012).

Foram excluídas pessoas que possuíam lesão cerebral associada. Os participantes da pesquisa se constituíram de forma intencional, pois segundo Turato (2008), a amostragem proposital dentro da pesquisa qualitativa é composta por sujeitos, definidos segundo critérios de inclusão, em que não ocorram as interferências das predileções pessoais do pesquisador.

Houve gravação das entrevistas, a partir da autorização dos participantes e da assinatura do TCLE, com transcrição a *posteriori*. Num segundo momento ocorreu a leitura flutuante, e apreensão dos dados, com organização de categorias, já que no desenvolvimento de categorias por meio de conceitos relacionados e agrupados, permitem facilitar o processo de decodificação (BARDIN, 2014). Para preservar a identidade dos participantes empregou-se o uso da letra (P) e os números em ordem numérica sequencial (1 a 10). As entrevistas, depois de transcritas, foram devolvidas aos participantes com intuito de

verificar a adequação do conteúdo transcrito e assegurar se as falas dos entrevistados condiziam com seus depoimentos.

Para análise dos dados utilizamos como referencial a análise de conteúdo de Lawrence Bardin (2014), considerando: a. pré-análise: fase de organização e sistematização das ideias, que ocorreu após a transcrição e leitura das entrevistas; b. exploração do material: fase em que as entrevistas foram classificadas de acordo com categorias (codificação), pré-determinadas emergidas após a leitura das entrevistas. A permitiu alcançar a compreensão das falas dos sujeitos; c. interpretação dos resultados: (categorias e subcategorias), estas obtidas das falas das pessoas com lesão medular, gerando as impressões do pesquisador, ou seja, a análise dos dados. Após a análise das entrevistas emergiu a categoria orientações do cuidado em saúde no ambiente hospitalar e sua interferência nas atividades de vida diária de pessoas com lesão medular.

O presente artigo faz parte do relatório de tese considerando a obtenção de doutoramento, sob o título: Independência funcional da pessoa com lesão medular: do trauma a primeira internação o qual foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o nº 768.807 de 25 de agosto de 2014.

## RESULTADOS

O cuidado hospitalar à saúde inicia a partir da chegada da pessoa com lesão medular na Instituição e após o primeiro atendimento pela equipe de emergência do SAMU e unidades do corpo de bombeiros. Durante as entrevistas, constatei a importância do atendimento dentro do ambiente hospitalar e na condução desse cuidado, sendo possível perceber a preocupação dos participantes com os primeiros atendimentos recebidos no hospital. A categoria ora estudada mostra de maneira significativa o atendimento hospitalar como início do processo de aquisição de independência funcional, através do aprendizado das atividades de vida diária da pessoa com lesão medular e sua prática nas atividades de vida diária no domicílio.

A partir da categoria orientações do cuidado em saúde no ambiente hospitalar e sua interferência nas atividades de vida diária de pessoas com lesão medular e do referencial de análise adotado, é possível destacar que as alterações de ordem físicas, psicológicas e sociais afetam de modo considerável a vida da pessoa com lesão medular, bem como a vida da família e da sociedade onde essa pessoa está inserida provocam um grande impacto sobre a saúde e bem-estar (NOHAMA, et.al. 2013).

**CATEGORIA:** Orientações do cuidado em saúde no ambiente hospitalar e sua interferência nas atividades de vida diária de pessoas com lesão medular.

O atendimento à pessoa com lesão medular no Brasil, quando no ambiente hospitalar, quase sempre ocorre primeiramente num hospital geral, devido à estrutura de atendimento dos socorristas (SAMU/Corpo de bombeiros). Esses hospitais geralmente, por não serem especializados, não possuem as condições necessárias para a efetivação do início do processo de reabilitação. Essas situações vão desde as condições físicas e humanas pois muitas vezes não encontram espaços físicos adequados e preparados para o atendimento como também pela falta de profissionais da saúde previamente habilitados para interagir nessa fase importante da pessoa com lesão medular.

Cabe destacar que as orientações sobre os cuidados com as pessoas com lesão medular são de extrema valia e devem ser iniciadas logo após a internação no hospital, porém, percebe-se nos relatos abaixo, que nem sempre isso ocorre o que acarreta angústia e desconhecimento, pois a pessoa com lesão medular nem sempre tem a noção exata do grau da lesão e do seu comprometimento

“Aqui no hospital (geral) eu não seria cuidado, não chegaram a ensinar, eles faziam alguma coisa, ah me davam banho, normal na cama, eu não conseguia sair, estava até então de cama-maca, se eu não sabia de nada, como seria minha vida daqui para frente...” (P1)

“Fiquei três semanas no Hospital. Foi sofrido porque, nunca precisei de ajuda de ninguém para me virar. Eu não conseguia nem sentar, eu ficava cinco, dez minutos, já deitava de volta porque eu não conseguia, eu tinha dores. Eu tinha que tomar banho com lencinho porque eu não conseguia tomar banho de chuveiro; mas não entendia direito o que estava acontecendo”. (P2)

“Não sabia de nada, não tinha noção de que nunca mais andaria e que seria dependente de outra pessoa”. (P5)

Após o atendimento da equipe móvel de saúde no local do acidente, as pessoas são levadas a hospitais gerais públicos, não especializados, onde são prestados os cuidados em saúde e o atendimento hospitalar se efetiva. Os cuidados prestados por equipes de atendimento no pronto socorro, muitas vezes, não atendem as expectativas das pessoas com lesão medular e suas angústias sobre o novo, sobre tudo o que há de vir após a lesão, como a insegurança e o sentimento de impotência sobre o que iria acontecer. Também por que o atendimento nem sempre segue o que é preconizado para estes casos, sendo que muitas dúvidas permanecem durante o período da internação, conforme podemos constatar nos relatos abaixo.

“O período que eu fiquei lá no hospital lá, acabou tudo sendo novo desde banho lá, até o cateterismo em si... Ah, a questão do intestino, eu não sabia nada, nada, nada, simplesmente fazia eles limpavam, não tinha, não tinha orientação nenhuma” (P7).

“No hospital para onde fui levado, fui atendido no pronto socorro, mas fiquei muito tempo esperando a chegada do neurologista e ninguém me dizia nada, não sentia minhas pernas, não sabia o que tinha acontecido” (P8).

No hospital geral, a pessoa com lesão medular recebe os primeiros cuidados em saúde e, algumas vezes, são necessários intervenções em locais especializados, tais como centro cirúrgico e UTI. A sensação de ser “mal” atendido também é percebida.

“Então, o que acontece, nessa situação eu tive Síndrome da Angústia Respiratória do Adulto, foi em torno de 32 horas, 48 horas, alguma coisa

assim, e aí, não lembro, não lembro nada porque eu fui pra UTI. Fui pra UTI, fiquei 18 dias na UTI. Nesse período, foi justamente por esse fator de ter essa, esse Síndrome. Então, foi uma situação bem complicada, me passaram esse relatório, até meu colega estava junto falou assim que eu estava muito ruim mesmo (P1)”.

[ ] Hã, foi numa segunda-feira, no sábado eu cheguei aqui em Chapecó, Domingo eu fiz a cirurgia, correu tudo bem, fiquei na UTI, pois tive algumas complicações (P2)”.

“Ah, depois no hospital eu fiquei dois dias acordado, antes da UTI, daí depois dormi, na UTI, fiquei quatorze dias em coma, da UTI [...] eu tive infecção bem grande, eu tinha bastante febre. Depois eu peguei uma úlcera por pressão no hospital, bem grande...foi bem difícil (P5)”.

Após o atendimento inicial, o período de permanência que varia em cada caso, e de acordo com o estabelecimento clínico e as complicações que podem advir da lesão medular, a equipe de saúde realiza as orientações necessárias durante o período de internação e já inicia a preparação da pessoa e da família ou seu cuidador para a alta hospitalar bem como da possível condução para hospital especializado em reabilitação, considerando as necessidades específicas que terá em seu domicílio.

“Recebia as orientações de toda a equipe para saber como deveria agir quando chegasse em casa...[ ] na verdade lá eu quase não ajudava, só ajudava a colocar a fralda.” (P2)

“Eu fui entendendo o que tinha acontecido no decorrer da minha internação, que não andaria mais... [ ] todo o dia alguém me ensinava alguma coisa, pois me diziam que em casa eu iria precisar me virar.” (P9)

Ressaltamos que os profissionais da saúde que prestam os cuidados, além do conhecimento científico e capacidade técnica necessária na prestação do cuidado integral, necessitam ter características intrínsecas à profissão como afetividade, amorosidade e conhecimento, permitindo lidar com os problemas de saúde da pessoa com lesão medular.

Evidencia-se a importância das orientações recebidas no decorrer da internação, as quais ajudam na aquisição da independência funcional e também trazem segurança no autocuidado, conforme percebemos nos relatos.

“A orientação que eu que eu recebi... a primeira orientação ali que eu te falei do cateterismo, quando eu saí de lá ela foi novamente bem, como que eu posso dizer bem trabalhada, foi bem explicada” (P4).

