**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**CONDIÇÕES DE SAÚDE E CUIDADO DOMICILIAR DE INDIVÍDUOS
COM LESÃO DE MEDULA ESPINHAL**

SORAIA ASSAD NASBINE RABEH

**RIBEIRÃO PRETO
2007**

SORAIA ASSAD NASBINE RABEH

**CONDIÇÕES DE SAÚDE E CUIDADO DOMICILIAR DE INDIVÍDUOS COM LESÃO
DE MEDULA ESPINHAL**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor pelo Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar do adulto com
doenças agudas e crônico-degenerativas.

Orientadora: *Profa^a Dr^a Maria Helena Larcher Caliri*

**Ribeirão Preto
2007**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Rabeh, Soraia Assad Nasbine

Condições de saúde e cuidado domiciliar de indivíduos com lesão de medula espinhal. Ribeirão Preto, 2007.

230 p. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP

Área de concentração: Enfermagem Fundamental

Orientadora: Caliri, Maria Helena Larcher

1. Lesão da medula espinhal. 2. Independência funcional.
3. Resultados da reabilitação

FOLHA DE APROVAÇÃO

Soraia Assad Nasbine Rabeh

Condições de saúde e cuidado domiciliar de indivíduos com lesão de medula espinhal

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Programa de Pós-Graduação Enfermagem
Fundamental, para obtenção do título de Doutor.
Área de Concentração: Enfermagem Fundamental

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Maria Helena Larcher Caliri

Instituição: EERP– USP

Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Ana Cristina Mancussi Faro

Instituição: EEUSP

Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Ione de Carvalho Pinto

Instituição: EERP-USP

Assinatura: _____

Prof. Dr. Luiz Pasqualin

Instituição: UNAERP

Assinatura: _____

Prof. Dr. Laércio Joel Franco

Instituição: FMRP-USP

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a **DEUS** que me concedeu a graça
de realizá-lo.

Às **pessoas vítimas da lesão de medula espinhal**, que
me ensinaram um novo olhar para vencer os obstáculos.

Ao **Yussif Ahmed Rabeh**, meu marido, tão solidário e
parceiro.

Aos meus filhos **Nasser Nasbine Rabeh e Seme Nasbine
Rabeh**, pela cumplicidade e confiança.

Ao meu irmão **Samir Assad Nasbine**, pelo apoio
incondicional, exemplo de alma que partilha.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, **Prof^a. Dr^a. Maria Helena Larher Caliri** pela dedicação, generosidade e competência. Minha eterna amiga e mestra.

Ao **Centro Universitário Barão de Mauá**, pelo apoio para a concretização desse trabalho.

À Coordenação do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Barão de Mauá, nas pessoas da **Prof^a. Dr^a. Tokico Murakawa Moriya e Prof. Celso Aparecido da Motta**, pelo incentivo e compreensão.

À **Profa Dra. Nilza Teresa Rotter Pelá**, pelos primeiros ensinamentos de metodologia de pesquisa e motivação para o início da trajetória na Pós-Graduação

À **Profa. Dra. Joyce Maria Worchesch Gabrielli**, pelo apoio ao meu ingresso na carreira docente do ensino superior

Aos **profissionais do grupo multidisciplinar** de atendimento ao paciente com lesão de medula espinhal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-USP, pelo apoio e acolhimento.

Aos participantes do **Núcleo de Estudos em Cuidados Fundamentais para a Enfermagem Clínica**, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

Aos **diretores e aos profissionais** do Serviço de Arquivo Médico das instituições hospitalares pertencentes ao estudo, que me acolheram sempre de

maneira tão especial.

Ao **Prof. Dr. Vanderlei José Haas**, pela generosidade, disponibilidade e competência com que discutiu e conduziu o tratamento dos dados estatísticos.

Ao **Prof. Ms. César Augusto Sangaletti Terçariol**, pelo espírito solidário e grande competência com que conduziu as orientações estatísticas.

À **Prof^a. Dr^a. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues**, pelas contribuições na banca de qualificação desta pesquisa.

A **Prof^a. Dr^a. Ione Carvalho Pinto**, pelas importantes sugestões e serenidade com que acompanhou este trabalho na qualificação e pró-forma.

A **Prof^a. Dr^a. Ana Cristina Mancussi e Faro**, pela presteza e carinho com que conduziu a discussão na pró-forma desta pesquisa.

Ao **Prof. Dr. Luiz Pasqualim**, pela disponibilidade e questionamentos relevantes na pró-forma desta pesquisa.

Ao **Prof. Dr. Laércio Joel Franco**, pelas importantes correções, sugestões e questionamentos na pró-forma.

À **Prof^a. Dr^a. Bárbara Pieper** da Wayne State University College of Nursing, Detroit, pelo acolhimento e oportunidade de ampliar meus conhecimentos.

À **Renata Galante**, terapeuta ocupacional, pela contribuição e incentivo.

À colega **Andréa Matthes Faustino** pela disponibilidade
e bondade em me auxiliar.

Aos **colegas** do Colegiado do Curso de Enfermagem do
Centro Universitário Barão de Mauá, pelo apoio nos
momentos árdusos.

A **Prof^a. Dr^a. Wendy Ann Carswell**, pelo apoio nesse
momento tão especial

À **Flávia Benfati**, pela disponibilidade e apoio técnico

À bibliotecária **Maria Cristina Manduca Ferreira** da
Biblioteca Central da USP- Ribeirão Preto, pela
contribuição tão valiosa.

À **Maria Bernadete Malerbo** bibliotecária da Sala de
Leitura Glete de Alcântara da EERP-USP, pelas
orientações, atenção e apoio

À **Maria de Lourdes Abreu**, funcionária da Sala de
Leitura Glete de Alcântara da EERP-USP, pelo apoio nas
buscas bibliográficas

À **Velmara de Fátima Della Motta Gomes**, pela
tranqüilidade e competência com que auxiliou o
trabalho de formatação

A todas as **pessoas** que colaboraram direta ou
indiretamente para a elaboração desse trabalho.

HOMENAGEM ESPECIAL

Aos meus pais, **Mohamed Assad Nasbine e Jamília Aparecida Domingues Nasbine** pelas lições de perseverança e otimismo permanentes.

À minha querida sogra, **Raya Abou Kalled Rabah (Tia Raya)**, tão presente em todas as horas.

Às minhas queridas amigas **Fernanda Tonello (Irmã Renata) e Angélica Silva**, pelas orações.

À **Maria de Jesus Pontes**, minha querida Mariinha, luz, exemplo de bondade, força e fé.

À **Maria Augusta Pontes de Souza** (Duta), pela generosidade e prontidão em servir.

Aos amigos **Shannon Milford e Dale Milford** que de longe, me fizeram tão bem nessa fase de intenso trabalho, cuidando daquilo que eu tenho de mais precioso.

À minha cunhada e amiga **Sonia Olivari Nasbine**, pelo exemplo de dedicação.

Às minhas irmãs, **Fátima e Samira**, pelo apoio e confiança.

À **Elizabete Spadini Honório Paulino**, que de forma tão resignada e silenciosa contribuiu para que eu realizasse esse trabalho.

Aos meus **cunhados e sobrinhos**, pelo incentivo e

carinho.

Amo vocês!

**"Há, nesse mundo, pessoas através das
quais Deus me ama"**
(São Martinho, séc.XVIII)

RESUMO

RABEH, S.A.N. **Condições de saúde e cuidado domiciliar de indivíduos com lesão de medula espinhal**. 2007. 230 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

O estudo observacional e transversal teve por objetivos caracterizar indivíduos adultos que sofreram lesão de medula espinhal (LME) entre janeiro de 2003 a julho 2006, em hospitais credenciados pelo SUS no município de Ribeirão Preto (RP), avaliar a sua independência funcional utilizando a escala medida de independência funcional (MIF), considerando o nível de lesão, identificar a prevalência de úlcera de pressão (UP) e problemas de funcionamento intestinal, assim como as condições de cuidado domiciliar e o acesso e utilização de serviços de saúde. Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, o estudo foi desenvolvido em duas fases. Na primeira foi feito levantamento de prontuários em 2 hospitais e, na segunda, entrevistas com sujeitos e cuidadores nos domicílios, utilizando instrumentos previamente testados. Os resultados evidenciaram que 28 indivíduos residentes em RP sofreram LME no período e que 19 (67,9%) tiveram UP. Desses, 6 foram a óbito antes da segunda fase do estudo. Dentre os 22 sobreviventes, 91% eram do sexo masculino e 14 (63,6%) tinham entre 20 a 39 anos. Acidente de trânsito foi a etiologia principal (50%) da LME, seguida de queda (27,3%). Onze (50%) tiveram lesão cervical, dez (45,5%) lesão torácica e um lesão lombar. Quinze (68,2%) não tinham ocupação remunerada após a LME e 12 (54,5%) tinham a esposa como cuidador principal. Indivíduos com lesão cervical apresentaram escores menores na MIF total e motora, entretanto, a MIF cognitiva atingiu o valor máximo independente do nível da lesão. Dos 22 sujeitos, nenhum apresentou grau de dependência completa, 11 (50%) apresentavam dependência mínima, 6 (27,3%) dependência máxima e 5 (22,7%) independência moderada ou completa. Os 7 sujeitos com UP tinham maior dependência funcional. Quinze (68,2%) tinham constipação intestinal. O tempo total de cuidado variou de 4 a 15 horas diárias, com média de 9,63, (d.p. 3,4) para sujeitos com lesão cervical; 7,8 (d.p. 2,8) para lesão torácica e 4 para lombar. Houve aumento dos escores da MIF com o aumento do tempo pós-lesão, independente da participação em programa de reabilitação. O trauma causou maior impacto no domínio motor com diminuição da independência funcional nas diferentes atividades para os sujeitos com lesão cervical, entretanto, esses

apresentaram escores mais elevados na função controle intestinal do que os indivíduos com lesão torácica. Os resultados apontam aspectos essenciais para a proposição de programa de reabilitação para essa população no contexto estudado.

Palavras-chave: Úlcera de pressão. Traumatismos da medula espinhal. Atividades cotidianas.

ABSTRACT

RABEH, S. A. N. **Health conditions and home care of individuals with spinal cord injury**. 2007. 230 f. Thesis (PhD) – Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

The purposes of this cross-sectional observational study are: to characterize adult individuals that suffered Spinal Cord Injury (SCI) between January 2003 and July 2006 in hospitals of the Single Health System (SHS) in the city of Ribeirão Preto, and evaluate their functional independence using the Functional Independence Measurement (FIM) scale taking injury level into consideration; and to identify the prevalence of individuals with pressure ulcers (PU) and bowel function problems, as well as home care conditions and the accessibility and use of health care services. After being approved by the Research Ethics Committee, the study was performed in two phases: in the first, patient records from two hospitals were surveyed; in the second, patients and home-care providers were interviewed using previously tested instruments. Results showed that 28 individuals suffered SCI in the referred period, of which 19 (67.9%) developed PU. Six patients died before the second phase of the study. Among the 22 survivors, 91% were men and 14 (63.6%) were between 20 and 39 years old. The main SCI etiology was traffic accidents (50%), followed by falls (27.3%). Eleven (50%) individuals had cervical injury, ten (45.5%) thoracic injury, and one lombar injury. Fifteen (68.2%) were unemployed after SCI and 12 (54.5%) had their wife as their main care provider. Individuals with cervical injury presented lower total and motor FIM scores. However, cognitive FIM scores were the highest, regardless of the injury level. None of the 22 patients presented a degree of complete dependency; 11 (50.0%) presented minimum dependency, six (27.3%) maximum dependency, and five (22.7%) moderate or complete independency. The seven participants with PU were more functionally dependent. Fifteen (68.2%) had constipation. Total care time ranged from 4 to 15 daily hours, with an average of 9.63 (SD 3.4) for individuals with cervical injury; 7.8 (SD 2.8) for thoracic injury; and 4 for lombar injury. FIM scores increased with post-injury time, regardless of participating in rehabilitation. The trauma caused more impact in the motor domain, with reduced functional independence in various activities for individuals with cervical injuries. However, the latter presented higher scores in bowel control function compared to

individuals with thoracic injury. Results highlight the essential aspects of their experiences to propose a rehabilitation program for this population in the studied context.