Após a alta hospitalar, a condução para centro especializado leva algum tempo, considerando que nem sempre se efetiva logo após a alta de um hospital geral. Quando da entrada num centro especializado de reabilitação, sejam pela formação dos profissionais de saúde, pela estrutura física do local ou de programas específicos no atendimento às pessoas, podemos observar que os cuidados em saúde vão se integrando de forma contínua e gradual. Mostra também a importância de os profissionais de saúde conhecerem o ambiente domiciliar, conforme relatos.

“Lá no hospital (de reabilitação-especializada) eles fazem uma aula antes, o que você tem que tomar de cuidado com a tua pele, onde que você tem que limpar melhor, porque eles já sabem, tem um histórico assim que tem muito problema”. (P1)

“A maioria do que a gente faz hoje, foi lá depois que eu fui para o hospital especializado, que lá realmente eles, além deles ensinarem a pessoa, quem pode claro, a se virar sozinho. Só não, não voltei a trabalhar ainda porque, tem esse dilema com o INSS, que se eu voltar a contribuir então eu perco esse benefício. Se não fosse isso teria voltado a trabalhar já, com certeza”. (P3)

“E, depois de que eu fui em 2011 pra reabilitação, depois ano ali então, se tornei uma pessoa independente de novo é, aí conquistei minha independência e basicamente é isso”. (P7)

As orientações recebidas durante o período de internação e na alta hospitalar, quando de forma contínua e ao longo do tratamento, são incorporadas pela pessoa com lesão medular. Isso possibilita que, ao sair daquele ambiente previamente preparado (hospital de reabilitação), inicie o enfrentamento da realidade no domicílio. O auxílio da família é fundamental.

“Após sair do hospital de reabilitação, tudo o que aprendi foi muito útil, me ajudou muito... [ ] não sei como seria se não tivesse aprendido tanta coisa... [ ] hoje sou independente ( P8 ).

“Aprendi muita coisa, me ajudou muito mesmo! Minha mãe também me auxiliou muito nessa fase, durante a reabilitação, ficou um tempo comigo...[ ]... Eu me considero assim uma pessoa independente, eu tenho veículo adaptado, então eu entro no veículo, saio do veículo, guardo a cadeira sozinho, é, em casa minha higiene também, tudo sozinho, eu tenho uma cadeira de banho, faço a transferência, volto, enfim, para a cama também, faço as transferências, volto, bem, bem independente assim, ta tranquilo”. (P9)

Em contraponto a essa realidade, muitas vezes o ambiente no hospital de reabilitação propicia um aprendizado constante, por ser



ambiente preparado para o treinamento das atividades de vida diária; porém pode ser fator complicador, quando a pessoa com lesão medular se depara com a sua realidade, com o seu ambiente no domicílio, conforme percebemos nos relatos

“Na minha residência em relação a esses cuidados, foi um inferno, tenho para te dizer que foi um inferno, bem complicado, até porque assim ó, minha casa não estava preparada para nada, nada, nada, nada, a, o único lugar que eu conseguia ir era da cozinha no meu quarto, não conseguia mais nenhum cômodo”. (P4)

“Quando voltei para casa... Foi ruim, porque eu não tinha nada adaptado, era bem alto, tinha uma escada assim, a casa era bem velha, daí uma amiga minha me arrumou uma cama de hospital, eu levei seis meses pra eu começar a escovar os meus dentes e começar a comer sozinha. Era tudo a mãe, meu padrasto minhas irmãs que faziam o que tinha que fazer por mim, higiene, alimentação, água, medicamento, tudo, tudo” (P10).

Quando da chegada ao ambiente domiciliar, muitas vezes a pessoa com lesão medular se depara com novas barreiras impostas pela limitação física, ou por questões arquitetônicas, bem como com a falta de tecnologias assistivas ao seu dispor. Embora as orientações tenham sido constantes no hospital de reabilitação, há a necessidade de que estas sejam direcionadas à realidade de cada pessoa, para que efetivamente influenciem na independência para as atividades de vida diária quando no domicílio.

“ Lá no hospital de reabilitação tinha tudo...[ ] mas em casa nem sempre podemos comprar uma cadeira de banho, um guindaste, sai muito caro, nem todo mundo pode comprar.” (P2)

“Assim, a orientação ensina o máximo de cuidados para não ficar forçando muito, e bastante fisioterapia, bastantes exercícios, onde que eu conseguiria não deixar atrofiar os membros superiores... [ ] aprendi muito na reabilitação... ..[ ] mas quando cheguei em casa, foi bem difícil, nada era adaptado, minha cadeira não passava nas portas ” (P3).

“A equipe de enfermagem na reabilitação me ajudou muito nos cuidados, a ser mais independente. ....[ ]mas chegar em casa, é uma nova realidade!!” (P9)

“Quando cheguei em casa mesmo reabilitado foi diferente.....[ ] porque a gente aprende no dia a dia mesmo, vai se virando, e as vezes nem sempre do jeito que eles ensinam lá a gente consegue fazer, depende da lesão, e eu fui me adaptando dia a dia”. (P10)

## DISCUSSÃO

Os entrevistados relatam a importância das orientações evidenciando que o aspecto educacional da saúde pode ser afetado por vários fatores como o estado de saúde das pessoas com lesão medular, sua receptividade para o cuidado, além das complicações que podem afetar esse cuidado, entre eles a depressão que afeta muitas pessoas (CONCEIÇÃO et.al. 2010). A pessoa com lesão medular deve ser incentivada à autonomia para vários atos na vida diária. Dentro desses aspectos, as intervenções de enfermagem no cuidado em saúde sedimentam essa perspectiva de liberdade.

Devido às alterações, devemos considerar o que diz Vall (2013) “cada pessoa é um ser individual com história de vida e características próprias, que podem determinar de forma decisiva as capacidades

funcionais e psicossociais preservadas para serem trabalhadas na sua reabilitação.

Tanto o cuidado em saúde prestado no atendimento pré e hospitalar, na fase aguda da lesão medular, bem como aquele prestado no hospital especializado, quando a pessoa já se encontra na fase de reabilitação, de maneira diferente de acordo com a fase da lesão, são fundamentais para auxiliar na aquisição da independência.

A compreensão dos cuidados no domicílio é fundamental e realizá-los é prática constante e contínua da pessoa com lesão medular no decorrer dos anos de convivência com sua lesão. A pessoa só poderá se beneficiar dos avanços tecnológicos e da ciência, se conseguir manter-se física e clinicamente estável, sem complicações associadas à lesão medular, o que permite o aumento da sobrevida e da respectiva qualidade de vida.

É consenso na literatura que a reabilitação da pessoa deva ocorrer de maneira mais precoce possível e que se inicia no momento que a pessoa teve a lesão medular, pois facilita à aquisição de ganhos funcionais posteriores a fase inicial (ASSIS e FARO, 2011, SILVA, et al.2012).

Na pesquisa ficou evidenciado que os participantes percebem que o envolvimento da família e cuidadores no processo de reabilitação são fundamentais na aquisição da independência da pessoa com lesão medular. Isso é identificado desde o início até a continuidade da reabilitação no domicílio bem como em seu acompanhamento após o trauma, nas orientações das atividades da vida diária, no acompanhamento e na supervisão do autocuidado e, muitas vezes, na intervenção na prestação desses cuidados.

Cabe salientar que as orientações de cuidado em saúde precisam extrapolar o ambiente hospitalar, seja no contexto das instituições de reabilitação ou no hospital geral, pois o atendimento às pessoas com lesão medular constitui um desafio para os profissionais de saúde e estes por sua vez devem envolver a família e a rede social de apoio no cuidado, para que a qualidade de vida da pessoa possa se restabelecer o mais precocemente possível, ampliando sua expectativa de vida (BAMPI, GUILHEM e LIMA; 2008).

Percebe-se, a partir da pesquisa, que a pessoa com lesão medular, quando sujeita a essa nova fase de vida, necessita não somente do cuidado contínuo, mas principalmente do cuidado em saúde visando à aquisição da sua independência para as atividades diárias. Esse processo educacional e de independência da pessoa deve ser realizado diariamente, não somente com a pessoa que necessita ser cuidada, mas também sua família e seus cuidadores. O cuidado em saúde deve começar no momento da lesão medular, com orientações à pessoa vítima do trauma, à família, aos amigos, à sociedade e à rede social de apoio, para que entendam o que é a lesão medular e quais suas implicações para sua vida diária, principalmente quando no ambiente domiciliar.

Para Miura e Queiroz (2013), a chegada ao hospital especializado (reabilitação) é carregada por inúmeras expectativas sobre a condição de saúde e a reabilitação da capacidade físico-funcional. As orientações recebidas ao longo da reabilitação vão sendo acumuladas na prática diária da pessoa com lesão medular, através do aprendizado teórico sobre a lesão, bem como no desenvolvimento de suas potencialidades diárias, desde os aspectos sobre a patologia, aos

cuidados com a pele, intestino, bexiga, transferências, higiene corporal entre outras. Estas orientações necessitam de uma prévia programação e o estabelecimento de metas precisa ser acordado entre a equipe reabilitadora e a pessoa com lesão medular, para que os resultados sejam efetivos nesse processo.