Keywords: Pressure ulcer. Spinal cord injuries. Activities of daily living

RESUMEN

RABEH, S. A. N. **Condiciones de salud y cuidado domiciliario de individuos con lesión de medula espinal** 2007. 230 f. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007

El estudio de observación y transversal tuvo por objetivos caracterizar individuos adultos que sufrieron Lesión de Medula Espinal (LME) entre enero del 2003 a julio del 2006 en hospitales que tienen convenio con el SUS en el Municipio de Ribeirão Preto (RP), evaluar su independiencia funcional utilizando la escala Medida de Independencia Funcional (MIF) considerando el nivel de lesión; identificar la prevalencia de úlcera de presión (UP) y problemas de funcionamiento intestinal. Asimismo, las condiciones de cuidado domiciliario, acceso y utilización de los servicios de salud. Después de la aprobación del Comité de Ética en Investigación, el estudio fue desarrollado en dos etapas. En la primera, fue realizada una revisión de historias clínicas en dos hospitales y en la segunda, entrevistas con pacientes y cuidadores en los domicilios utilizando instrumentos previamente testados. Los resultados evidenciaron que 28 individuos residentes en RP sufrieron LME en el periodo y que 19 (67.9%) tuvieron UP. De estos, 6 fallecieron antes de la segunda etapa del estudio. Entre los 22 sobrevivientes, el 91% eran del sexo masculino y 14 (63.6%) tenían entre 20 a 39 años. El accidente de tránsito fue la etiología principal (50%) de la LME y en segundo lugar los accidentes por caída (27.3%). Once (50%) tuvieron lesión cervical, diez (45.5%) lesión medular y una lesión lumbar. Quince (68.2%) no tenían ocupación remunerada después de la LME y doce (54,5%) tenían a la esposa como cuidadora principal. Individuos con lesión cervical presentaron escalas menores en la MIF total y motora, sin embargo, la MIF cognitiva alcanzó el valor máximo independiente del nivel de la lesión. De los 22 pacientes, ninguno presentó grado de dependencia completa, once (50.0%) presentaron dependencia mínima, seis (27.3%) dependencia máxima y cinco (22.7%) independencia moderada o completa. Los siete participantes con UP tenían mayor dependencia funcional. Quince (68.2%) tenían estreñimiento intestinal. El tiempo total de cuidado vario de 4 a 15 horas diarias con media de 9,63 (DP 3.4) para individuos con lesión cervical; 7.8 (DP 2.8) para lesión medular y 4 para lumbar. Se observó aumento de las escalas de la MIF con el aumento del tiempo después de la lesión, independiente

de la participación en programa de rehabilitación. El trauma causó mayor impacto en el dominio motor, con disminución de la independiencia funcional en las diferentes actividades para los individuos con lesión cervical, sin embargo, estos presentaron escalas más elevadas en la función control intestinal de que los individuos con lesión medular. Los resultados apuntan aspectos esenciales para la proposición del programa de rehabilitación para esta población en el contexto estudiado.

Palavras-clave: Úlcera por presión. Traumatismo de medula espinal. Actividades cotidianas

LISTA DE QUADRO

Quadro 1	Descrição do Nível de Dependência Funcional e Escore....	85
----------	--	----

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Composição da Medida de Independência Funcional (MIF): MIF total, dimensões e categorias com os respectivos escores.....	84
Figura 2	Diagrama de dispersão ilustrando a relação entre a MIF total e presença ou não de UP e os escores.....	130
Figura 3	Diagrama de dispersão ilustrando a relação entre a MIF motora e presença ou não de UP e os escores.....	176

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição da população na primeira fase do estudo, segundo as características sociodemográficas. Ribeirão Preto, SP, 2007 (n=28).....	97
Tabela 2	Distribuição da população na primeira fase do estudo segundo a instituição e variáveis clínicas. Ribeirão Preto, SP, 2007 (n=28).....	100
Tabela 3	Distribuição da população na primeira fase do estudo segundo a faixa etária e nível de lesão. Ribeirão Preto, SP, 2007 (n = 28).....	103
Tabela 4	Distribuição da população na primeira fase do estudo, segundo a faixa etária e etiologia do trauma. Ribeirão Preto, SP, 2007 (n=28).....	104
Tabela 5	Distribuição da população na segunda fase do estudo considerando as variáveis demográficas e clínicas. Ribeirão Preto, 2007 (n=22).....	106
Tabela 6	Distribuição da população na primeira fase do estudo segundo a ocorrência da úlcera de pressão e documentação no prontuário das características clínicas da UP. Ribeirão Preto, SP, 2007 (n=28).....	108
Tabela 7	Distribuição da população na segunda fase do estudo, segundo as características socioeconômicas. Ribeirão Preto, SP, 2007 (n=22).....	111

Tabela 8	Valores e variações da MIF total nos domínios motor e cognitivo, segundo o nível de lesão medular. Ribeirão Preto, SP, 2007.....	113
Tabela 9	Classificação do nível de dependência segundo a MIF total e nível de lesão medular. Ribeirão Preto, SP, 2007.....	122
Tabela 10	Classificação do nível de dependência em relação aos subescores da MIF total, nível de lesão e acompanhamento de reabilitação atualmente. Ribeirão Preto, SP, 2007.....	123
Tabela 11	Distribuição da ocorrência e características clínicas da úlcera de pressão, segundo a instituição de origem na segunda fase da pesquisa. Ribeirão Preto, SP, 2007.....	125
Tabela 12	Classificação do nível de dependência em relação aos subescores da MIF total e presença de UP. Ribeirão Preto, SP, 2007 (n=22).....	131
Tabela 13	Distribuição da população, segundo as variáveis clínicas referentes ao funcionamento intestinal antes e após a lesão. Ribeirão Preto, SP, 2007 (n=22).....	132
Tabela 14	Distribuição da população, segundo Instituição A e B em relação às orientações recebidas quanto às possíveis complicações intestinais após a lesão. Ribeirão Preto, SP, 2007 (n=22).....	133
Tabela 15	Distribuição das características demográficas e socioeconômicas dos cuidadores principais dos indivíduos com LME. Ribeirão Preto, SP, 2007 (n=22).....	142

Tabela 16	Distribuição da dependência funcional dos indivíduos com lesão cervical nas dimensões e categorias da MIF total. Ribeirão Preto, SP, 2007.....	145
Tabela 17	Distribuição do nível de dependência funcional dos indivíduos com lesão torácica nas dimensões e categorias da MIF total. Ribeirão Preto, SP, 2007 (n=10).....	147
Tabela 18	Apresentação do número de horas diárias utilizadas pelo cuidador na assistência ao indivíduo com LME. Ribeirão Preto, SP, 2007.....	149
Tabela 19	Distribuição da frequência dos indivíduos com LME em relação as atividades realizadas pelo cuidador no atendimento das necessidades, segundo o nível de lesão. Ribeirão Preto, SP, 2007.....	151
Tabela 20	Distribuição da MIF total, motora e das dimensões autocuidado e controle de esfíncter em relação às atividades de auxílio realizadas pelo cuidador no atendimento da necessidade do funcionamento intestinal. Ribeirão Preto, SP, 2007.....	153
Tabela 21	Distribuição dos indivíduos com lesão medular em relação ao nível de dependência dos cuidados para as atividades referentes ao funcionamento intestinal. Ribeirão Preto, SP, 2007.....	154
Tabela 22	Distribuição da frequência dos indivíduos quanto às variáveis referentes à acessibilidade e utilização dos serviços de saúde. Ribeirão Preto, SP, 2007.....	156

Tabela 23	Distribuição da frequência dos indivíduos e das causas em relação a hospitalização por complicações. Ribeirão Preto, 2007.....	159
Tabela 24	Distribuição da MIF total e motora considerando o acompanhamento atual em Serviço de Reabilitação, Ribeirão Preto, 2007.....	161
Tabela 25	Distribuição dos valores e variações das dimensões da MIF, segundo o nível de lesão cervical e acompanhamento atual de reabilitação. Ribeirão Preto, SP, 2007.....	168
Tabela 26	Distribuição dos valores e variações das dimensões da MIF, segundo o nível de lesão torácica, lombar e acompanhamento atual de reabilitação. Ribeirão Preto, SP, 2007.....	170
Tabela 27	Distribuição dos valores e variações das dimensões da MIF, quanto à reabilitação atual e presença de úlcera de pressão. Ribeirão Preto, SP, 2007.....	174
Tabela 28	Distribuição dos cuidadores em relação às orientações recebidas quanto às práticas para a prevenção da UP e auxílio para o funcionamento intestinal para a assistência ao paciente com LME no domicílio. Ribeirão Preto, 2007, SP (n=22).....	177

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Valores médios e variações das dimensões da MIF segundo o nível de lesão. Ribeirão Preto, SP, 2007	115
Gráfico 2	Valores médios e variações da MIF total em relação ao nível de lesão medular e tempo pós-trauma. Ribeirão Preto,SP, 2007.....	117
Gráfico 3	Valores médios e variações da MIF motora em relação ao nível de lesão medular e tempo pós-trauma, Ribeirão Preto,SP, 2007.....	118
Gráfico 4	Valores médios e variações da MIF cognitiva em relação ao nível de lesão medular e tempo pós-trauma, Ribeirão Preto,SP, 2007.....	119
Gráfico 5	Valores médios e variações das dimensões da MIF segundo o nível de lesão e tempo pós-trauma, Ribierão Preto,SP, 2007...	121
Gráfico 6	Distribuição das orientações recebidas pela população do estudo quanto a prevenção da UP. Ribeirão Preto,SP, 2007....	127
Gráfico 7	Valores médios e variações da MIF total e seu domínios em relação a presença da UP. Ribeirão Preto,SP,2007.....	129
Gráfico 8a	Distribuição da população, segundo as orientações recebidas durante a internação na Instituição A, referentes às práticas de autocuidado intestinal. Ribeirão Preto, SP, 2007.....	135
Gráfico 8b	Distribuição da população, segundo as orientações recebidas durante a internação na Instituição B, referentes às práticas de autocuidado intestinal. Ribeirão Preto, SP, 2007.....	136

Gráfico 9	Distribuição das práticas de auto-cuidado para o funcionamento intestinal realizadas pelos indivíduos	139
Gráfico 10	Valores médios e variações das dimensões da MIF, considerando o total de indivíduos e acompanhamento atual de reabilitação. Ribeirão Preto, SP, 2007.....	162
Gráfico 11	Valores médios e variações da MIF total e motora em relação ao acompanhamento de reabilitação e tempo pós-lesão.Ribeirão Preto,SP, 2007.....	164
Gráfico 12	Valores médios e variações MIF total, motora e cognitiva em relação ao nível de lesão medular e acompanhamento atual de reabilitação. Ribeirão Preto, SP, 2007	166
Gráfico 13	Valores médios e variações da MIF total e motora quanto à reabilitação atual e presença de úlcera de pressão. Ribeirão Preto, SP, 2007	172

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

LME	Lesão de Medula Espinhal
UP	Úlcera de Pressão
NPUP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
OMS	Organização Mundial da Saúde
SNC	Sistema Nervoso Central
SNP	Sistema Nervoso Periférico
SNA	Sistema Nervoso Autônomo
FAF	Ferimento por Arma de Fogo
NSCISC	National Spinal Cord Injury Statistical Center
ASIA	American Spinal Injury Association
CSCM	Consortium for Spinal Cord Medicine
CIDID	Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
MIF	Medida de Independência Funcional
UBDS	Unidades Básicas e Distritais de saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
NGA	Núcleo de Gestão Assistencial
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-ad	Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Droga

NADEF	Núcleo de Atenção a Pessoa Deficiente
ESF	Estratégia Saúde da Família
AD	Assistência Domiciliar
SM	Salário Mínimo
SAD	Serviço de Assistência Domiciliar
PASDEF	Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência
CVI	Centros de Vida Independente
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
PUSH	Pressure Ulcer Scale for Healing
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
AHCPR	Agency for Health care Policy and Research
AHCRQ	Agency for Health Care Research and Quality
SPSS	Statistical Package of Social Sciences
Cogsocial	Cognitivo social
Inst A	Instituição A
Inst B	Instituição B

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	29
2 REVISÃO DE LITERATURA	33
2.1 Condições crônicas de saúde e ações pertinentes ao contexto do cuidado	34
2.2 A lesão da medula espinhal e suas implicações para a saúde dos indivíduos.....	42
2.3 Diretrizes para a prática clínica no atendimento das necessidades de saúde dos pacientes com LME	57
2.4 Integração dos serviços e a assistência à díade paciente com lesão de medula espinhal-família	63
3 OBJETIVOS	70
4 METODOLOGIA	72
4.1 Características do município de Ribeirão Preto	73
4.1.1 Estrutura da rede de atenção à saúde do município de Ribeirão Preto	73
4.2 Delineamento da pesquisa	77
4.3 Procedimentos éticos da pesquisa	77
4.4 População e local da pesquisa.....	77
4.5 Procedimentos para coleta de dados.....	78
4.6 Análise dos resultados.....	92
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	94
5.1 Caracterização dos indivíduos da pesquisa segundo aspectos socioeconômicos, demográficos e clínicos.....	96
5.2 Avaliação da independência funcional dos indivíduos com a utilização da escala para Medida de Independência Funcional (MIF)	112
5.3 Ocorrência de UP e problemas no funcionamento intestinal após a alta e a relação com os escores da MIF.....	124
5.4 Características dos cuidadores, condições de cuidado no domicílio, acesso e utilização dos serviços de saúde	141
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	179
REFERÊNCIAS.....	186
APÊNDICES.....	195
ANEXOS.....	228

1 INTRODUÇÃO

A motivação para esse estudo advém de inquietações e desafios vivenciados ao longo da trajetória profissional, na área da enfermagem, nas atividades docentes assistenciais e de pesquisa. Importante pontuar alguns aspectos fundamentais do estudo que foi realizado no mestrado, para apresentar a proposta atual de investigação, referente à assistência ao paciente com lesão de medula espinhal (LME), visando melhoria dos resultados das intervenções de enfermagem, inseridas no contexto das atividades da equipe multidisciplinar e também promover a integração da díade paciente–família e serviços.