Evidenciou-se na pesquisa como um todo que o treinamento diário deve visar o alcance máximo de suas potencialidades na aquisição da independência funcional, o que pode ser traduzido através da conquista das metas acordadas com a equipe e da dedicação da pessoa, família e cuidador.

Nas orientações das atividades diárias no ambiente domiciliar, a família exerce um papel fundamental na readaptação da pessoa com lesão medular, mas para isso é necessário o suporte da equipe de enfermagem que deve possuir conhecimentos amplos para auxiliar nesse processo de reinserção social, bem como deve conhecer a realidade local da pessoa com lesão medular facilitando e informando sobre o acesso aos serviços de saúde (SCHOELLER et al, 2011; NOGUEIRA et al., 2012; FRANÇA et al.;2012).

Os achados da pesquisa corroboram com os autores quando afirmam que a família exerce um papel fundamental na readaptação da pessoa com lesão medular, mas para isso é necessário o suporte da equipe de enfermagem que deve possuir conhecimentos amplos para auxiliar nesse processo de reinserção social, bem como deve conhecer a realidade local, facilitando e informando sobre o acesso aos serviços de saúde (SCHOELLER et al, 2011; NOGUEIRA et al., 2012; FRANCA et al.;2012).

As orientações do cuidado em saúde, adquiridas ao longo do processo de reabilitação, serão efetivadas quando do retorno ao domicílio e sua aplicação nas atividades de vida diária podendo auxiliar na conquista da liberdade para desenvolver as ações cotidianas com o mínimo grau de dependência da família e cuidadores. Os participantes do estudo destacaram a importância significativa da família no processo de reabilitação e compreendem a necessidade da aquisição da independência funcional.

As incertezas frente às dúvidas advindas da lesão medular são angustiantes, pois muitas vezes a pessoa demora a descobrir o quanto será dependente de outra pessoa, do familiar ou do cuidador para desempenhar suas atividades de vida diária sozinha. O que antes era feito de maneira mecânica, automática e rápida passa agora a ter “outro tempo”, pois o desenvolvimento de tarefas corriqueiras requer um tempo maior para sua execução com segurança, isso quando a pessoa não fica dependente totalmente de outra.

Embora os ambientes das instituições de reabilitação estejam preparados funcionalmente para o atendimento às pessoas com lesão medular, através de uma equipe multiprofissional treinada e com tecnologias assistivas a disposição dos programas de reabilitação, essa prática necessita ser condizente com a realidade vivida por cada pessoa, para que esse aprendizado possa ser empregado de forma adequada e segura quando da chegada ao ambiente domiciliar e as atividades de vida diária possam ser realizadas de maneira independente. Desta forma, se comprova a declaração de tese de que os cuidados em saúde melhoram a qualidade de vida da pessoa com lesão medular.

## CONCLUSÃO

O atendimento à pessoa com lesão medular ocorre na maioria das vezes, por serviços especializados de primeiros socorros (Bombeiros, SAMU). Esse atendimento não tem sido organizado de forma sequencial quando na entrada ao serviço hospitalar geral; as instituições hospitalares precisam prestar um cuidado visando à independência funcional e serem efetivas na prestação dos cuidados em saúde para que a reabilitação inicie precocemente, evitando complicações secundárias à lesão medular. O cuidado em saúde é fundamental, principalmente nas primeiras orientações que a pessoa e a família recebem quando da sua internação, também evitando riscos de acentuar o agravo.

Nas falas dos participantes da pesquisa foi possível identificar que o cuidado prestado pelos serviços hospitalares gerais ainda não atendem de maneira efetiva as expectativas e necessidades da pessoa com lesão medular.

As instituições necessitam treinar seus profissionais de saúde para que sigam as recomendações internacionais de protocolos a essa clientela. Só assim, as orientações iniciais sobre o cuidado na fase aguda da lesão podem ser integralizadas quando no domicílio ou na sua chegada aos hospitais de reabilitação.

O envolvimento da família e da pessoa na prestação do cuidado em saúde, desde as orientações sobre a patologia, transferências, alimentação, cuidados com a pele, intestino e bexiga, precisam ser compartilhados de maneira simples e eficaz para que a família e o

cuidador se sintam seguros na momento da alta hospitalar do hospital geral até a chegada aos serviços especializados de reabilitação.

Percebe-se que o atendimento especializado tem contribuído no auxílio da independência funcional, sendo traduzido na qualidade de vida dessas pessoas, tonando as pessoas mais independentes para as atividades de vida diária e atividades de vida prática, mas precisa se adequar à realidade de cada um, pois as tecnologias assistivas podem ser um empecilho devido ao seu custo e à dificuldade de acesso a essa população.

Apesar do avanço tecnológico nos últimos anos, esse avanço tem sido traduzido lentamente na melhora da assistência em saúde às pessoas com lesão medular. Embora nos últimos anos os serviços especializados de reabilitação tenham aumentado no país, nem sempre a população do interior tem acesso a esses serviços. Nos países desenvolvidos, a entrada nos serviços de reabilitação ocorre precocemente, pois é sabido que a entrada tardia nesses serviços de saúde representa um atraso na reabilitação e na conquista da independência funcional, devido às complicações que podem ocorrer entre a lesão medular e a chegada aos centros especializados de reabilitação.

Ao retomarmos os aspectos da independência funcional da pessoa com lesão medular proposto nesse estudo, observamos que muitos são os desafios da equipe multidisciplinar, no que tange aos cuidados, orientações e encaminhamento ao domicílio. É necessário pensar ações que assegurem um cuidado integral, de qualidade, desde o atendimento pré-hospitalar até o domicílio. Cabe destacar que as instituições de saúde que prestam o atendimento inicial necessitam



seguir protocolos internacionais no atendimento às pessoas com lesão medular, no sentido de possibilitar que o atendimento inicial ocorra embasado em ações internacionalmente reconhecidas e seguras, desde a realização de exames pré-estabelecidos até o uso de medicamentos e de cuidados necessários, como uso de coletes, mobilização em bloco, entre outros.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE A. L., MACIEL E. **Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-driven Sampling” na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas.** Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP; Rio de Janeiro: Ministério da Saúde – Fiocruz, 2009. Dissertação de Mestrado, 99p.

AMARAL, Maria Teresa Mendonça Pinto. Encontrar um novo sentido da vida: um estudo explicativo da adaptação após lesão medular. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, Sept. 2009.

ASSIS, Gisela Maria; FARO, Ana Cristina Mancussi e. Autocaterismo vesical intermitente na lesão medular. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, Mar. 2011.

BAMPI, Luciana Neves da Silva; GUILHEM, Dirce; LIMA, David Duarte. Qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática: um estudo com o WHOQOL-bref. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 11, n. 1, Mar. 2008. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2008000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000100006&lng=en&nrm=iso)>. access on 27 Mar. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000100006>.

BERNARDI, DANILO M. Epidemiologic profile of surgery for spinomedullary injury at a referral hospital in a country town of brazil. **Coluna/Columna**. 2014; 13(2):136-8

BRUNI, D.S et al . Aspectos fisiopatológicos e assistenciais de enfermagem na reabilitação da pessoa com lesão medular. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, mar. 2004. CAVALCANTE, K et al. Alterations in the fertility lived deeply by people with spinal cord injury: a qualitative research. Online Brazilian Journal of Nursing, Niterói (RJ), v. 6, n.3, p. , Oct 2007. Available from: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.960>>. Access: 2014 Mar 27. doi:<http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.2007960>.

CONCEICAO, Maria Inês Gandolfo et al . Avaliação da depressão em pacientes com lesão medular. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo , v. 12, n. 1-2, jun. 2010 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-55452010000100003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452010000100003&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 27 mar. 2014.

COSTA, Viviane de Souza Pinho et al . Representações sociais da cadeira de rodas para a pessoa com lesão da medula espinhal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 18, n. 4, ago. 2010 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692010000400014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000400014&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 27 mar. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000400014>.

DANTAS, DUARTE et.al.. Avaliação da Recuperação Funcional em Lesionados Medulares aplicando a Medida de Independência na Lesão Medular (SCIM) - Contributo para a Validação da Versão Portuguesa. **Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação** I Vol 22 I N° 2 I Ano 20 (2012)

FARO, Ana Cristina Mancussi e. Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 40, n. 1, p. 128-133, mar. 2006 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342006000100019&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000100019&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 08 jun. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000100019>.

FEKETE, MARIA CHISTINA. A Qualidade na Prestação do Cuidado em Saúde. TEXTO DE APOIO DA UNIDADE DIDÁTICA I PÁG.53; 2014. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2104.pdf>

FERRAZ, RENATO RIBEIRO NOGUEIRA et al. Risco de dermatite em pacientes com diagnóstico de lesão medular com incontinência urinária. Revista UNILUS Ensino e Pesquisa Vol. 11 Nº. 24 Ano 2014 p. 17

FONTANELLA, BRUNO JOSÉ BARCELLOS; RICAS, JANETE; TURATO, EGBERTO RIBEIRO. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, enero 2008. Disponible en [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000100003&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003&lng=es&nrm=iso). Acedido en 04 mayo 2015. [dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003](http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003)

FRANCA, Inácia Sátiro Xavier de et al . The no-care of patients with spinal cord injuries in primary care: bioethical challenges for health policies. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 65, n. 2, Apr. 2012 . Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200006&lng=en&nrm=iso). access on 07 Apr. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000200006>.

GOODMAN, L. Snowball Sampling. In: Annals of Mathematical Statistics, 32:148-170, 1961.

LEAL-FILHO, Manoel Baldoino et al . Spinal cord injury: epidemiological study of 386 cases with emphasis on those patients admitted more than four hours after the trauma. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo , v. 66, n. 2b, June 2008 . Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2008000300016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2008000300016&lng=en&nrm=iso). access on 27 Mar. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2008000300016>.

MEDOLA, Fausto Orsi et al . O esporte na qualidade de vida de indivíduos com lesão da medula espinhal: série de casos. **Rev Bras Med Esporte**, São Paulo , v. 17, n. 4, Aug. 2011 . Available from

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-86922011000400008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922011000400008&lng=en&nrm=iso)>. access on 27 Mar. 2014.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1517-86922011000400008>.

MIURA, Renata Tiemi; QUEIROZ, Elizabeth. In: **Lesão medular: reabilitação e qualidade de vida**. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

NOGUEIRA, P.C et al . Sobrecarga do cuidado e impacto na qualidade de vida relacionada à saúde de cuidadores de indivíduos com lesão medular. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 20, n. 6, Dec. 2012 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692012000600006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000600006&lng=en&nrm=iso)>. access on 07 Apr. 2014.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000600006>.

NOHAMA, PERCY, et al. In: **Lesão medular: reabilitação e qualidade de vida**. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

NOGUEIRA, P.C et al . Sobrecarga do cuidado e impacto na qualidade de vida relacionada à saúde de cuidadores de indivíduos com lesão medular. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 20, n. 6, Dec. 2012 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692012000600006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000600006&lng=en&nrm=iso)>. access on 07 Apr. 2014.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000600006>.

PINHEIRO, R. O cuidado em saúde. In: PEREIRA, ISABEL; JULIO CESAR FRANCA LIMA (Org.) Brasil Dicionário da educação profissional. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p.110-114

ROCHA RICARDO GUIMARÃES, MAIA RUBERVAL FERRAZ, BRASILEIRO MARISLEI ESPÍNDULA. O perfil do paciente com lesão medular e a importância do conhecimento de enfermagem na assistência. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição** [serial on-line] 2012 jan-jul 4(4) 1-15. Available from: <<http://www.ceen.com.br/revista>

SCHOELLER, Soraia Dornelles et al. Mudanças na vida das pessoas com lesão medular adquirida. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2012

jan/mar;14(1):95-103. Available from:  
<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a11.htm>.

SILVA, Gelson Aguiar da et al . Avaliação funcional de pessoas com lesão medular: utilização da escala de independência funcional - MIF. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 4, dez. 2012 . Disponível em  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000400025&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400025&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 03 fev. 2013.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000400025>.

SCHOELLER, Soraia Dornelles et al. Mudanças na vida das pessoas com lesão medular adquirida. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2012 jan/mar;14(1):95-103. Available from:  
<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a11.htm>.

TEDDE, Miguel L. et al . Diaphragmatic pacing stimulation in spinal cord injury: anesthetic and perioperative management. **Clinics**, São Paulo , v. 67, n. 11, p. 1265-1269, Nov. 2012 . Available from  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1807-59322012001100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322012001100007&lng=en&nrm=iso)>. access on 02 June 2015.  
[http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2012\(11\)07](http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2012(11)07).

VENTURINI, Daniela Aparecida; DECÉSARO, Maria das Neves; MARCON, Sonia Silva. Conhecendo a história e as condições de vida de indivíduos com lesão medular. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 27, n. 2, p. 219, 2008.

VALL, Janaína. In: **Lesão medular: reabilitação e qualidade de vida**. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O traumatismo raquimedular é um evento que epidemiologicamente vem apresentando um aumento na sua incidência e pode ser considerado um problema de saúde pública, tendo em vista a natureza do evento gerador do trauma, que é passível de prevenção. Os danos à vida da pessoa não são somente de ordem física, mas também psicológica, pois afetam, de maneira singular, o cotidiano da pessoa e da família.

O cuidado em saúde a ser prestado pela equipe multiprofissional necessita ser rápido, pois quando realizado no momento do trauma assegura a preservação da vida e da futura reabilitação de maneira mais efetiva. Cabe à equipe de saúde reconduzir os cuidados com as pessoas com lesão medular, os familiares e os cuidadores, permitindo que auxiliem na condução da independência funcional após a alta hospitalar.

Sabemos que as instituições educacionais de ensino superior apresentam uma lacuna na formação específica do estudante, no que tange ao cuidado de pessoas com lesão medular, sendo necessário inserir nos projetos pedagógicos dos cursos de graduação, conteúdos que atendam a essa demanda, como a inserção de práticas aos profissionais dos cursos da saúde, permitindo a capacitação adequada na prestação do cuidado.

Percebemos ainda, com esse estudo, que existem questões que necessitam ser trazidas à roda de discussão, como o cuidado em saúde, as orientações, a independência funcional, a reabilitação e a condução ao domicílio, considerando que a equipe multiprofissional precisa propor

ações de maneira a olhar as angústias e fragilidades da pessoa. Para tanto, a educação continuada e o investimento em ações na formação da equipe multiprofissional podem auxiliar na aquisição do conhecimento, não só na formação teórica e no aspecto físico do cuidado, mas em ações que facilitem a compreensão dos aspectos psicológicos da pessoa com lesão medular.

Entretanto, pesquisas que compreendam o processo de independência funcional da pessoa com lesão medular a partir do acidente, e dos cuidados prestados no ambiente hospitalar, são de extrema importância, pois auxiliam no entendimento desse cuidado\_\_ que é complexo e contribuem para traçar novas formas de cuidar dos lesados medulares além de maneiras de orientar de forma eficaz os familiares e cuidadores. Assim, outros estudos são necessários para compreender o processo de independência funcional das pessoas com lesão medular e o cuidado prestado.

Esta pesquisa pode contribuir de maneira significativa para se compreender a importância do cuidado desde o momento pré-hospitalar até à chegada a um hospital especializado de reabilitação, pois a compreensão da pessoa com lesão medular sobre a importância do cuidado recebido pode auxiliar no processo de reabilitação, permitindo direcionar seu tratamento, bem como as metas a serem alcançadas. Para tanto, é necessário ter uma equipe multiprofissional capaz de atender as necessidades e anseios de cuidado da pessoa com lesão.

Os estudos apontados ao longo da discussão demonstram que existe lacuna entre o atendimento pré-hospitalar, incluindo o hospital geral até a chegada a um centro de reabilitação e que as pessoas necessitam ser conduzidas aos centros de reabilitação tão logo tenham



alta hospitalar dos hospitais gerais, para que a reabilitação realmente ocorra de maneira rápida, possibilitando a chegada precoce a esses centros e fazendo com que as complicações secundárias a lesão não retardem esse processo.

Outros estudos de cunho qualitativo e quantitativo podem auxiliar na compreensão do real significado de reabilitar. A criação de novos centros de reabilitação e políticas de acesso a essas instituições especializadas em reabilitação precisam ser discutidas como forma de pautar a inserção da pessoa com lesão medular, o mais precocemente possível.

Há que se incentivarem novas publicações dentro dessa temática, com características distintas das encontradas no estudo apresentado, principalmente sob o enfoque do cuidado em saúde, tanto na perspectiva dos profissionais de saúde, quanto na perspectiva de quem é cuidado, da pessoa com lesão medular. Isto pode indicar o melhor caminho para o desenvolvimento do cuidado em saúde, que facilite sua integração rápida na sociedade e que mantenha o atendimento de reabilitação o mais precoce possível.

É preciso pensar ainda em estudos que contemplem especificamente os cuidados de enfermagem das pessoas acometidas por trauma raquimedular, alicerçados em conhecimento específico, comprometido com as necessidades desta clientela, contribuindo desta forma, para que tenham não apenas acesso diferenciado aos serviços de saúde, mas que se sintam efetivamente cidadãos.

Na finalização da tese, podemos destacar a importância da equipe multiprofissional preparada para atender essas pessoas no período pré-hospitalar e no ambiente hospitalar, para que a

independência funcional ocorra ,traduzida na conquista de sua qualidade de vida diária.