Observou-se, na construção do trabalho, que há movimentação significativa da comunidade de enfermagem internacional para a construção de conhecimentos sobre úlcera por pressão (UP), avanço em conceitos e busca por mecanismos de utilização dos resultados das pesquisas. Entretanto, vale ressaltar que muitas barreiras são citadas no processo de difusão e de utilização do conhecimento produzido (RABEH, 2001).

Evidenciou-se, nos trabalhos descritos, nas décadas de 60 e 70, que o enfoque principal dos estudos era voltado para o fenômeno de ocorrência da UP, considerando principalmente, os pacientes idosos com diversas doenças e os jovens com lesões de medula espinhal.

Verificou-se que a descrição do mecanismo de ocorrência da UP nos pacientes paraplégicos, em consequência da ausência de sensibilidade, imobilidade e excesso de pressão, levaram à proposição de várias medidas preventivas para a prática de enfermagem.

Na década de 80, os trabalhos avançaram, ampliando os estudos anteriores, porém, o enfoque conceitual das investigações estava centrado na qualidade da assistência. Discutia-se a inter-relação da pesquisa clínica com os

padrões de cuidado, destacando-se a importância do enfermeiro estar capacitado para fazer julgamento clínico e decidir sobre o cuidado a ser tomado, com base nas necessidades individuais do paciente.

Nessa década, tanto nos Estados Unidos da América quanto no Reino Unido, a ocorrência da UP foi introduzida como um dos parâmetros para avaliação do cuidado prestado, nas instituições, a pacientes com longa hospitalização ou com risco elevado.

No final da década de 80, pesquisadores americanos, demonstrando preocupação social e política, focada na qualidade e nos custos dos serviços de saúde, criaram o *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)*, que contribuiria para mudanças nas pesquisas e nas práticas sobre UP, visto que os estudos de incidência e prevalência apontavam gasto elevado para o sistema de saúde. Na década de 90, foram publicadas Diretrizes para a Prática Clínica, objetivando a previsão, prevenção e tratamento da UP em pacientes adultos, que se tornaram referência para desenvolvimento de padrões para o cuidado (BERGSTROM et al., 1992). É importante ressaltar que, paralelamente aos estudos desenvolvidos com a temática em questão, esses autores afirmam a responsabilidade das instituições de saúde, pela prestação de assistência integral de qualidade, realizada por profissionais com conhecimentos atualizados e experiência, tanto para assistir quanto para realizar atividades educativas a todos os envolvidos.

Partindo da situação apresentada, verificou-se que esforços científicos têm sido envidados nos cenários internacional e nacional, em contextos e complexidades diferentes. No Brasil, a comunidade de enfermagem se movimenta, procurando formar sociedades, como exemplos há a Sociedade Brasileira de Enfermagem em Dermatologia e a Sociedade Brasileira de Enfermagem em

Estomaterapia, como também cursos de especialização nessa área, visando promover a capacitação dos profissionais. Em nível de pós-graduação, já existe conhecimento produzido que permite ampliar os horizontes, para o enfrentamento da realidade e dos objetivos aqui propostos.

A motivação para essa pesquisa se apóia no trabalho de Rabeh (2001), no qual se pôde verificar o paciente com LME, como sujeito de várias investigações devido ao seu potencial de risco para desenvolver uma série de complicações, decorrentes da sua condição crônica de saúde. Entretanto, é importante contextualizar o agravo de saúde imposto ao paciente acometido pela LME, na perspectiva de condição que ocorre por tempo contínuo, que leva a alterações biopsicossociais. Sua condição de saúde apresenta curso incerto de exacerbação e remissão de problemas que, freqüentemente, resultam em repetidos acessos aos serviços de saúde, onde a interação estabelecida com os profissionais e as ações prestadas vão trazer impactos, não só para a sua independência funcional, mas para a condição de vida.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Condições crônicas de saúde e ações pertinentes ao contexto do cuidado

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as condições crônicas constituem problemas de saúde que requerem gerenciamento contínuo por período de vários anos ou décadas, dentre elas estão as condições não transmissíveis, as condições transmissíveis persistentes, os distúrbios mentais de longo prazo e as incapacidades estruturais ou deficiências físicas. Dados epidemiológicos indicam aumento alarmante de tais condições em todo o mundo. No caso das lesões causadas por acidentes de trânsito, que resultam em invalidez permanente, a projeção estatística aponta que, juntamente com distúrbios mentais, serão responsáveis por 78% da carga global de doenças nos países em desenvolvimento. Considera-se carga global a diferença entre o estado real de saúde de uma população e o estado ideal de envelhecimento saudável sem incapacidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 2003).

A condição crônica de saúde pode ser definida como agravo à saúde, decorrente da evolução de processos orgânicos, concernentes aos aspectos psicológicos, sociológicos, econômicos, culturais e afetivos. Tal condição impõe mudanças no estilo de vida das pessoas, que precisam enfrentar alguns desafios, de modo a reelaborar a forma de autopercepção, na construção da nova maneira de viver, valendo-se de recursos internos e familiares, os quais não podem estar alheios aos acontecimentos (OMS, 2003).

A condição crônica de saúde é caracterizada pela ocorrência de fenômeno de longa duração, onde o indivíduo necessita de preparo mental para adaptar-se e para lidar com os agravos, enfrentando as mudanças pessoais e nas

relações familiares e sociais. Constitui um processo complexo, contínuo, permanente, que requer estratégias para mudança no estilo de vida o que, muitas vezes, gera conflito em algumas pessoas, as quais precisam ser informadas que a razão da mudança consiste na adoção de atividades consideradas saudáveis, em função dos hábitos que visam prevenir complicações recorrentes (FREITAS, 1999).

São enfatizados no relatório mundial, elaborado pela OMS, aspectos referentes à transição demográfica populacional, ao aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, maior possibilidade de risco para desenvolver problemas crônicos. Entretanto, é evidenciado o impacto econômico do custo, acarretado ao sistema de saúde, quando as condições crônicas são mal gerenciadas, e quando não há mudanças nos comportamentos e padrões de consumo da população, para alguns problemas que são preveníveis como, por exemplo, o tabagismo, a ingestão de alimentos não saudáveis, o sedentarismo, o abuso na ingestão de álcool, as práticas sexuais de alto risco dentre outras (OMS, 2003).

Importante destacar que os países em desenvolvimento, assim como os de baixa renda, contribuem para o incremento das condições crônicas não transmissíveis, pois envolvem recursos limitados e condições precárias de saúde, além de carência dos elementos essenciais no suporte adequado para as condições de saúde tais como saneamento básico, sistema de esgoto e eletricidade, coleta de lixo doméstico, atenção primária à saúde e educação. Os fatores socioambientais também influenciam e são determinantes da condição de saúde da população, dentre eles estão o desemprego, a falta de escolaridade, custo financeiro do tratamento e a marginalização (OMS, 2003).

É destacado pelos estudiosos, que elaboraram o relatório da OMS, que há discrepância em adotar, para gerenciamento das condições crônicas, o modelo

de tratamento agudo, visto que as necessidades crônicas são multifacetadas e requerem ações que alcancem a natureza do problema.

Recomenda-se, também, a todos os países, o enfrentamento do desafio em adotar modelo de tratamento que incorpore os problemas agudos e as condições crônicas de saúde, visto que tais condições demandam um desenho pautado no autogerenciamento e na integração participativa do paciente, enquanto que o modelo predominante é voltado para as ocorrências agudas, visando a utilização de recursos que não garantem resolutividade da assistência. No caso dos países em desenvolvimento, a problemática é ainda mais complexa, pois é preciso organizar o sistema de atenção à saúde, com a vigência de dois modelos, de modo a atender as necessidades agudas tais como desnutrição, doenças parasitárias, doenças maternas e perinatais, e as doenças infecciosas, com a adoção do modelo de tratamento agudo e para as condições crônicas de saúde não transmissíveis, a adoção de um modelo específico (OMS, 2003).

O atendimento das condições crônicas demanda mudança de paradigma que permite a transposição do modelo centrado na doença, para abordagem que valorize o paciente como um todo, visto que tais condições apresentam riscos e possíveis complicações que podem ser trabalhadas no sentido de prevenir, retardar e até evitar o processo de ocorrência, entretanto, é necessário que os profissionais da saúde desenvolvam habilidades e se capacitem de modo a colaborar efetivamente com os pacientes, mantendo atuação eficaz na equipe de saúde (OMS, 2003).

As evidências demonstram que sistemas organizados de assistência são essenciais para produzir resultados positivos. O incremento da atenção dispensada às condições crônicas se traduz em enfoque na adesão a tratamentos de longo prazo, o que tem sido extremamente difícil de se obter. Embora a falha no

seguimento dos esquemas prescritos seja imputado aos pacientes, a não adesão constitui também debilidade dos sistemas de saúde. Destaca-se que os profissionais e gestores podem adotar medidas para reduzirem as ameaças impostas pelas condições crônicas à saúde, aos sistemas de saúde e às economias dos países e que as ações empreendidas, por esses agentes, no tocante ao financiamento, alocação de recursos e planejamento do sistema de saúde, podem reduzir os efeitos negativos de tais condições (OMS, 2003).

São descritos oito elementos essenciais para aprimorar os sistemas de saúde no atendimento das condições crônicas, segundo a OMS (2003).

1- Apoiar mudança de paradigma

No relatório da OMS, é enfatizado que os sistemas de saúde são organizados em torno de um modelo de tratamento de casos agudos e episódicos que não atendem com resolutividade, especialmente os pacientes que apresentam condições crônicas;

2- Gerenciar o ambiente político

Para que ocorra transformação favorável no tratamento das doenças crônicas, é importante desencadear o intercâmbio de informações e alcançar consenso entre os responsáveis pelas decisões políticas, líderes da saúde, pacientes, famílias, membros da comunidade e as organizações.

3- Desenvolver um sistema de saúde integrado

O tratamento das condições crônicas requer integração para poder garantir que as informações e responsabilidades sejam compartilhadas nos

diferentes cenários entre os prestadores de serviços da saúde. Os resultados dos serviços integrados são melhoria da saúde, menos desperdício, maior eficiência e experiência menos frustrante para os pacientes, família e comunidade.

4- Alinhar políticas setoriais para a saúde

As autoridades governamentais devem elaborar políticas e estratégias que têm efeito sobre a saúde. As políticas setoriais precisam ser analisadas e alinhadas para maximizar os resultados da saúde.

5- Aproveitar melhor os recursos humanos do setor saúde

Desenvolver habilidades de comunicação, adoção de técnicas de mudança de comportamento, estratégias educacionais e de aconselhamento para auxiliar os pacientes em condições crônicas.

6- Centralizar o tratamento no paciente e família

O gerenciamento das condições crônicas requer mudanças no estilo de vida e no comportamento diário, o papel central é de co-responsabilidade do paciente-família-trabalhador da saúde, que deve ser enfatizado no sistema de saúde. O foco no paciente constitui importante mudança na prática clínica. O modelo assistencial de saúde vigente relega ao paciente o papel de receptor passivo do tratamento, tirando a oportunidade de promover sua própria saúde. O tratamento para as condições crônicas deve ser reorientado em torno do paciente e família.

7- Apoiar os pacientes em suas comunidades

O tratamento de pacientes com condições crônicas não se conclui na porta da clínica. Ele se estende para o ambiente doméstico e de trabalho, sendo assim, para gerenciar com sucesso as condições crônicas, os pacientes e seus familiares precisam de apoio de outras instituições nas comunidades.

8- Enfatizar a prevenção

A prevenção deve ser componente constante na interação com o paciente e família. A maioria das condições crônicas é evitável e muitas de suas complicações podem ser prevenidas.

Para atender as condições crônicas de saúde, são recomendadas ações inovadoras, orientadas para o atendimento das necessidades da população, de modo a garantir melhores resultados. Tais ações visam a utilização de estratégias de baixa tecnologia como melhorar a capacitação dos trabalhadores da saúde, frente às estratégias de autogerenciamento e, intensificação de campanhas educativas para incrementar a promoção da saúde.

Para tanto, é fundamental promover a interação da equipe de saúde com o paciente e família com a finalidade de estabelecer vínculos de confiança que os estimulem a assumir uma postura de co-participação do processo de assistência (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Dentre as barreiras descritas na literatura entretanto, que visam melhorar o atendimento das condições crônicas, estão a utilização de práticas não fundamentadas em evidências científicas que pode comprometer os resultados das ações dos profissionais e a eficiência dos serviços; falha em não educar a população sistematicamente quanto à estratégia de prevenção e promoção de saúde; falta de

organização dos sistemas de informação, comunicação e educação, no seguimento das condições crônicas, objetivando proporcionar planejamento para as complicações previsíveis; falta de integração com os recursos da comunidade; inexistência de instrumento legal que regule a melhoria da qualidade dos serviços de saúde; políticas e projetos de saúde que contemplam o modelo de tratamento agudo e, finalmente, a falta de educação permanente para os profissionais, somada à não obrigatoriedade de freqüentar cursos de capacitação, levando os trabalhadores dos serviços de saúde à prática descontextualizada (OMS, 2003).