A tese declarada inicialmente se comprovou ao identificarmos que o cuidado em saúde realizado no ambiente hospitalar contribui para aquisição da sua independência funcional no ambiente domiciliar, pois auxilia efetivamente na recondução da vida cotidiana de maneira mais qualificada e integrada ao contexto vivido. Para tanto, ficou evidenciado que as orientações sobre o cuidado em saúde, realizado pela equipe multiprofissional, principalmente equipe de enfermagem a qual permanece 24 horas com a pessoa com lesão medular prestando cuidados e orientações sobre a lesão, bem como os cuidados com a pele, intestino e bexiga, transferências, sexualidade, entre outros são primordiais ajudar na compreensão da lesão.

Outro aspecto relevante é a organização de grupos de apoio, com a participação de outros profissionais de saúde visando auxiliar o enfrentamento da lesão, o qual contribui no retorno ao domicílio, através do preparo emocional, se efetivando através de ações de enfrentamento durante a condução das atividades de vida diária. A orientação continuada e sistemática aos familiares e cuidadores é fundamental para a pessoa sentir-se segura quanto ao cuidado que está recebendo.

Os profissionais de saúde necessitam estar preparados com conhecimento científico e técnicos para que possam, desde o início ,orientar e demonstrar como a pessoa com lesão medular pode se tornar independente para as atividades de vida diária de acordo com seu nível de lesão. Esse aprendizado necessita ser atualizado através de cursos promovidos pelos órgãos da educação permanente, pelo enfermeiro como líder de equipe e por toda a equipe multiprofissional. Os órgãos de

educação permanentes necessitam incentivar seus profissionais a se especializarem na área de reabilitação.

Outro ponto a ser destacado é a possibilidade de se desenvolver projetos de extensão nos hospitais gerais, que envolvam pesquisadores, estudantes e equipe de saúde, no sentido de implementar ações e estudos, através de ações que permitam a discussão de cuidados efetivos à pessoa com lesão medular, sua família e cuidador.

A experiência prática na área de lesão medular demonstrou, durante os anos de vivência em hospital especializado, que os cuidados e as orientações prestadas no processo de internação hospitalar ainda ficam aquém das necessidades reais da pessoa com lesão medular. A literatura tem mostrado que os cuidados especializados com equipe multiprofissional treinada e capacitada, auxiliam significativamente na independência funcional e no retorno ao domicílio, pois na maior parte dos hospitais gerais, as orientações e os cuidados prestados não atendem as especificidades da pessoa com lesão medular. A equipe do hospital geral nem sempre se apresenta capacitada para tal cuidado e há carência na condução de práticas direcionadas para esse atendimento.

Cabe salientar que ainda existem lacunas no cuidado hospitalar, voltado às pessoas com lesão medular, as quais precisam ser minimizadas para assegurar cuidado no domicílio mais efetivo, permitindo que a pessoa adquira a sua independência funcional.

O cuidado em saúde prestado pela equipe multiprofissional desde o início do atendimento pré-hospitalar até o retorno da pessoa ao seu domicílio torna-se fundamental, pois o processo de reabilitação deve ser contínuo e permanente para que a pessoa possa adquirir sua

independência funcional e para que seus familiares possam auxiliar nessa conquista.

No entanto, o conhecimento sobre as políticas públicas voltadas para essa população necessita ser repassada à pessoa, à família e aos cuidadores para que possam, mediante esse conhecimento, procurar os auxílios necessários para a melhoria da sua qualidade de vida. As políticas públicas voltadas aos deficientes físicos, embora existentes e consideradas profícuas somente serão eficazes quando essa parcela da população tiver conhecimento e acesso a esses serviços.

Destacamos que o enfermeiro e a equipe de saúde podem efetivamente contribuir para a independência funcional da pessoa com lesão medular, lançando mão de estratégias com a pessoa, família e cuidador através da educação permanente, orientações sobre reeducação vesico-intestinal, sexual e sobre a patologia acometida, demonstração individual, grupos de lesão, e cuidados com a pele, incentivando assim a autonomia. Vale salientar que o conhecimento do paciente no que tange à sua lesão favorece a aquisição da independência funcional, considerando que quanto mais precoce isso ocorrer, maiores as possibilidades de independência. Essas orientações visam prevenir complicações e alterações secundárias como úlceras de pressão, litíase vesical, deformidades em membros superiores e inferiores, hidronefrose, ossificação heterotópica, entre outras.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Ana Lúcia Pereira de; FREITAS, Consuelo Helena Aires de; JORGE, Maria Salete Bessa. Interpretando as experiências da hospitalização de pacientes com lesão medular. *Rev. bras. enferm.* [Online]. 2009, vol.62, n.4, pp. 552-556.

ALBUQUERQUE, A.L.P; FREITAS.C.H.A; JORGE, M.S.B. Interpretando as experiências da hospitalização de pacientes com lesão medular. *Rev.bras Enferm*, Brasília 2009 jul-ago;62(4):552-6.

ALVARES, A.R et al. Botulinum toxin a in the treatment of spinal cord injury patients with refractory neurogenic detrusor overactivity. *Braz J Urol*. Vol. 36 (6): 732-737, November - December, 2010

AMARAL, Maria Teresa Mendonça Pinto. Encontrar um novo sentido da vida: um estudo explicativo da adaptação após lesão medular. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 43, n. 3, Sept. 2009

ANDRADE, M.J; GONÇALVES, S. **Lesão Medular Traumática: recuperação neurológica e funcional.** *Acta Med. Port.* 2007; 20: 401-406

ARES, M.J.J.; CRISTANTE, A.R.L. Aspecto multidisciplinar do atendimento e seqüência do atendimento. In: FERNANDES, A.C et al. **AACD medicina e reabilitação: princípios e práticas.** Editora Artes Médicas, São Paulo, 2007.p.191

ARAUJO JUNIOR, Francisco Alves de et al. Traumatismo raquimedular por ferimento de projétil de arma de fogo: avaliação epidemiológica. *Coluna/Columna*, São Paulo, v. 10, n. 4, 2011

ASSIS, Gisela Maria; FARO, Ana Cristina Mancussi e. Autocateterismo vesical intermitente na lesão medular. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 45, n. 1, Mar. 2011 .

AZEVEDO, Gisele Regina de; SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia. Cuida-dor (d) eficiente: as representações sociais de familiares acerca do processo de cuidar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, out. 2006 . Disponível em

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692006000500020&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000500020&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 21 ago. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000500020>.

AYRES, J. R. C. M. Care and reconstruction in healthcare practices, **Interface** - Comunic. Saúde, Educ., v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev.2004.

BARDIN, L. *Ánálise de conteúdo*. SP: Edições 70, 2011

BARROS, Débora Gomes; CHIESA, Anna Maria. Autonomia e necessidades de saúde na sistematização da assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. spe, dez. 2007 .

BARONE, SH, WATERS, K. Coping and adaptation in adults living with spinal cord injury. *J Neurosci Nurs*; 2012 Oct;44(5):271-83.

BARBOSA, T. M. ; PEREIRA, JULIANA ZANINI ; SCOTT, JULIANO BECK . Educação Inclusiva: concepções acerca das políticas públicas e perspectivas de ação. Vidya (Santa Maria. Online) , v. 3, p. 111-119, 2013.

BERNARDES, L.C.G.; ARAÚJO, T.C.C.F . **Deficiência, políticas públicas e bioética: percepção de gestores públicos e conselheiros de direitos**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9):2435-2445, 2012.

BJORNSHAVE, NOEL et al. Incidence of traumatic spinal cord injury in Denmark, 1990–2012: a hospital-based study **Spinal Cord**. 2015 Jun;53(6):436-40

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. 9ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2004

BORGES, Ana Maria Fernandes et al. Percepção das pessoas com lesão medular sobre a sua condição. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, Sept. 2012 Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472012000300016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000300016&lng=en&nrm=iso)>. Access on 16 Nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000300016>.

BRITO, Luciane Maria Oliveira et al. Avaliação epidemiológica das pacientes vítimas de traumatismo raquimedular. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 5, out. 2011.

BRUNOZI, ALINY EUGÊNIA et al. Qualidade de Vida na Lesão Medular Traumática. **Rev Neurocienc** 2011;19(1):139-144

BRITO, Luciane Maria Oliveira et al. Avaliação epidemiológica das pacientes vítimas de traumatismo raquimedular. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 5, Oct. 2011 .

BYCKLEY, L. S. **Bates propedêutica médica** . 8ª Ed. Edit.Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2005 p.523-607

CAMARGO, CRISTIAN ORTIZ; MASCARIN, IRIS;NUNES,NEWTON. Benefícios do treinamento de força e natação sobre a independência funcional de paciente com lesão medular tetraparesia. (um estudo de caso) **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, São Paulo, v.4, n.19, p.66-73. Jan/Fev. 2010. ISSN 1981-9900.

CAT. Comitê de Ajudas Técnicas. Ata VII Reunião do Comitê de Ajudas Técnicas. Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República (CORDE/SEDH/PR) 13-14 dez. 2007. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/corde/comite.asp>>. Acesso em: 23 setembro. 2015.

CHHABRA, HS; ARORA, M. Demographic profile of traumatic spinal cord injuries admitted at Indian Spinal Injuries Centre with special emphasis on mode of injury: a retrospective study. **Spinal Cord**; 2012 Oct; 50(10):745-54

CHANG, F.H et al. Factors associated with quality of life among people with spinal cord injury: application of the international classification of functioning, disability and health model. **Arch Phys Med Rehabil**; 2012 Dec; 93(12):2264-70.