Para tanto, é importante considerar que o gerenciamento das condições crônicas requer envolvimento dos profissionais, para levar a compreensão de que são necessárias inovações de idéias, métodos, programas, de modo a construir tratamento direcionado para a promoção de melhoria da qualidade de vida para os pacientes e familiares. A relação paciente-família necessita de apoio das equipes de saúde e comunidade, intervenção biomédica, serviços coordenados entre os níveis de atenção à saúde primário, secundário e terciário. Sendo assim, os trabalhadores da saúde, que cuidam do mesmo paciente, precisam estabelecer método de comunicação uns com os outros, visto que a integração promove maior benefício ao sistema e aos membros envolvidos. A continuidade no tratamento é primordial, visto que a atenção deve ser planejada para o seguimento da condição crônica, de modo a permitir a detecção precoce das complicações da situação de saúde (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

A preparação dos profissionais para trabalhar em equipe é fundamental, sendo recomendada a obtenção de conhecimentos especiais tais como desenvolvimento de habilidades de interação, que permita trabalhar cooperando, promovendo intercâmbio de informações para subsidiar a tomada de decisões

compartilhadas com os pacientes e familiares. A condição crônica pede modelo integrado que reforce a participação coletiva, destacando a ação e o valor de cada um dentro do processo.

As doenças e lesões do sistema nervoso central (SNC) e suas conseqüentes seqüelas vêm se tornando mais incidentes e prevalentes na sociedade contemporânea, pelo envelhecimento geral da população, aumento da sobrevida dos pacientes pela melhoria dos cuidados na fase aguda das doenças e aumento da violência e das lesões traumáticas decorrentes. As lesões do SNC geram incapacidades multifatoriais, graves e que exigem programa de reabilitação longo, oneroso e com envolvimento de vários profissionais que, muitas vezes, não levam à recuperação completa (BRASIL, 1995).

Estudos internacionais alertam para a necessidade de mudanças no sistema de atendimento das condições crônicas, visto que, com o modelo de tratamento agudo, são gastos valores aviltantes com internações hospitalares desnecessárias, com utilização de tecnologias caras e enorme volume de informações clínicas inúteis. Os custos, apesar de elevados, não proporcionam melhoria na situação de saúde (OMS, 2003).

Diante de tais características, remetidas ao conceito de condições crônicas, constata-se que a lesão de medula espinhal enquadra-se nessa categoria e, portanto, requer abordagem calcada em modelo de assistência que vise atender com amplitude as necessidades afetadas. A seguir, serão apresentados alguns aspectos da LME relevantes para a concepção dessa pesquisa.

2.2 A lesão da medula espinhal e suas implicações para a saúde do indivíduo

A LME é considerada uma das mais graves e devastadoras entre as síndromes incapacitantes que pode atingir o ser humano, pois a medula espinhal constitui via de comunicação e centro regulador que controla importantes funções como a respiração, circulação, locomoção, sensibilidade, eliminação urinária, intestinal, controle térmico e atividade sexual. A maioria das síndromes neurológicas incapacitantes causa alteração motora caracterizada por paralisia ou paresia, espasticidade, movimentos involuntários, ataxia e incoordenação, perda sensitiva, alterações neurovegetativas vasomotoras e esfinterianas. Essas síndromes privam o paciente da vida social, laborativa e familiar, agravando significativamente a incapacidade física resultante da doença neurológica (DEFINO, 1999; GREVE; AMATUZZI, 1999; GREVE; CASALIS; BARROS FILHO, 2001).

A LME pode ser dividida em duas categorias etiológicas: as lesões traumáticas e não traumáticas. Aquelas de origem traumática são as causas de maior incidência e as lesões não traumáticas geralmente resultam de doença ou de sua influência. As doenças que comprometem a medula espinhal podem ser classificadas em congênitas, degenerativas, tumorais, infecciosas, doenças neurológicas, sistêmicas, vasculares e traumáticas (DEFINO, 1999; GREVE; CASALIS; BARROS FILHO, 2001).

As anomalias congênitas da medula espinhal estão associadas às falhas de desenvolvimento de estruturas do SNC e à malformação do canal vertebral como a espinha bífida que também pode danificar a medula. A compressão da medula espinhal pode ser causada por doenças degenerativas dos ossos, por prolapso do

disco intervertebral, tumores, abscessos da medula ou tecidos adjacentes. Doenças que resultam no comprometimento da medula espinhal incluem a síndrome de Guillain-Barré, mielite transversa, esclerose lateral amiotrófica e esclerose múltipla. As lesões medulares traumáticas causam destruição mecânica do tecido neural e hemorragia intramedular (GREVE; CASALIS; BARROS FILHO, 2001; UMPHRED, 2004).

Dentre as causas de lesões traumáticas da medula espinhal incluem-se os ferimentos por arma de fogo ou arma branca, acidentes com veículos automotores, quedas e mergulhos, atos de violência, lesões desportivas entre outras. Autores relatam que, na era industrial, a alta tecnologia, o aumento da velocidade dos veículos, as condições socioeconômicas, pobreza, miséria e a própria natureza humana são fatores que, além de contribuírem para o crescimento progressivo de traumas, dificultam a adoção de medidas preventivas de forma efetiva (DEFINO, 1999; FARO, 1995).

Considerando-se que as principais causas da lesão medular são traumáticas e que o perfil das vítimas de LME se caracteriza por adultos jovens, na faixa etária de 18 a 35 anos, com maior incidência no sexo masculino, provavelmente por estarem mais expostos a várias situações de risco e violência, observa-se grave incapacidade que incide sobre uma população hígida, jovem e ativa, de forma abrupta com todas as repercussões psicobiológicas e psicossociais conseqüentes (GREVE; CASALIS; BARROS FILHO, 2001; NOGUEIRA; CALIRI; SANTOS, 2002).

A lesão primária é o mecanismo inicial da lesão, que ocorre imediatamente após o acidente e pode resultar em contusão, hemorragia, rompimento e laceração da medula. A lesão secundária é caracterizada por

processos celulares e bioquímicos em cascata, inicia-se pelo mecanismo primário e pode causar contínuo dano e morte celular, resultando em efeitos sistêmicos (DEFINO, 1999).

O mecanismo da lesão influencia o tipo de lesão medular e o grau do déficit neurológico, assim como a intensidade das lesões pode variar de leve a mais grave. Quanto ao grau da LME, essa pode ser classificada em completa e incompleta. A lesão medular completa incide mais na região torácica alta e média e é atribuída quando há ausência da função motora e sensitiva nos miótomos e dermatômos inervados pelos segmentos sacrais da medula. A medula pode ser completamente transeccionada, ocasionando arreflexia, o diagnóstico da lesão completa pode geralmente ser feito de 24 a 48 horas após a lesão, especialmente quando o paciente não apresenta o reaparecimento dos reflexos sacrais. As lesões medulares incompletas, incidem na região tóraco-lombar e caracterizam-se pela preservação parcial da função motora e sensorial abaixo do nível da lesão (DEFINO, 1999; FARO, 1995; UMPHRED, 2004).

Quanto ao nível da LME, esse é determinado pelo último segmento sensitivo e motor preservado em ambos os lados do corpo. A disfunção física e sensorial decorrente da lesão medular, tem várias classificações do estado neurológico do paciente. As lesões acima do segmento medular T1 causam tetraplegia e é definida como deficiência ou perda da função motora e/ou sensorial dos segmentos cervicais da medula espinhal, envolvendo os quatro membros, incluindo musculatura respiratória. A paraplegia refere-se à deficiência ou perda da função motora e/ou sensorial dos segmentos medulares devido ao dano da coluna torácica, lombar ou segmentos sacrais da medula espinhal e significa paralisia parcial, envolvendo os membros inferiores, ou parte deles (LIANZA, 2001;

UMPHRED, 2004; ASIA, 1996).

Os estudos epidemiológicos apontam a lesão medular traumática como fato alarmante no mundo todo e no Brasil. A LME ocorre em cerca de 15 a 20% das fraturas da coluna vertebral, sendo a incidência variável em diferentes países. A Alemanha apresenta estimativa de 17 casos novos por milhão de habitantes, nos EUA, o número de casos varia de 32 a 52 casos novos por milhão de habitantes por ano, no Brasil a estimativa é de 40 casos novos por milhão de habitantes por ano (DEFINO, 1999; FARO, 1995).

Dados do IBGE, divulgados pelo censo demográfico de 2000, apontam o contingente de 200 000 paraplégicos e 50 000 tetraplégicos no Brasil. Em uma população de 169 872 856 pessoas, 937 463 de habitantes são portadores de deficiências físicas por apresentarem tetraplegia, paraplegia ou hemiplegia permanente. (IBGE, 2000).

Antes da II Guerra Mundial, 80% de todos os paraplégicos medulares morriam em poucos anos. Entretanto, atualmente, devido aos avanços na assistência à saúde e atendimento às vítimas de traumas, a taxa de mortalidade tem diminuído e 80% dos paraplégicos medulares estão vivos, mesmo após 10 anos de lesão e podendo evoluir com seqüelas (NOGUEIRA; CALIRI; SANTOS, 2002).

As conseqüências econômicas da LME podem ser enormes, principalmente se houver hospitalizações repetidas. É imperioso direcionar esforços para evitar, quando possível, sua ocorrência por meio de medidas educativas à população. São recomendadas ações de prevenções primárias, secundárias e terciárias (BRASIL, 1995).

A *prevenção primária* enfoca tentativas de modificar comportamentos de alto risco que podem resultar em LME. É comum a educação sobre os efeitos das

drogas e álcool e sobre os acidentes por mergulho em diversos espaços públicos e por meio de veículos de comunicação. A *prevenção secundária* visa otimizar o atendimento à vítima pela equipe de resgate de modo a minimizar a gravidade da LME, e a *prevenção terciária* tem enfoque na assistência ao paciente com LME e envolve equipe multiprofissional na fase de reabilitação, visa educar o paciente para prevenir ou minimizar as conseqüências das complicações pós-trauma.

Imediatamente após a lesão medular, estabelece-se condição denominada choque medular. Esse termo refere-se à abolição repentina de diversas influências inibitórias e excitatórias sobre os neurônios medulares, resultando em estado transitório ou permanente de hipoatividade, flacidez ou arreflexia (GREVE; CASALIS; BARROS FILHO, 2001).

Segundo Lianza (2001), o estado de choque medular é caracterizado por paralisia flácida de todos os músculos inervados abaixo da medula espinhal ou distal no nível da lesão, comparável à perda completa da sensação. Há alterações do sistema nervoso autônomo, alterações esfinterianas e sexuais. Esse período pode se manter durante dias ou meses.

As complicações respiratórias constituem a causa principal de morbidade e mortalidade entre os pacientes com LME. De acordo com o nível de lesão medular, há graus variados de comprometimento respiratório, sendo as lesões cervicais e torácicas altas as grandes responsáveis pela deterioração da função pulmonar. A mortalidade e o prognóstico do lesado medular é bastante agravado na vigência de insuficiência respiratória (GREVE; CASALIS; BARROS FILHO, 2001).

Estudos mostram que a complicação respiratória, relacionada à mortalidade na lesão medular, tem sido citada como a segunda causa de morte no decorrer do primeiro ano de lesão, ocupando o primeiro lugar após o primeiro ano

(COSTA, 2005).

Os indivíduos acometidos pela lesão medular apresentam ineficiência respiratória demonstrada pela diminuição da ventilação, devido ao déficit da inervação dos músculos primários da inspiração. Nas lesões cervicais e torácicas altas, é freqüente a instalação da insuficiência respiratória aguda, devido à paralisia da musculatura respiratória acessória. Após a lesão medular, os músculos inervados abaixo da mesma tornam-se enfraquecidos ou paralisados. Quanto mais alta a lesão, maior será a conseqüência funcional sobre os músculos respiratórios. Estudos sugerem maior incidência para lesão torácica alta (T1-T6), seguida da transição tóraco-lombar (FARO, 1991; SARTORI; MELO, 2002).

O indivíduo que possui tetraplegia e paraplegia em nível alto apresenta algum comprometimento da função respiratória. As complicações pulmonares, principalmente broncopneumonia e embolia pulmonar, são as causadoras de mortalidade durante os estágios iniciais de tetraplegia. O nível de disfunção respiratória está diretamente relacionado ao nível da lesão e às funções residuais dos músculos respiratórios (GREVE; CASALIS; BARROS FILHO, 2001).

Os portadores de LME podem apresentar alterações cardiovasculares devidas à atrofia do miocárdio e diminuição da função cardíaca, geradas pela redução do débito cardíaco e volume sistólico, pela carga crônica de pressão ventricular. Podem apresentar, também, diminuição das dimensões cardíacas, devido à redução da massa muscular ativa, função vascular alterada, disfunção autonômica e redução drástica da atividade física. As alterações cardiovasculares envolvem, em geral, a baixa freqüência cardíaca pela perda das conexões simpáticas entre o tronco cerebral e o coração (STASS JUNIOR et al., 1992).