COELHO, Cláudia Virgínia C.; BERALDO, Paulo Sergio S. Risk factors of heterotopic ossification in traumatic spinal cord injury. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 67, n. 2b, June 2009. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-)

282X2009000300002&lng=en&nrm=iso>. Access on 15 Jan. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2009000300002>.

CONCEICAO, MARIA INÊS GANDOLFO ET AL. Avaliação da depressão em pacientes com lesão medular. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo , v. 12, n. 1-2, jun. 2010 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-55452010000100003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452010000100003&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 27 mar. 2014.

COSTA, Fabrícia Azevêdo da; SILVA, Diana Lídice Araújo da; ROCHA, Vera Maria da. Severidade clínica e funcionalidade de pacientes hemiplégicos pós-AVC agudo atendidos nos serviços públicos de fisioterapia de Natal (RN). **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2011. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700068&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700068&lng=en&nrm=iso)>. Access on 19 Jan. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700068>. COSTA, J.S. Métodos de prestação de cuidados. Escola superior de enfermagem de Viseu – 30 anos. Porto, 2004.

COSTA, Viviane de Souza Pinho et al. Representações sociais da cadeira de rodas para a pessoa com lesão da medula espinhal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, ago. 2010

COURA, ALEXSANDRO SILVA et al. Incapacidade funcional e associações com aspectos sociodemográficos em adultos com lesão medular. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, fev. 2012 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692012000100012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000100012&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 21 ago. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000100012>.

COURA, ALEXSANDRO SILVA, et.al. Contextual analysis of the domiciliary nursing consultation to Individuals with spinal cord injury. **REME • Rev Min Enferm.** 2013 out/DOI: 10.5935/1415-2762.20130072 dez; 17(4): 1007-101

CUSTÓDIO et al. Lesão medular no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER-GO). **Coluna/Columna** ; 8(3):265-8; 2009.



DERAKHSHANRAD, N. et al. Functional impact of multidisciplinary outpatient program on patients with chronic complete spinal cord injury. **Spinal Cord**. 2015 Aug 4. doi: 10.1038/sc.2015.136

DERRET, S. et al. Traumatic and non-traumatic spinal cord impairment in New Zealand: incidence and characteristics of people admitted to spinal units. **Injury Prevention**. 2012;18:343–346

DOS SANTOS, S.G.; MORETTI-PIRES,R.O (organizadores) Métodos e técnicas de pesquisa qualitativa aplicada à educação física. 1.ed. Florianópolis: tribo da Ilha, 2012. 236p.

DINIZ, D. **O que é deficiência**. São Paulo: Brasiliense, 2007 (Col.Primeiros Passos,324).

DINIZ, IRAKTÂNIA VITORINO et al. Caracterização das Vítimas de Acidente de Trânsito Que Apresentaram Traumatismo Raquimedular. **R bras ciências da Saúde** 16(3):371-378, 2012

DINIZ, ERICKA ELLEN CARDOSO DA SILVA et.al. Programa de atenção multidisciplinar em busca da reabilitação e reinclusão de indivíduos portadores de lesão medular. **CADERNOS DE EDUCAÇÃO, SAÚDE E FISIOTERAPIA**. v. 1, n. 2 (2014)

DIOGO, M.J.D.E. A dinâmica dependência-autonomia em idosos submetidos à amputação de membros inferiores. *Rev.Latinoam Enferm*.1997; 5 (1): 59-64.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004. Editora UFPR

FECHIO, Maira Baldan et al. A repercussão da lesão medula na identidade do sujeito. *Acta Fisiátrica*. 2009; 16(1):38-42

FEKETE, MARIA CHISTINA. A Qualidade na Prestação do Cuidado em Saúde. **TEXTO DE APOIO DA UNIDADE DIDÁTICA I PÁG.53; 2014.** Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2104.pdf>

FEREIRA, Maria Eloá Moreira da Silva Martins; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Estratégias de enfrentamento na

reabilitação do traumatismo raquimedular. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 63, n. 2b, jun. 2005.

FERRAZ, Fernando Bastos; ARAUJO, Elizabeth Alice Barbosa Silva de. O conceito de pessoa com deficiência e seu impacto nas ações afirmativas brasileiras no mercado de trabalho. Trabalho Publicado nos Anais do XIX Encontro Nacional do CONPEDI, Fortaleza-CE Disponível em <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/541>, acessado em 04 de fevereiro de 2014.

FERREIRA, M.A. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem **Rev Bras Enferm** 2006 maio-jun; 59(3): 327-30.

FERREIRA, L.M. et al. Clinical and socio-demographic characteristics of persons with traumatic paraplegia living in São Paulo, Brazil. **Arq Neuropsiquiatr** 2009;67(2-B):388-390 .

FIGUEIREDO JA, PINHEIRO GE, BORRELLI Jr. M, ARAÚJO MB. **Trauma Raquimedular: Conduta Urológica Clínica e Farmacológica.** Sociedade Brasileira de Urologia. 27 de junho de 2006.

FUNCTIONAL INDEPENDENCE MEASURE – FIM. Uniform Data System for Medical Rehabilitation. State University of New York: Buffalo, 1984. [ Links ]

GARCIA-ALTÉS, A. et al. Spinal cord injury and traumatic brain injury: a cost-of-illness study. **Neuroepidemiology**; 2012; 39(2):103-8

GASPAR, Alexandra Passos et al. Avaliação epidemiológica dos pacientes com lesão medular atendidos no Lar Escola São Francisco. **ACTA FISIÁTRICA** 10(2): 73-77, 2003.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 1999.

GLÄSSEL, A. et.al. A case study on the application of International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)-based tools for vocational rehabilitation in spinal cord injury. **Work**; 2012; 41(4):465-74

GONÇALVES, ANA PAULA ÂNGELO, et. al. Assistência de Enfermagem ao portador de lesão medular. *Enfermagem Brasil* . jul/ago2011, Vol. 10 Issue 4, p236-241.

GONZALEZ ECHEVERRIA, Luís; PRICE, Yocelyn; MUNOZ, Luz Angélica. Vivencia de discapacidad por traumatismo de la médula espinal y el proceso de rehabilitación. *Cienc. enferm.*, Concepción, v. 17, n. 1, 2011 . Disponible en <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532011000100009&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000100009&lng=es&nrm=iso)>. accedido en 15 enero 2013.

GRACA, ÁGATHA et al . **Quality of life of primary caregivers of spinal cord injury survivors.** *Rev. bras. enferm.*, Brasília , v. 66, n. 1, Feb. 2013. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100012&lng=en&nrm=iso)>. Access on 07 Apr. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000100012>.

GREVE, J.M.D.A; CASALIS, M.E.P; BARROS,T.E.P. Diagnóstico e Tratamento da Lesão da Medula Espinal. São Paulo: Ed. Roca; 2001.

HAWKING, S.W. **Relatório Mundial sobre deficiência /World Health Organization The World Bank.** In: Preâmbulo Tradução Lexicus Serviços Lingüísticos – São Paulo: SEDPcD, 2012. 334p.

IMAMURA et.al. Osteoporose em lesão medular: reabilitação. *Acta Fisiatr.* 2013;20(2):112-117

JOVANOVIC, L.M et al. Community-based study of health-related quality of life in spinal cord injury, muscular dystrophy, multiple sclerosis, and cerebral palsy. *Disabil Rehabil*; 2012;34(15):1284-90

LEMA-HENAO,C.P; PARRA-PÉREZ, J.E. Lesiones medulares Y discapacidad: Revisión bibliográfica. Año 10 - vol. 10 nº 2 - Chía, Colombia - agosto 2010

LIMA, Maria Luiza Carvalho de et al . Análise diagnóstica dos serviços de reabilitação que assistem vítimas de acidentes e violências em Recife.

**Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, Dec. 2009 . Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000500023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500023&lng=en&nrm=iso). access on 21 Aug. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000500023>.

LEITE, VALERIA BARRETO ESTEVES; MANCUSSI, ANA CRISTINA FARO. O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. *Rev Esc Enferm USP* 2005; 39(1):92-6.

LOFVENMARK I. et al. Traumatic spinal cord injury in Botswana: characteristics, a etiology and mortality. **Spinal Cord**. 2015 Feb;53(2):150-4

MACHADO, W.C.A; SCRAMIN, A.P. (In)dependência funcional na dependente relação de homens tetraplégicos com seus (in)substituíveis pais/cuidadores. **Revista de Enferm USP** 2010; 44(1):43-60

MACHADO, Angelo B. M. **Neuroanatomia funcional**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. 363 p.

MANCUSSI, ANA CRISTINA. Assistência ao binômio aciente/família na situação de lesão traumática da medula espinhal. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeir,,o Preto, v. 6, n. 4, p. 67-73, outubro 1998.

MARCK, N. et al. Qualitative research methods: a data collector's field guide. *Family Health International*, 2005.