A hipotensão ortostática está associada à diminuição súbita da pressão

arterial e à elevação da frequência cardíaca durante a postura ereta (passiva), ou durante a postura sentada. Essa resposta fisiológica ocorre geralmente em pacientes com LME acima de T6, devido à interrupção das vias simpáticas eferentes espinhais, caracterizada pela perda do controle do reflexo dos vasos sanguíneos e pela presença do reflexo que controla a frequência cardíaca via nervo vago. Os pacientes apresentam bradiarritmias após a aspiração traqueal, que pode levar à parada cardíaca (STASS JUNIOR et al., 1992).

Quanto à disfunção autonômica ela se dá em decorrência das alterações do sistema nervoso que é dividido em central (SNC) e periférico (SNP). O SNC é constituído pelo encéfalo e medula. O SNP é subdividido em aferente, que conduz informações dos receptores periféricos para o SNC, e eferente que conduz informação do SNC para os músculos esqueléticos, para as glândulas, músculos liso e cardíaco. O sistema nervoso autônomo (SNA) é dividido em sistema nervoso simpático e parassimpático, seu controle se dá através de circuitos do reflexo simpático espinhal e por mecanismos complexos que envolvem o tronco cerebral e a medula espinhal. Sua atuação é essencial para a funcionalidade de vários sistemas fisiológicos durante o repouso e mudança postural. Tem grande influência sobre a função cardiovascular, pulmonar e processos metabólicos. A LME gera interrupção da via de comunicação do SNC para o SNP, com perda de transmissão de informação aferente e eferente, que resulta em mudanças na inervação simpática (GREVE; AMATUZZI, 1999).

A disreflexia autonômica decorre de lesões medulares acima de T6 com episódios de hiper-reflexia do sistema nervoso simpático, desencadeada por estímulo visceral abaixo do nível da lesão, causando vasoconstrição deficitária, bradicardia, hipertensão arterial, piloereção, suor acima do nível da lesão e

enxaqueca. A hipertensão proximal é resultante dos barorreceptores que ativam o sistema nervoso parassimpático, causando vasodilatação, acima do nível da lesão, e reflexo bradicárdico. A dor, a úlcera de pressão e a ossificação heterotópica são seqüelas que podem também desencadear a disreflexia autonômica. O controle intestinal e urinário é importante para evitar infecção urinária e constipação, sendo prioritárias as estratégias para evitar tais complicações (*CONSORTION FOR SPINAL CORD MEDICINE (CSCM)*, 1997; FURLAN, 2001).

Para impedir ou minimizar a crise autonômica hipertensiva, causada pela disreflexia autonômica, deve-se evitar distensão vesical e/ou intestinal, lesões de pele, estiramentos musculotendinosos bruscos e excessivos, infecções urinárias e respiratórias, que quando presentes, devem ser tratadas (CAFER, 2003; GREVE; CASALIS; BARROS FILHO, 2001).

Qualquer lesão nervosa que afete a condução de estímulos sensitivos ou motores causará modificação no funcionamento vesical. As LME são as causas mais freqüentes dessa lesão, que origina a bexiga neurogênica (FARO, 1995).

A bexiga neurogênica, como consequência da LME, depende da extensão de tempo pós-lesão, nível e grau da mesma. A paralisia da bexiga é total nos primeiros dias pós-lesão, quando todos os reflexos e a ação muscular mantêm-se abolidos. Após a fase de choque medular, a bexiga pode assumir características de bexiga automática, reflexa ou espástica e bexiga autonômica, não-reflexa ou flácida. Na bexiga neurogênica espástica ocorre a perda da sensação consciente e do controle motor cerebral. Desenvolve-se em portadores de lesões acima de T10 e T11 e tem como características a redução da capacidade vesical, contrações involuntárias do músculo detrusor, pressão intravesical elevada da micção, espasmos dos esfíncteres urinários, eliminação reflexa de urina na presença de um

volume em torno de 150 a 300ml. Na bexiga neurogênica flácida não há ação reflexa do músculo detrusor, com conseqüente perda da percepção, o que permite a superdistensão visceral (GREVE; CASALIS; BARROS FILHO, 2001).

A disfunção urinária representa grave complicação clínica que necessita de tratamento consistente e prolongado. Os estudos mostram que as principais conseqüências da LME para a função vesical são as perdas urinárias involuntárias ou retenção. Tais disfunções dificultam o convívio social e a atividade profissional, levando o paciente a sérios problemas emocionais e complicações urológicas como a infecção urinária, que, de forma lenta e muitas vezes assintomática, conduz à deterioração da função renal, resultando em insuficiência renal e morte do paciente (MOROÓKA, 2000).

O retorno da atividade vesical e esfinteriana ocorre de forma gradual, durante a recuperação do choque medular, dependendo do nível e da complexidade da lesão medular (GREVE; CASALIS; BARROS FILHO, 2001).

Recomenda-se que, após a avaliação clínica e funcional, deve ser instituído programa de reeducação vesical, que varia de acordo com o nível funcional, motivação do paciente e habilidade cognitiva para seguir um determinado programa (CAFER, 2003; CSCM, 1997).

Observa-se, assim, que se torna imperiosa a adoção de medidas que visem atender a necessidade de eliminação urinária, diante das alterações causadas pela LME. Quando se torna necessário o esvaziamento vesical, podem ser utilizados os cateteres permanentes ou temporários. Entretanto, o cateter de demora ou permanente pode lesar a mucosa uretral, permitindo a entrada de microrganismos na bexiga e o uso crônico é acompanhado de bacteriúria, uretrite, cistite, pielonefrite carcinoma, entre outras complicações. Recomenda-se, portanto, a utilização de

cateterismo intermitente como a melhor forma de prevenir as complicações (MOROÓKA, 2000).

Outra complicação freqüente é a úlcera de pressão (UP). Sua ocorrência interfere nas condições físicas, psicológicas e sociais, causando impacto negativo na qualidade de vida do paciente.

A presença da UP muitas vezes ocasiona a interrupção ou atraso no processo de reabilitação e reintegração social do paciente. Estima-se que 70% dos pacientes com LME possuem UP e, entre 7 e 8%, morrem por complicações decorrentes dessas lesões (BYRNE; SALZBERG, 1996; FARO, 1999).

Estudos retrospectivos, por análise de prontuários de pacientes atendidos em instituição hospitalar de ensino universitário, encontrou-se a ocorrência de UP entre 40 e 63% dos pacientes atendidos (CARCINONI; CALIRI; NASCIMENTO, 2005; NOGUEIRA, 2005).

Estudo referente à percepção da UP por pacientes paraplégicos evidenciou o impacto negativo que a sua ocorrência traz para o paciente e para família. Os pacientes investigados referiram diversos sentimentos frente à UP como medo, dor, desconforto, tristeza, sofrimento, aumento do grau de dependência e consideraram a ferida como o maior adversário na luta contra o prejuízo físico ocasionado pelo trauma medular (SOUZA, 1988).

A literatura revela dificuldades e limitações para a obtenção de dados estatísticos sobre sua magnitude e, de acordo com o *National Spinal Cord Injury Statistical Center (NSCISC)*, pacientes com LME adquirem pelo menos uma UP nas primeiras 24 horas, durante o cuidado agudo ou de reabilitação, com taxas de prevalência entre 20 e 60% (CSCM, 2000).

A úlcera de pressão no paciente com LME é consequência tanto das

alterações do sistema nervoso, que afetam a capacidade motora com conseqüente prejuízo da mobilidade física, como das influências das alterações do sistema nervoso autonômico (*PARALYZED VETERANS OF AMERICA*, 2000).

Os pacientes com LME são bastante vulneráveis para desenvolver a UP e vários fatores de risco são descritos na literatura para esse grupo. A incidência e prevalência da UP são relacionadas a diversos aspectos, incluindo idade, tempo e nível da lesão, sexo, raça, estado civil, educação, fatores físicos, nível de atividade e mobilidade, condições de eliminação urinária e fecal, controle de umidade da pele e doenças de base. Também, o comportamento e o ambiente físico e social interferem na ocorrência da UP. Inclui-se aqui o sofrimento psicológico, a depressão, presença de distúrbios emocionais, ansiedade e frustração, que podem resultar em dificuldade de adesão a um plano de prevenção.

A úlcera é classificada em estágios que variam de I a IV em referência à profundidade de comprometimento tecidual e não à gravidade da lesão (*NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL*, 2007).

Estágio I- Pele intacta com hiperemia de uma área localizada que não embranquece, geralmente sobre proeminência óssea. A pele de cor escura pode não apresentar embranquecimento visível, sua cor pode diferir da pele ao redor.

Estágio II- Perda parcial da espessura dérmica, apresentando-se como úlcera superficial com o leito de coloração vermelho-pálido, sem esfacelo. Pode apresentar-se ainda como uma bolha (com exsudato seroso), intacta ou aberta/rompida.

Estágio III- Perda de tecido em sua espessura total. A gordura subcutânea pode estar visível, sem exposição de osso, tendão ou músculo. Esfacelo pode estar presente sem prejudicar a identificação da profundidade da perda tissular. Pode incluir descolamento e túneis.

Estágio IV- Perda total de tecido com exposição óssea, de músculo ou tendão. Pode haver presença de esfacelo ou escara em algumas partes do leito da ferida. Frequentemente inclui descolamento e túneis

As complicações gastrintestinais, decorrentes do intestino neurogênico, podem ser classificadas em agudas ou crônicas, ou de acordo com o nível de comprometimento medular: cervical, torácica, lombar. O intestino reflexivo ou espástico resulta de lesão medular alta, cervical ou torácica, em que ocorre a interrupção das mensagens entre cérebro e intestino, porém, a medula coordena os reflexos de eliminação fecal. Importante ressaltar que, nesse caso, apesar de o paciente não sentir a necessidade de eliminar as fezes, a peristalse está presente e há resposta frente ao estímulo dígito-anal ou químico. O intestino arreflexivo ou flácido origina-se da lesão lombar ou sacral, com diminuição da peristalse e do controle esfinteriano. Recomenda-se, para esses pacientes, a remoção manual das fezes, pois a resposta ao estímulo químico é muito incipiente. Na fase aguda da lesão cervical ou torácica alta pode ocorrer, como complicações, sangramentos e íleo paralítico. Na fase crônica, a principal complicação é a impactação fecal, podendo modificar o estilo e a qualidade de vida (FURLAN, 2001).

O indivíduo com lesão medular pode apresentar fases revezadas de constipação e incontinência fecal, antes de fazer o treinamento para a regulação

intestinal, já que o componente muscular voluntário inibe o esvaziamento intestinal. Pacientes com lesão de C1 a C4 são totalmente dependentes de um cuidador, de C5 a C8 são parcialmente dependentes de cuidador, de T1 a T5 necessitam de menos assistência, de T6 a T9 podem necessitar de assistência esporadicamente, de T10 a T12 e L1 a L3 são independentes no cuidado intestinal e abaixo de L4 apresentam controle intestinal (CSCM, 1999 a).

Furlan (2001) procurou identificar e descrever as práticas de autocuidado do paciente com LME quanto ao funcionamento intestinal e suas complicações, assim como relacionar as internações hospitalares com informações oferecidas. Evidenciou que, em 27 pacientes, apenas 22,2% utilizavam a prática de autocuidado indicadas para auxiliar no funcionamento do intestino reflexivo, estímulo dígito-anal. A maioria dos pacientes eliminava as fezes diariamente e 82,9% das práticas de autocuidado foram realizadas no banheiro. A complicação intestinal mais freqüente foi a compactação, encontrada em 50% da amostra. Dos pacientes que passaram por centros de reabilitação, todos receberam orientação sobre práticas de autocuidado intestinal e, para os pacientes que foram atendidos em hospital geral, apenas um referiu ter sido orientado. Esses resultados apontam para a necessidade de maior preparo do profissional para atuar no atendimento das necessidades desse grupo de pacientes.

A diretriz construída pelo *Consortium for Spinal Cord Medicine (CSCM, 1998)*, direcionado para a educação e programa de treinamento para o funcionamento intestinal a pessoas com LME, enfatiza que o processo de treinamento deve ser iniciado tão logo o paciente se recupere do choque medular (FURLAN, 2001).

A LME acarreta uma série de repercussões psicossociais, sendo o

enfoque na identidade da pessoa acometida essencial para que haja compreensão do que ocorre a partir do advento de uma deficiência. Para que os acontecimentos pós-lesão possam ser esclarecidos, é necessário conhecer a realidade psicossocial dessas pessoas e os efeitos da percepção do problema. Tudo isso estará refletido na auto-imagem que as mesmas possuem. Essa, por sua vez, está intimamente relacionada com as vivências e/ou experiências ocorridas antes, durante e após a lesão (COSTA, 2005).