MIDDLETON JW. et al. Life expectancy after spinal cord injury: a 50-year study. **Spinal Cord**; 2012 Nov;50(11):803-11

MINAYO M.C. S.O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2007

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11.ed.São Paulo: Hucitec, 2008; 407p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio da pesquisa social**. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; GOMES, Suely Ferreira Deslandes

Romeu (orgs.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 27ª ed. Petrópolis: Vozes, 2008, p.9-29.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cartilha da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, disponível em <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/component/content/archive?month=8&year=2012&id=archive&start=60>

MIURA, Renata Tiemi; QUEIROZ, Elizabeth. In: **Lesão medular: reabilitação e qualidade de vida**. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

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

National Spinal Cord Injury Statistical Center. Spinal cord injury facts and figures at a glance. *J Spinal Cord Med*. 2010;33(4):439-40.

National Spinal Injury Estatistical Center. *Lesión de la Medula Espinal*. Datos y cifras a la Vista. Febrero 2011. Birmingham, Alabama, USA.

NERI, A.L. Palavras-chave em gerontologia. Campinas: Editora Alínea; 2001.

NIETSCHE, E.A, BACKES, V.M.S. A autonomia como um dos componentes básicos para o processo emancipatório do profissional enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**. 2000; 9 (3):153-74.

NOGUEIRA, PAULA CRISTINA et al . Cuidadores de indivíduos com lesão medular: sobrecarga do cuidado. **Rev. esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 607-614, June 2013. Available from <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342013000300607&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000300607&lng=en&nrm=iso)>. access on 22 May 2015. dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000300012.

NOHAMA, PERCY, et al. In: **Lesão medular: reabilitação e qualidade de vida**. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS [ONU]. 2006a. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. Doc. A/61/611, Nova Iorque, 13 dez.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAUDE. Capacetes: manual de segurança no trânsito para os gestores e profissionais de saúde. / Organização Pan-Americana da Saúde Organização Mundial da Saúde; Solange Pedroza. – Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2007. 172 p: il.

PADULA, MARCELE PESCUMA CAPELETTI; SOUZA, MARIANA FERNANDES DE. Avaliação do resultado de um programa educativo dirigido a paraplégicos visando o autocuidado relacionado aos déficits identificados na eliminação intestinal. Acta paul. enferm., São Paulo , v. 20, n. 2, June 2007 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002007000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200009&lng=en&nrm=iso)>. access on 19 Jan. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000200009>.

PEREIRA, C.U., JESUS, R.M. Epidemiologia do Traumatismo Raquimedular. Bras Neurocirurg 22 (2): 26-31, 2011

PEREIRA, E.L.R; GOMES, A.L; RODRIGUES, D.B. Epidemiologia do traumatismo raquimedular por projéteis de armas de fogo em um hospital de referência no estado do Pará. **Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia** Vol. 34 No. 1/2015

PINHEIRO, R. **Dicionário da educação profissional em saúde**. In: PEREIRA, I.B., LIMA, J.F.(orgs)- **Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.488 p** Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>, acessado em 15 de janeiro de 2013.

POLIET, D.F.; BECK C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: avaliação de evidências para a enfermagem. 7 ed. Porto alegre: Artmed; 2011.

POLIA, ANDREZA APARECIDA; GUILHARDE, MYRIAN. Terapia ocupacional e lesão medular: relato de intervenção precoce. **Estudos**, Goiânia, v. 34, n. 1/2, p. 53-69, jan./fev. 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPECÓ-SC. Disponível em <http://www.chapeco.sc.gov.br/>. Acesso em 10 de setembro de 2015.

QUEIROZ, ELIZABETH; ARAUJO, TEREZA CRISTINA CAVALCANTI FERREIRA DE. Trabalho de equipe em reabilitação: um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde. **Paideia** maio-ago. 2009, Vol. 19, No. 43, 177-187

RABEH, S.A.N.; CALIRI, M.H.L. Capacidade funcional em indivíduos com lesão de medula espinhal. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 3, jun. 2010. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002010000300002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000300002&lng=pt&nrm=iso). acessos em 16 nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000300002>.

RAMOS, A.C.R; CASALIS, M.E.P. Aspecto multidisciplinar do atendimento e seqüência do atendimento. In: FERNANDES, A.C et al (orgs). **AACD medicina e reabilitação: princípios e práticas**. Editora Artes Médicas, São Paulo, 2007.

RAVENEK, KE et al. Assessing quality of life in relation to physical activity participation in persons with spinal cord injury: a systematic review. **Disabil Health J**; 2012 Oct;5(4):213-23

REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO. Disponível em [WWW.sarah.br](http://WWW.sarah.br), acesso em 30 de agosto de 2012.

**Relatório Mundial sobre deficiência /World Health Organization The World Bank**. Prefácio. Tradução Lexicus Serviços Lingüísticos – São Paulo: SEDPcD, 2012. 334p

SADALA, M.L.A. Autonomia/mutualidade na assistência de enfermagem. **Rev Lat Am Enferm.** 1996;4(1):111-17

RICCI NA; KUBOTA MT; CORDEIRO RC. **Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar.** *Rev. Saúde Pública*, 2005; 39(4):655-62.

ROCHA RICARDO GUIMARÃES, MAIA RUBERVAL FERRAZ, BRASILEIRO MARISLEI ESPÍNDULA. O perfil do paciente com lesão medular e a importância do conhecimento de enfermagem na assistência. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição** [serial on-line] 2012 jan-jul 4(4) 1-15. Available from: <<http://www.céen.com.br/revista>

SALE, P. et al. Predictors of changes in sentimental and sexual life after traumatic spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*; 2012 Nov; 93(11):1944-9

SARTORI, N.R, MELO, RAC. Necessidades do cuidado hospitalar do lesado medular. *Medicina*, Ribeirão Preto, 35:151-159, abril/junho.2002

SCHAN, M.; ZOELICK, R.B. **Relatório Mundial sobre deficiência /World Health Organization The World Bank.** Prefácio. Tradução Lexicus Serviços Lingüísticos – São Paulo: SEDPcD, 2012. 334p.

SCHIRMER, C.R; et al; Atendimento educacional especializado em deficiência física. Ministério da Educação – Secretaria de educação a distância – Secretaria de educação especial. Editora Cromos: Curitiba – PR, 2007

SCHOELLER, S.D.;LEOPARDI, M.T.;RAMOS, F.S.; Cuidado: eixo da vida, desafio da enfermagem. R. Enferm. UFSM 2011 jan/abr;1(1):88-96

SCHOELLER, S.D.; et al. Características das vítimas de acidentes motociclisticos atendidas em um centro de reabilitação de referência estadual do sul do Brasil. *Acta fsiatr.* 2011; 18(3): 141 – 145

SCHOELLER, S.D.; et al. Mudanças na vida das pessoas com lesão medular adquirida. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2012 jan/mar;14(1):95-103. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a11.htm>. Acesso em 16 nov. 2012.



SCHOELLER, S.D.; et al conhecer para cuidar: características de pessoas com lesão medular atendidas em um centro de Reabilitação. R. pesq.: cuid. fundam. online 2012. jul./set. 4(3):2598-04

SENADO FEDERAL. Revista de audiências públicas do Senado Federal Ano 3 – Nº 13 – novembro de 2012. Disponível em [http://www.senado.gov.br/NOTICIAS/JORNAL/EMDISCUSSAO/upload/201204%20-%20novembro/pdf/em%20discuss%C3%A3o!\\_novembro\\_2012\\_internet.pdf](http://www.senado.gov.br/NOTICIAS/JORNAL/EMDISCUSSAO/upload/201204%20-%20novembro/pdf/em%20discuss%C3%A3o!_novembro_2012_internet.pdf)

SILVA, B.T.; COSTA SANTOS, S.S. Cuidados aos idosos institucionalizados - opiniões do sujeito coletivo enfermeiro para 2026; **Acta Paul Enferm** 2010;23(6):775-81.

SILVA, Gelson Aguiar da et al . Avaliação funcional de pessoas com lesão medular: utilização da escala de independência funcional - MIF. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 4, dez. 2012 . Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000400025&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400025&lng=pt&nrm=iso). acessos em 03 fev. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000400025>.

SILVA, VIVIANA GONÇALVES; DE JESUS, CRISTINE ALVES COSTA. Características biopsicossociais associadas a pacientes com dor neuropática por lesão medular traumática. Relato de casos. **Rev Dor**. São Paulo, 2015 jul-set;16(3):235-9

SILVEIRA, L. *et al*. Medida de independência funcional: um desafio para a Enfermagem. **Rev. Saúde Públ**. Santa Cat., Florianópolis, v. 4, n. 1, jul./dez. 2011.

SOUZA, ML *et al*. Subsídios para uma ética da responsabilidade em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. 2005 Jan - Mar; 14(1): 75-81.

SOUZA, ML; *et al*. O cuidado de enfermagem – uma aproximação histórica. **Texto Contexto Enferm** 2005 Abr-Jun; 14(2):266-70.