As pessoas que apresentam LME têm, como principal função atingida, a capacidade de movimentar-se e principalmente de reger e controlar algumas atividades e reações corporais, como, por exemplo, a perda da sensibilidade em alguns membros do corpo ou mesmo as dificuldades relacionadas à sexualidade. Isso implica em sensação de impotência, refletida em situações de dependência e limitação. Tais pessoas necessitam de reestruturação em sua forma de se enxergar, de se entender e de se colocar no mundo. A imagem, que ela tem de si mesma, assim como sua identidade corporal, social, familiar e vocacional necessitam ser reavaliadas e podem até dissociar-se daquelas construídas anteriormente ao advento da LME. Essas pessoas se vêem atingidas no que diz respeito às suas relações interpessoais. Alguns sentimentos são comumente observados nessas pessoas: baixa auto-estima, vergonha, depressão, ansiedade, medo, preocupação com rejeição social ou sexual, sentimento de inferioridade e abandono. Pode-se dizer que vivenciam, constantemente, sentimentos diversos e mesmo contraditórios em alguns momentos (FARO, 1991).

É importante ressaltar que todas as modificações relacionadas com a afetividade e comportamento em geral não devem ser vistas somente como decorrência direta do advento de uma deficiência, o que se constata não ser

verdadeiro, já que estão determinadas por quadro complexo de intercorrências que nem sempre se relacionam com a deficiência em si, mas com a composição formada pelas vivências anteriores às atuais, assim como a forma como se percebe e se reage a essas vivências.

O fato de as pessoas com LME terem que se deparar diretamente com as suas limitações no seu cotidiano, faz com que entrem em processo de reflexão constante sobre suas capacidades, dificuldades, medos, insegurança e outros sentimentos que acabam por levá-las à reformulação de sua auto-imagem, autoconceito, além de repercutir na sua identidade familiar, corporal e social (FARO, 1995).

Faro (1995) identificou 14 categorias de diagnósticos de enfermagem apresentadas por um grupo de 38 pacientes hospitalizados com LME, entre as quais estão mobilidade física prejudicada, potencial para vestir-se ou arrumar-se, déficit de autocuidado banho e/ou higiene, incontinência urinária, potencial para infecção. Déficit de autocuidado: alimentação, obstipação percebida, distúrbio no padrão do sono, retenção urinária, integridade da pele prejudicada, disfunção sexual, incontinência intestinal, déficit no autocuidado/toalete. Todos os pacientes apresentavam os diagnósticos mobilidade física prejudicada e potencial para prejuízo na integridade da pele, 18,42% dos pacientes apresentaram o diagnóstico de integridade da pele prejudicada.

A assistência adequada ao paciente com LME requer equipe de saúde interdisciplinar, em que o enfermeiro desenvolva diversas atividades, dependendo do contexto de sua atuação. Segundo Carpenito (2001), as ações do enfermeiro são de natureza colaborativa ou independente. É essencial conhecer os dados clínicos, as condições socioeconômicas, os aspectos psicoespirituais e, a partir dessa

avaliação, planejar as intervenções de enfermagem centradas nas necessidades do paciente e, em parceria com os outros membros da equipe, dispor das melhores evidências para a prática individual e/ou coletiva.

Para tal, compete ao enfermeiro a aquisição de conhecimentos, habilidades e valores essenciais à utilização de pesquisas e, à instituição em que está inserido fornecer suporte e mecanismos facilitadores para a sua utilização (BANNING, 2005).

Na enfermagem, a implementação da prática baseada em evidência poderá contribuir para mudança da prática baseada em tradição, rituais, tarefas, para uma prática reflexiva baseada em conhecimento científico, de modo a promover a melhoria da qualidade de assistência (GALVÃO; SAWADA, 2003).

Pode-se constatar quão relevante se torna o oferecimento de informações e evidências de conhecimentos atualizados e a divulgação das estratégias de prevenção e tratamento das complicações que acometem o paciente com LME, de modo a atender as necessidades afetadas desse grupo de pacientes.

2.3 Diretrizes para a prática clínica no atendimento das necessidades de saúde dos pacientes com LME

A busca da melhor evidência disponível para a tomada de decisão na assistência à saúde é de suma importância. Sendo assim, a adoção de novo modelo da prática, baseada em evidência, constitui elemento importante que pode melhorar a qualidade do cuidado de modo a intensificar o julgamento clínico, a partir do desenvolvimento de habilidades que permitam saber como obter, interpretar e

integrar as evidências. A implementação dessa abordagem na enfermagem constitui processo de mudança complexo, pois envolve a interação de diferentes fatores relacionados aos profissionais, instituições prestadoras de serviços de saúde e órgãos formadores (BANNING, 2005).

O propósito das diretrizes para a prática clínica é descrever e divulgar estratégias eficazes para reduzir a incidência e a recorrência de complicações, sendo utilizadas na assistência prestada pelas equipes nos diferentes contextos dos serviços de saúde.

Em 1995, nos EUA, foi formado o *Consortium for Spinal Cord Medicine*, uma parceria entre a Associação dos Veteranos Americanos com Paralisia (Veteranos de Guerra ou Membros das Forças Armadas Americanas) e o governo, com o objetivo de construir Diretrizes de Referência para as Práticas Clínicas, baseadas em evidências direcionadas a esse grupo da população. A missão do Consórcio consiste em melhorar a qualidade, eficiência e o custo do cuidado ao paciente com LME, de modo a fornecer diretrizes para suporte no atendimento às suas necessidades, através de estrutura conceitual para desenvolvimento de estratégias de prevenção e tratamento para diversos problemas de saúde, entre eles a UP, bexiga neurogênica e intestino neurogênico, dentre outros (CSCM, 1999a).

A diretriz do *Consortium for Spinal Cord Medicine* para predição e prevenção da UP consiste na avaliação do risco, cuidados com a pele e tratamento precoce, sobrecarga mecânica e uso de superfícies de suporte e educação (PARALYSED VETERANS OF AMERICA, 2000).

O ensino do paciente e família é importante aspecto da prevenção e tratamento da úlcera de pressão. O método de ensino adotado irá depender de vários fatores como prontidão do paciente/familiar, nível de compreensão

apresentada, interesse e disponibilidade de material de ensino. Os profissionais devem incluir paciente e familiares nas demonstrações e simulações práticas dos procedimentos, usar fotografias e plano de ensino individualizado para atender as necessidades de cada paciente. Devem utilizar os princípios de educação do adulto e considerar o nível de desenvolvimento e a cultura do paciente (CALIRI; PIEPER; BENFAT, 2002; CALIRI, 2005).

A diretriz para a prevenção e tratamento da UP amplia o enfoque quanto aos fatores de risco, incluindo as questões psicossociais como comportamentos, condições econômicas, estilo de vida e ajustamento psicológico do paciente e dos familiares (NIAZI et al., 1997).

Na incorporação desses conceitos entretanto, a busca do conhecimento científico, relacionado à UP para a atuação do enfermeiro, é destacada por vários autores, como requisito para a tomada de decisão e aplicação de práticas atualizadas e fundamentadas cientificamente (BERGSTROM et al., 1996).

Para atender os problemas intestinais de indivíduos com lesão medular, foram construídas diretrizes com enfoque na prevenção de complicações, onde o enfermeiro *expert* tem papel preponderante na avaliação dos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes e na proposição de plano de cuidados, envolvendo inclusive os familiares/cuidadores na dinâmica da assistência (CSCM, 1999 b).

Tais diretrizes incluem aspectos da avaliação intestinal considerando os conceitos de deficiência e incapacidade, segundo a classificação da OMS. A avaliação funcional, controle do intestino neurogênico, nutrição e alimentação, controle do intestino neurogênico no domicílio, monitoramento da eficácia do programa, tratamento das complicações no intestino neurogênico, terapias cirúrgicas, conservadoras e estratégias educativas para o paciente constituem ações

pertinentes para a assistência (CALIRI; FURLAN; DEFINO, 2005).

A *American Spinal Injury Association-ASIA* desenvolveu, em 1992, padrões para avaliação e classificação neurológica da LME. Ao examinar sistematicamente os dermatômos e miótomos torna-se possível determinar os segmentos da medula afetados e conhecer o grau de deficiência. O exame neurológico consiste em avaliações sensorial e motora que são utilizadas para determinar os níveis neurológicos e a extensão da lesão medular (*ASIA/IMSOP*, 1996).

A - Completa: não há função motora ou sensitiva preservada nos segmentos sacros S4 - S5.

B - Incompleta: há função sensitiva, porém não motora, preservada abaixo do nível neurológico, estendendo-se até os segmentos sacros S4 – S5.

C – Incompleta: há função motora preservada abaixo do nível neurológico e a maioria dos músculos-chave abaixo do nível neurológico tem grau inferior a 3.

D – Incompleta: há função motora preservada abaixo do nível neurológico e, pelo menos, a metade dos músculos-chave abaixo do nível neurológico tem grau muscular maior ou igual a 3.

E – Normal: as funções sensitivas e motoras são normais.

Oportuno apresentar, também, o novo modelo de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), apresentado pela Organização Mundial da Saúde em 2001, que foi traduzido para a língua portuguesa em 2003. Tal classificação originou-se da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID) de 1976. O termo adotado do modelo da CIF é a funcionalidade, que engloba as funções, estruturas corporais,

atividade e participação social; a *incapacidade* é resultante da interação entre a disfunção apresentada pelo indivíduo, assim como a limitação de suas atividades e a restrição na participação social e dos fatores ambientais que podem atuar como facilitadores, ou barreiras, para o desempenho dessas atividades e da participação (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

A CIF apresenta novo enfoque, de modo a contemplar as atividades que o indivíduo com alterações da função e/ou estrutura do corpo pode desempenhar, assim como sua participação social. Favorece visão mais ampliada de contextualização do indivíduo, da família e comunidade, em perspectiva mais social e menos biológica (FARO, 2006).

Para descrever o impacto de uma lesão medular para um indivíduo monitorar e avaliar os resultados da assistência é necessário adotar medidas padronizadas para avaliação do atendimento das necessidades referentes às atividades da vida diária. Para atender essa necessidade, foi desenvolvida por profissionais de reabilitação nos EUA, na década de 80, uma escala para medir a capacidade funcional denominada MIF - Medida de Independência Funcional (INOUE et al., 2000).

Sguilla (2004) estudou a capacidade funcional dos portadores de hemiplegia, pós-AVC, as dificuldades dos pacientes e de suas famílias em relação ao processo de reabilitação motora. Para identificar a capacidade funcional, utilizou a MIF e enfatizou, na apresentação dos resultados, que a avaliação da capacidade funcional é fundamental para elaboração dos objetivos da reabilitação e dos resultados do tratamento realizado.

Cada nível da lesão da medula espinhal está relacionado com o potencial de independência e função possível. Isso dependerá também de outros fatores

como idade, sexo, peso, altura e motivação (SGUILLA, 2004).

As diretrizes para a prática clínica com enfoque na avaliação dos resultados do processo de reabilitação dos pacientes com LME, apresentado pelo *Consortium for Spinal Cord Medicine*, incluem 4 domínios: restabelecimento motor; independência funcional; integração social e qualidade de vida (*PARALYSED VETERANS OF AMERICA*, 1999).

Para cada domínio são feitas recomendações em relação à avaliação apropriada, estabelecimento de metas e documentação.

Resultados esperados para o restabelecimento motor:

Avaliação

- 1 - Realizar o exame neurológico para estabelecer o diagnóstico o mais precocemente possível, após a LME, o ideal é dentro de 6 horas.
- 2 - Realizar o exame neurológico completo de acordo com o Padrão Internacional de Classificação Funcional e Neurológica, entre 3 a 7 dias após a lesão.
- 3 - Monitorar o estado neurológico periodicamente até que a recuperação tenha alcançado um platô.
- 4 - Após o alcance do platô neurológico, avaliações periódicas do *status* neurológico devem ser realizadas por toda a vida.

Resultados esperados para a independência funcional

- 5 - Estabelecer meta funcional a curto e longo prazo com a participação do paciente e avaliação individualizada por equipe de profissionais da saúde com experiência no cuidado pelas pessoas com LME.
- 6 - Monitorar a capacidade funcional durante todo o processo de reabilitação,

modificando a estratégia de tratamento para maximizar os resultados funcionais.

7 - Após o alcance da meta funcional, conduzir avaliações periódicas do *status* durante toda a vida do paciente.

8 - Documentar as intercorrências quanto ao alcance dos resultados funcionais.

Resultados esperados de integração social

9 - Após o cuidado na fase inicial aguda e a fase de reabilitação, encaminhar o paciente com LME de volta à comunidade.

10 - O foco consiste em promover oportunidades para participação na sociedade em papéis significativos.

11 - Documentar intercorrências na participação e integração social dos grupos em reabilitação.

Resultados esperados para a qualidade de vida

12 - Avaliar a qualidade de vida das pessoas com LME, considerando a percepção direta do indivíduo.

13 - Promover oportunidades para otimizar a qualidade de vida dentro do *continuum* dos programas de cuidados de saúde e de reabilitação.

2.4 Integração dos serviços e a assistência à vida do paciente com lesão de medula espinhal-família

O sistema de saúde é definido no Relatório Mundial da Saúde como uma estrutura que abrange todas as atividades voltadas, basicamente, à promoção,

restabelecimento ou manutenção da saúde. Desse modo, os sistemas são amplos e envolvem os pacientes e seus familiares, os trabalhadores de saúde, os prestadores de assistência em organizações e na comunidade e toda uma política de saúde, voltada para as atividades afins (OMS, 2003).

A interação da equipe e dos serviços de saúde com a díade paciente-família é estratégia que efetivamente possibilita maior resolutividade da assistência. Quando há integração há maior possibilidade de participação ativa em um processo que requer que o paciente e família estejam informados, motivados, preparados com habilidades comportamentais para gerenciar as condições crônicas no domicílio. Destaca-se, entretanto a importância de integrar políticas de gerenciamento em saúde, sistemas de informações, fortalecer parcerias, organizar os serviços e equipar o pessoal da área de saúde, de modo a apoiar o autogerenciamento e a prevenção (OMS, 2003).

A integração em saúde é processo que consiste em criar e manter um núcleo comum entre atores e organizações autônomas que tem como principais atributos a constituição multidisciplinar de seus integrantes e a inserção na rede de cuidados, com os propósitos de coordenar a interdependência e cooperar para a realização de projeto coletivo, que atenda as pessoas em suas necessidades de saúde. Tal integração dos serviços de saúde em redes assistenciais tem como pressuposto teórico aumentar a efetividade e a eficiência dos sistemas (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

A seguir serão descritos os dez critérios propostos por Leatt et al. (2000), (apud HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004), que indicam para o usuário dos serviços de saúde a existência de um sistema integrado de serviços:

1 - não precisar repetir sua história em cada atendimento;

- 2 - não precisar se submeter a repetições inúmeras de exames;
- 3 - não ser a única fonte de informação para que o médico ou outro profissional conheça a sua história de utilização de serviços, procedimentos e medicamentos;
- 4 - não se restringir a um nível de atenção inadequado por incapacidade de atendimento em outro nível (superior ou inferior);
- 5 - dispor 24 horas de acesso a um provedor de serviços ligado à atenção primária;
- 6 - receber informação clara e precisa sobre a qualidade de assistência e resultados esperados das opções terapêuticas, permitindo-lhe fazer escolhas esclarecidas;
- 7 - ter acesso fácil (por exemplo, telefone) e oportuno aos diversos exames e profissionais;
- 8 - dispor de tempo suficiente nas consultas do primeiro nível de atenção;
- 9 - ser rotineiramente contatado para prevenir complicações de problemas crônicos;
- 10 - receber apoio domiciliar e treinamento em autocuidado que maximize a autonomia.

A integração das organizações de saúde entre os níveis de atenção primária secundária e terciária, comunidades, políticas e os pacientes constitui rede essencial para os cuidados inovadores das condições crônicas de saúde, pois requer, pela sua natureza, atuação compartilhada, coordenação e continuidade de atenção. Os trabalhadores de saúde, assim como os serviços, precisam comunicar-se entre si e a atenção precisa ser planejada a fim de favorecer a detecção precoce de complicações e a rápida identificação de agravamento da situação (OMS, 2003).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), criado a partir da Constituição de 1988, preconiza o desenvolvimento da atenção integral à saúde alicerçada nos princípios de universalidade, integralidade, equidade e democratização. Delega aos

Estados e, principalmente aos municípios, a responsabilidade de gerir o sistema de saúde e adota a descentralização das ações de saúde como estratégia de implementação de nova política de atividades preventivas, curativas, de promoção e de ordenação de acesso, tanto individual quanto coletivo, em todos os níveis de atenção, com a participação da comunidade nos programas e ações. A Norma Operacional de Assistência à Saúde propõe assistência que garanta o acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados à assistência básica e especializados, entre eles o acompanhamento de pessoas com doenças crônicas (BRASIL, 2001a).

Apesar de incipiente, a implantação de redes de atenção em alguns programas tais como saúde mental, saúde do idoso e saúde reprodutiva aponta para a adoção do novo modelo de integração de serviços, como também a incorporação dos gestores municipais, as diretrizes da integralidade e da política de regionalização. O conceito de integralidade remete obrigatoriamente ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações. É fato que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. Desse modo é indispensável desenvolver e adotar mecanismos de cooperação e coordenação próprios de gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

A saúde é uma das necessidades individuais e coletivas que precisa de política de governo centralizada nas questões sociais. Dados estatísticos mostram que tem ocorrido no Brasil mudança nos padrões de morbimortalidade. A situação da saúde, que antes apresentava predominância das doenças infecciosas e

parasitárias, vem se alterando com o aumento das doenças crônicas degenerativas (FREITAS, 1999).

Na prática, observa-se que o desempenho do SUS está longe do modelo proposto, em que a população tenha suas necessidades prontamente atendidas. Sabe-se da gravidade da situação na área da saúde no Brasil, tangenciada pela falta de vários recursos: financeiros, de equipamentos, de treinamento dos profissionais. Além de programas de saúde isolados de uma política social sem propósitos claros, que garantam a resolutividade dos problemas, entre outros. Nesse contexto, é necessário refletir a real dimensão das necessidades de saúde da população e buscar novos conceitos e atitudes de enfrentamento que permitam profunda modificação na estratégia utilizada (BRASIL, 1995).

Como já foi mostrado, o paciente com LME apresenta condição crônica e risco para diversas complicações, apresenta limitação importante e depende de cuidados especiais de assistência para a manutenção da sua vida, tanto no espaço intra quanto no extra-hospitalar.

A problemática dessa condição não está restrita somente ao paciente, engloba todos que com ele convivem, direta ou indiretamente, incluindo aqueles considerados pela pessoa como constituintes do seu núcleo familiar. Importante ressaltar que as famílias, atingidas por um acontecimento, como a injúria medular, são marcadas por circunstâncias que acabam por emergir em mudança que exigirá ajustamento gradual da mesma, até chegar à fase de adaptação (FARO, 1999).

O paciente com LME deve iniciar a reabilitação o mais precocemente possível, para que as complicações apresentadas tenham menor agravamento e com isso, melhorar as condições de vida, diminuindo as reinternações e facilitando a reintegração social. O processo de reabilitação visa a prevenção de incapacidades e

a promoção à saúde, de modo a promover maior independência ao paciente. A equipe de reabilitação multidisciplinar ideal é composta por enfermeiro, fisiatra, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, pedagogo, engenheiro de reabilitação, terapeuta ocupacional, protético, nutricionista, médico de outras especialidades. As intervenções de reabilitação têm como premissas a aplicação de técnicas terapêuticas e um conjunto de ações multidisciplinares que visam restaurar ou promover a aquisição do melhor nível de realização de tarefas de vida diária, mesmo que haja incapacidades residuais (HOEMAN et al., 1990.; RIBERTO et al., 2005).

No Brasil, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 818, de 5 de junho de 2001, propôs planejamento de organização dos serviços vinculados ao SUS, direcionado às pessoas portadoras de deficiência física de forma integrada e hierarquizada, por meio dos Serviços de Reabilitação Física em primeiro nível de referência intermunicipal; Reabilitação Física em nível intermediário; Referência em Medicina Física de Reabilitação e Leitos de Reabilitação em Hospital Geral ou Especializado. A Portaria prevê a necessidade de profissionais especializados para atender a demanda de pacientes em reabilitação, incluindo o enfermeiro reabilitador (FARO, 2006).

Acredita-se que muitos problemas poderiam ser evitados se houvesse maior integração e organização das atividades entre os profissionais envolvidos com esse grupo de pacientes. Destaca-se, o papel preponderante do enfermeiro em atuar por meio de ações, que visem a implementação de um modelo holístico de assistência, voltado para a necessidade de cada cliente, abrangendo o cuidador e família, considerando o contexto social e ambiental.

Considerando a complexidade do cuidado ao paciente com LME e a importância do engajamento da díade paciente-família/cuidador e serviços, optou-se

por desenvolver esta investigação que tem como foco as seguintes questões:

- quais são as condições atuais de saúde, incluindo a funcionalidade dos indivíduos com LME, atendidos nas instituições hospitalares do município de Ribeirão Preto, credenciadas pelo SUS, no período de janeiro de 2003 a julho de 2006?
- como se dá a assistência aos indivíduos com LME no domicílio, após a alta hospitalar, assim como a utilização e acesso aos serviços de saúde?

Partindo destes questionamentos foram delineados os objetivos para a investigação.

3 OBJETIVOS

- Caracterizar os indivíduos adultos e idosos que sofreram lesão de medula espinhal no período de janeiro de 2003 a julho 2006, atendidos nas instituições hospitalares credenciadas pelo SUS, no município de Ribeirão Preto, considerando as variáveis socioeconômicas, demográficas e clínicas.
- Avaliar a sua independência funcional, utilizando a Escala Medida de Independência Funcional – MIF, considerando o nível de lesão e o tempo pós-lesão.
- Descrever a ocorrência da úlcera de pressão e de problemas no funcionamento intestinal e a relação com os escores da MIF.
- Identificar as características dos cuidadores, as condições de cuidado no domicílio, com enfoque no nível de auxílio oferecido pelo cuidador, o acesso e utilização dos serviços de saúde.

4 METODOLOGIA

4.1 Características do município de Ribeirão Preto

O município de Ribeirão Preto situa-se no nordeste do Estado de São Paulo, a 313km da capital, com 504 923 habitantes segundo o Censo Demográfico de 2000 e projeção de 551 312 habitantes para o ano de 2005.

Está classificada como a sexta cidade do Estado de São Paulo em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM.

Tem, na prestação de serviços, uma de suas principais atividades econômicas, destacando-se na área da educação e saúde, configurando-se como importante pólo regional.

As principais causas de mortalidade e morbidade no município, no ano de 2004, foram as doenças do aparelho circulatório, seguidas por neoplasias, doenças respiratórias e causas externas.

4.1.1 Estrutura da rede de atenção à saúde do município de Ribeirão Preto

O setor saúde do município de Ribeirão Preto é formado pela rede pública municipal, por serviços filantrópicos e particulares. Como pólo de atenção à saúde no tocante à oferta de ações e serviços, o município possui situação privilegiada, ampla rede pública de prestação de serviços, em termos de disponibilidade de recursos, em atenção básica, em atenção especializada e na de alta complexidade. A rede básica está estruturada atualmente com cinco Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDS) e trinta Unidades Básicas de Saúde (UBS), totalizando trinta e cinco unidades, sendo cinco com funcionamento 24 horas, dezoito Equipes de Saúde da Família e vinte Equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

As Unidades estão alocadas nas seguintes regiões: Distrito Central, Distrito Norte, Distrito Sul e Oeste, Distrito Leste. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) têm como finalidade prestar atendimento básico nas áreas médicas, odontológicas e de enfermagem, para a população de sua área de abrangência e as Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDS), atendem as demandas de referências de especialidades. Todas as Unidades de Saúde contam com retaguarda de laboratório clínico, ultra-sonografia, radiologia simples e eletrocardiografia. Nas distritais e ambulatórios de especialidades também são realizados exames mais especializados através dos serviços contratados ou conveniados (RIBEIRÃO PRETO, 2005).

A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) contempla vários programas de saúde entre eles, Programa de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, Assistência Integral à Saúde da Mulher, Saúde do Adulto e Idoso, Saúde Mental, Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, DST/Aids, Fitoterapia, Homeopatia e Medicina Alternativa, Serviço de Assistência Domiciliar, Procedimentos Coletivos e Especiais em Odontologia, Serviço de Assistência Médica de Urgências.

No nível secundário de atenção, conta com treze ambulatórios de especialidades: NGA (Núcleo de Gestão Assistencial), Centros de Referência - DST/AIDS e Tuberculose, Centro de Referência Regional de Saúde do Trabalhador, Ambulatório Geral de Especialidade Pediátrica Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Droga (CAPS-ad). NADEF (Núcleo de Atenção a Pessoa Deficiente); Ambulatório de Saúde Mental, Ambulatório de Especialidades da Santa Casa e Centro Universitário Barão de Mauá; Centro de Especialidades Electro Bonini da Unaerp (RIBEIRÃO PRETO, 2005).

Segundo dados da Secretaria de Municipal de Saúde, Ribeirão Preto tem

catorze hospitais, sendo nove credenciados pelo SUS e cinco privados. Do total de leitos hospitalares (1887), 71% estão disponíveis para o SUS, 1339 leitos (CHAVES; ANSELMÍ, 2006).

A política de saúde no município de Ribeirão Preto, norteadada pelo Plano Municipal de Saúde, privilegia atualmente o atendimento especializado e de urgência e emergência, feitos na forma de pronto atendimento, em detrimento da prática de prevenção e acompanhamento em saúde. A nova proposta do referido Plano é de reorganização do sistema de saúde, de modo a implantar e implementar o modelo de gestão colegiada em vários níveis e equacionar necessidade/demanda em relação à oferta, implantar o acolhimento com avaliação de necessidades e riscos em todos os serviços, a fim de redirecionar o processo de trabalho visando a otimização dos recursos e serviços (RIBEIRÃO PRETO, 2005).

O Plano Municipal de Saúde foi concebido e elaborado em consonância com os eixos de orientação propostos pelo Ministério da Saúde que visa: redução das desigualdades em saúde, ampliação do acesso com qualificação e humanização da atenção, redução dos riscos e agravos. Há também esforço no sentido de reorientar o modelo assistencial, centrado no modelo da assistência médica individual e curativa, para o modelo que contemple a atenção integral do indivíduo, tendo como base a saúde coletiva (RIBEIRÃO PRETO, 2005).