STUDART, Rita Mônica Borges et al . Tecnologia de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão em pessoas com lesão medular. **Rev.**

**bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 3, June 2011. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000300013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300013&lng=en&nrm=iso)>. access on 15 Jan. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000300013>.

TARICCO, MA, Poetscher AW, Pinto FCG. Traumatismo raquimedular: aspectos neurocirurgicos. In: Martins HS, Damasceno MCT, Awada SB. Pronto-socorro: condutas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2<sup>a</sup> ed. Barueri: Manole; 2008. p.586-9.

TEIXEIRA, MANOEL JACOBSEN et al. **Neuropathic pain in patients with spinal cord injury: report of 213 patients.** **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo , v. 71, n. 9A, p. 600-603, Sept. 2013 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2013000900600&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2013000900600&lng=en&nrm=iso)>. Access on 02 May 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0004-282X20130103>.

TEDDE, MIGUEL L. et al . **Diaphragmatic pacing stimulation in spinal cord injury: anesthetic and perioperative management.** **Clinics**, São Paulo, v. 67, n. 11, Nov. 2012 Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1807-59322012001100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322012001100007&lng=en&nrm=iso)>. Access on 07 Apr. 2014. [http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2012\(11\)07](http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2012(11)07).

TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S190-S198, 2004

TURATO, E.R. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde humanas. 4<sup>a</sup> Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

VALL, Janaina; BRAGA, Violante Augusta Batista; ALMEIDA, Paulo César de. Estudo da qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 64, n. 2b, June 2006 .

VALL, J. . Dor crônica. **Revista Inspirar**, v. 3, p. 7-8, 2011.

VALE, E.G.; PAGLIUCA, L.M.F. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Rev Bras Enferm**, Brasília - 2011 jan-fev; 64 (1):106-13.

VASCONCELLOS, R.P et.al **Métodos e técnicas de pesquisa qualitativa aplicada à educação física**.In: DOS SANTOS, S.G.; MORETTI-PIRES,R.O (organizadores) 1.ed. Florianópolis: tribo da Ilha, 2012. 236p.

VASCONCELOS, Elaine Cristine Lemes Mateus de; RIBERTO, Marcelo. Caracterização clínica e das situações de fratura da coluna vertebral no município de ribeirão preto, propostas para um programa de prevenção do trauma raquimedular. **Coluna/Columna**, São Paulo, v. 10, n. 1, 2011.

VENTURA, MM, BOTTINO, CM. Avaliação cognitiva em pacientes idosos. In: Papaléo Netto M, coordenador. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: **Atheneu**; 1996. p. 174-89.

VICTOR BARBOSA, ISLENE; FIGUEIREDO CARVALHO, ZUILA MARIA. **Sentimientos de los Familiares ante la Lesión Medular**.Index Enferm, Granada, v. 20, n. 1-2, jun. 2011 . Disponible en <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962011000100012&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100012&lng=es&nrm=iso)>. accedido en 02 mayo 2015.

WEISS, ROBERT S. (1994) *Learning from stranger: the art and method of qualitative interview studies*. New York, The Free Press. [ Links ]

[WHO] World Health Organization. The WHO Family of International Classifications. 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/classifications/en>>. Acesso em 26 agosto 2012.

[WHO] World Health Organization, Relatório Mundial Sobre Deficiência The World Bank; tradução Lexicus Serviços Lingüísticos. - São Paulo :SEDPcD, 2012.334 p.



**APÊNDICES:****APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E  
ESCLARECIDO****UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Nossos nomes: Prof<sup>a</sup>.Dra. Francine Lima Gelbeke e Gelson Aguiar da Silva, professora do programa de pós-graduação em enfermagem e aluno do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, respectivamente; da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC) e estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada “Independência funcional da pessoa com lesão medular a partir do cuidado hospitalar”

Tenho por objetivo compreender o alcance da independência funcional da pessoa com lesão medular em seu domicílio a partir do cuidado prestado em nível hospitalar.

Após ler com atenção este documento, ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir e concordar em fazer parte do estudo, por gentileza, assine no final do documento que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra do pesquisador responsável.

Informações importantes que o (a) Sr (SRA) precisa saber sobre o projeto:

Condução do estudo: Sua participação na pesquisa será voluntária e consiste em participar de uma entrevista com questões que contemplem o objetivo da pesquisa, com duração em torno de 45 minutos. Todas as informações confidenciais pelo (a) Sr.<sup>(a)</sup> obtidas através da entrevista serão exclusivamente utilizadas para atender o objetivo da pesquisa/projeto, seu nome será mantido em sigilo, para isso utilizaremos um pseudônimo.

**Riscos e benefícios:** Em virtude do objetivo e natureza da pesquisa, identificamos riscos mínimos à sua participação. Caso o pesquisado apresente alguma alteração emocional no decorrer na entrevista que não possa ser conduzido pelo pesquisador o sujeito será encaminhado à equipe multiprofissional da unidade básica de saúde de sua área de abrangência. Entre os benefícios, o (a) Sr.<sup>(a)</sup> poderá ajudar na compreensão e análise do cuidado em saúde prestado à pessoa com lesão medular.

Privacidade e confidencialidade: O sigilo e anonimato da sua participação nesta pesquisa serão garantidos e respeitados e o (a) Sr.<sup>(a)</sup> poderá não aceitar participar do projeto ou mesmo desistir durante o mesmo, sem que isso lhe cause constrangimentos ou prejuízos em sua assistência de saúde, caso esteja em tratamento. Caso solicite, os resultados deste estudo serão disponibilizados e dúvidas ou outras informações poderão ser esclarecidas pelos contatos abaixo. Sua identidade será preservada e as informações serão gravadas e utilizadas somente neste estudo, para a composição do relatório de pesquisa, divulgação do trabalho em meio acadêmico e em publicações técnico-científicas.

**APÊNDICE B****CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO  
SUJEITO DA PESQUISA PÓS-INFORMAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG/CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado,  
concordo em participar do estudo desenvolvido no curso de doutorado  
do programa de pós-graduação (PEN/UFSC) da Universidade Federal  
de Santa intitulado **Independência funcional da pessoa com lesão  
medular a partir do cuidado hospitalar** “”, como sujeito voluntário,  
sob responsabilidade dos pesquisadores Prof.<sup>a</sup>. Dra. Francine Lima  
Gelbcke e do enfermeiro Gelson Aguiar da Silva. Fui devidamente  
informado (a) e esclarecido (a) pelo pesquisador sobre os procedimentos  
envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de  
minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu  
consentimento a qualquer momento, sem que isto me leve a qualquer  
penalidade.

Chapecó, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

Assinatura do participante

Prof.<sup>a</sup>.Dra. Francine Lima Gelbcke  
Universidade Federal de Santa Catarina

Enfermeiro Gelson Aguiar da Silva

COREN nº 059136/CE

Fone: (49) 9960-1832

E-mail: gelson.silva@uffs.edu.br

NOTA: Este consentimento será assinado em duas (2) vias: uma ficará com o pesquisador e a outra com o (a) participante.



**APÊNDICE C****ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA A PESSOA  
COM LESÃO MEDULAR****UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM  
ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA A PESSOA  
COM LESÃO MEDULAR**

Doutorando:

Título da pesquisa:

Entrevista nº \_\_\_\_\_

Local e data da entrevista:

Dados de identificação do participante

Nome:

Idade:

Idade na época da lesão:

Sexo:

Estado Civil:

Filhos:

Profissão:

Exerce alguma atividade, qual?

Está recebendo algum tipo de benefício do governo, qual:

Etiologia da lesão medular:

Classificação AIS (A-B-C-D-E):

Nível da lesão (Cervical, torácico, lombar, sacral)

Paraplegia/tetraplegia:

ENTREVISTA:

- Fale-me da sua história, de como ocorreu o trauma medular.

- Como ocorreu o atendimento (local, internação, etc.).

- Em relação aos cuidados em saúde, fale-me sobre os cuidados que recebeu quando você esteve internado.

- Que tipo de orientações você recebeu quando esteve internado?

- Você apresentou alguma complicação durante a internação? Quais foram?

- Por quem foram prestados os cuidados. Você lembra algum profissional em especial?

- E agora ,na sua residência (como são esses cuidados)?

- Quem ensinou os cuidados que você sabe?

- Como você desenvolve suas atividades no dia-a-dia (alimentar-se, vestir-se, banhar-se, etc.?)

- O que significa para você a reabilitação?

- Qual o sentido da reabilitação/independência funcional para você, como entende esse processo?

**Baseado na Escala MIF:** o que mudou na sua vida cotidiana, como era ANTES, como foi na FASE DE INTERNAÇÃO e como está sendo AGORA.

	Como era antes da lesão medular?	Quem lhe auxiliou nos seus cuidados na fase de internação hospitalar? Como fazia?	Quais destas atividades você consegue realizar sem auxílio agora?
Comer			
Aprontar-se			
Banhar-se			
Vestir-se			
Toailete			

Controle da Bexiga			
Controle do Intestino			
Locomoção			
Comunicação			
Integração Social			
Resolução de Problemas			