Dentro da atenção primária, a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a Assistência Domiciliar (AD) devem ser consideradas como eixos norteadores para reorganização do modelo assistencial, tendo como foco de abordagem a família, inserida em um contexto de co-responsabilidade e estímulo à participação coletiva.

O Serviço de Assistência Domiciliar (SAD) foi implantado no município de Ribeirão Preto em fevereiro de 1996, com os propósitos de promover a prestação

de assistência integral à saúde da comunidade, abrangendo a unidade familiar, incentivar o desenvolvimento da responsabilidade da família/cuidador com relação ao autocuidado em saúde e estabelecer mecanismos de integração entre a rede de serviços de saúde e a família. O SAD prioriza os grupos de pessoas com dependência total ou parcial, pessoas necessitando de cuidados especiais de enfermagem que possam ser desenvolvidos em nível domiciliar, pessoas com doenças transmissíveis, necessitando de cuidados específicos e educação em saúde e pessoas consideradas em iminência de risco ou agravo à saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2005).

Dentre os muitos programas contemplados no Plano Municipal de Saúde, é importante ressaltar o Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência – PASDEF, assim como os outros programas, define uma série de propostas dentre elas: integrar as agendas e as ações da equipe multiprofissional de reabilitação do NGA-59 com aquelas do Centro de Reabilitação do HCFMRP-USP a ser inaugurado, assim como o fornecimento de laudos de incapacidades e realização de perícias médicas para solicitação de benefícios sociais, induzir por meio de ações intersetoriais a implantação de Centros de Vida Independente (CVI), para oportunizar a capacitação profissional, apoio social, esporte e lazer para as pessoas com deficiência. A Equipe Multiprofissional de Reabilitação do NGA-59/DRS-XIII (EMREA) foi oficialmente nomeada em 18/5/2000, sendo constituída por um coordenador, um fisiatra, uma fisioterapeuta, uma terapeuta ocupacional, duas assistentes sociais e uma visitadora sanitária. A equipe tem a responsabilidade de atender a demanda de perícias, analisar processos de pedidos de carteira de isenção do transporte coletivo para pessoas com deficiência e concessão de casas ou terrenos urbanizados. Desenvolve ação de prevenção terciária, assim como a concessão de órteses, próteses

e aparelhos auxiliares pelo SUS, na região da DRS-XIII, que abrange vinte e cinco cidades da região de Ribeirão Preto (RIBEIRÃO PRETO, 2005).

4.2 Delineamento da pesquisa

Trata-se de estudo de delineamento metodológico seccional com abordagem quantitativa.

4.3 Procedimentos éticos da pesquisa

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HCFMRP-USP, de acordo com o Processo n° 8902/2006, de modo a garantir o cumprimento dos preceitos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), Resolução 196/96. Os dados foram coletados após a aprovação do CEP do HCFMRP-USP, com o consentimento das três Instituições que participaram do estudo e, para as entrevistas, após o consentimento livre e esclarecido dos participantes.

4.4 População e local da pesquisa

A pesquisa foi realizada em duas etapas, a primeira com a revisão de prontuários e a segunda com informações da díade paciente e cuidador.

Os dados da primeira etapa foram provenientes das informações coletadas nos prontuários dos pacientes atendidos em três hospitais credenciados pelo SUS, em Ribeirão Preto, aqui denominados, Instituição A (Inst A), Instituição B (Inst B) e Instituição C (Inst C) e para a segunda etapa foram realizados os exames clínicos dos indivíduos e entrevistas no domicílio, com a díade cuidadores e indivíduos com LME, entre 6 meses e 4 anos da lesão após o trauma.

A população foi selecionada considerando os seguintes critérios de inclusão: pacientes que sofreram LME no período de janeiro de 2003 a julho de 2006, atendidos nos três hospitais credenciados pelo SUS e residentes no município de Ribeirão Preto, com idade igual ou superior a 18 anos e capazes de responder perguntas pertinentes ao estudo e seus respectivos cuidadores.

Fizeram parte do estudo, na primeira etapa, três instituições que prestaram atendimentos aos pacientes do SUS. Para o planejamento da coleta dos dados foi solicitado ao Serviço de Documentação Científica do HCFMRP-USP e ao Centro de Processamento de Dados Hospitalares, do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, levantamento de informações acerca das internações de pacientes vítimas de LME, registrados no período de janeiro de 2003 a julho de 2006, nos hospitais credenciados pelo SUS do município de Ribeirão Preto, em consonância com os critérios de inclusão.

4.5 Procedimentos para coleta de dados

Para a primeira etapa, os dados foram coletados dos prontuários, nas três instituições hospitalares, Inst A, Inst B, Inst C, credenciadas pelo SUS no município

de Ribeirão Preto. O levantamento foi feito considerando os prontuários com os diagnósticos classificados no CID-10, referentes à LME e seqüela: S14.1 LME em nível cervical; S24.1 LME em nível torácico; S34.1 LME em nível lombar ;T09.3 LME nível não especificado; T91.3 seqüela de LME, sendo identificados inicialmente 37 prontuários que atenderam os critérios para inclusão no estudo. Vale ressaltar que o Serviço de Documentação Científica do HCFMRP-USP e o Centro de Processamento de Dados Hospitalares, do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, através da funcionária codificadora, credenciada pela OMS, orientou a busca dos CIDs para pacientes com lesão de medula espinhal e seqüela, assim como pacientes com fratura vertebral e seqüela, obedecendo a regra de classificação.

Após a revisão inicial dos prontuários a pesquisadora identificou a ausência dos prontuários de alguns pacientes com LME, que eram atendidos pelo grupo multiprofissional no Ambulatório da Inst A. Sendo assim, a mesma solicitou ao Departamento de Dados Médicos novo levantamento, incluindo os CIDs referentes à fratura de coluna vertebral: S12.0 a 9; S22.1; S22.0; S32.0; S32.1; S32.2 e o CID de seqüela de fratura vertebral: T91.1. Nesse segundo momento, identificou-se outros 110 prontuários dentro dos critérios já descritos anteriormente, que foram revisados, confirmando a presença de seis pacientes que também atendiam os critérios de inclusão inicial. Assim, foram revisados, ao todo, 147 prontuários de pacientes atendidos na Instituição A. Desse total, 18 foram selecionados considerando os critérios de inclusão. Importante ressaltar as dificuldades enfrentadas nessa etapa quanto aos vários CIDs que são utilizados para designar a LME, o que constitui barreira para a busca efetiva e segura dos sujeitos em cumprimento ao rigor metodológico de uma pesquisa.

O segundo levantamento com os CIDs fratura de coluna S12.0 a 9; S22.1; S22.2; S32.0; S32.1; S32.2 e de seqüela de fratura vertebral: T91.1 foi realizado apenas na Inst A, pois a mesma dispunha de sistema informatizado para a busca em banco de dados. Já nas Inst B e Inst C, a busca dos dados foi realizada manualmente, requerendo tempo maior para a coleta. Decidiu-se, portanto, devido à limitação do tempo, não realizar o segundo levantamento nessas instituições.

Na Inst B, foram revisados 26 prontuários com os CIDs: S14.1 LME em nível cervical; S24.1 LME em nível torácico; S34.1 LME em nível lombar; T09.3 LME nível não especificado; T91.3 seqüela de LME, desses, 10 atendiam os critérios de inclusão. Finalmente, na Instituição C, foram revisados 8 prontuários, com os CIDs: S14.1 LME em nível cervical; S24.1 LME em nível torácico; S34.1 LME em nível lombar; T09.3 LME nível não especificado; T91.3 seqüela de LME, sendo que nenhum atendia aos critérios da pesquisa, ou seja, os pacientes não tinham LME com seqüela. Foram revisados, no total, 181 prontuários nas três Instituições, entretanto, foram considerados sujeitos da pesquisa os pacientes atendidos na Instituição A e na Instituição B, totalizando 28 prontuários revisados na primeira etapa e 22 pacientes com seus respectivos cuidadores, na segunda etapa, porque 4 pacientes foram a óbito durante a primeira internação e 2 pacientes foram a óbito após a alta.

Os sujeitos da pesquisa e seus cuidadores foram contatados por telefone e as visitas foram agendadas mediante data e horário estabelecidos pelos entrevistados. O termo de consentimento livre e esclarecido foi devidamente assinado pelo indivíduo com LME e seu respectivo cuidador que concordaram em participar do estudo. A coleta dos dados ocorreu de outubro de 2006 a janeiro de 2007.

Para a coleta de dados nas duas etapas, foram utilizados instrumentos elaborados e validados pela pesquisadora e o instrumento para Medida de Independência Funcional – MIF.

Como foi apresentado anteriormente, são várias as conseqüências e complicações que advêm da LME. Entretanto, o enfoque desse estudo buscou explorar duas complicações: a úlcera por pressão e o funcionamento intestinal, visto que são agravos que podem decorrer da capacidade de autocuidado afetada, porém, passíveis de prevenção e controle com a implementação de intervenções de enfermagem no contexto da reabilitação.

Primeira Etapa da Pesquisa

Instrumento 1- A caracterização do indivíduo com LME em relação às variáveis socioeconômicas demográficas e clínicas

O instrumento utilizado para coletar as informações dos prontuários continha os itens: data da internação, data do trauma, local de internação, sexo, idade, estado civil, religião; cor da pele, escolaridade, profissão/ocupação, etiologia do trauma, nível da LME, classificação da LME, presença de úlcera de pressão (UP) e documentação das características clínicas da UP, tempo de hospitalização na primeira internação, tipo de saída hospitalar, causa de óbito.

Segunda Etapa da Pesquisa

Instrumento 2 - A caracterização dos indivíduos com LME

Para a caracterização dos indivíduos na segunda etapa, foram

consideradas as mesmas variáveis do instrumento 1, incluindo renda pessoal, renda familiar e número de pessoas residentes no domicílio, presença de úlcera de pressão e documentação das características clínicas da UP.

Instrumento 3 - Avaliação da independência funcional dos indivíduos com LME

Para a avaliação da independência funcional foi utilizada a Escala para Medida de Independência Funcional – MIF, traduzida e validada no Brasil por Riberto et al. (2001), que orientam acerca da necessidade de treinamento dos avaliadores, para a reprodutibilidade e aplicação

Conforme recomendado na literatura, a pesquisadora participou do Curso de Capacitação para Uso da Escala para Medida de Independência Funcional – MIF, oferecido pela Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, ministrado por um dos autores da validação do instrumento no Brasil.

A escolha da escala da MIF deve-se aos critérios de confiabilidade, validade, precisão e praticidade. Tem como meta determinar os cuidados necessários a serem prestados para que os pacientes realizem as atividades da vida diária (AVD), com o objetivo de reforçar e desenvolver os potenciais funcionais

A avaliação funcional permite o acompanhamento da evolução do paciente no processo de reabilitação e não focaliza a avaliação na capacidade de realização de tarefas, mas na efetiva realização dessas, de forma independente na rotina de vida diária. A escala engloba 6 dimensões de funcionamento: autocuidado, controle de esfíncteres, mobilidade, locomoção, comunicação e cognição social. Em cada área são avaliadas duas ou mais atividades, perfazendo o total de 18 categorias funcionais, 13 motoras e 5 cognitivas que são avaliadas em termos de

independência da função, usando-se uma escala de sete pontos. Cada item recebe pontuação de 1 a 7, dependendo do nível de dependência para a realização da tarefa. O escore da MIF total, varia de 18 a 126 pontos, quanto menor a pontuação, maior o grau de dependência (RIBERTO et al., 2004).

Recomenda-se aplicá-la, no mínimo, em três momentos: o primeiro, no máximo até 72 horas da admissão, o segundo, dentro de 72 horas antes da alta e o terceiro, como seguimento (*follow-up*) do paciente, após três a seis meses da alta do programa de reabilitação.

A seguir estão representadas esquematicamente, na Figura 1, as composições da MIF total, dimensões e categorias com as referidas pontuações.

CATEGORIA	DIMENSÃO	DOMÍNIO	MIF TOTAL	
Alimentação	Autocuidado (6 – 42 pontos)	MIF motor (13 – 91 pontos)	MIF Total (18 – 126 pontos)	
Higiene Pessoal				
Banho				
Vestir-se acima da cintura				
Vestir-se abaixo da cintura				
Uso do vaso sanitário				
Controle de urina	Controle de esfíncter (2 – 14 pontos)			
Controle das fezes				
Transferência leito, cadeira, cadeira de rodas	Mobilidade (3 – 21 pontos)			
Transferência vaso sanitário				
Transferência chuveiro ou banheira				
Marcha/cadeira de rodas	Locomoção (2 – 14 pontos)			
Escadas				
Compreensão	Comunicação (2 – 14 pontos)	MIF Cognitivo (5 – 35 pontos)		
Expressão				
Interação Social	Cognição Social (3 – 21 pontos)			
Resolução de problemas				
Memória				

Figura 1 - Composição da Medida de Independência Funcional (MIF): MIF total, dimensões e categorias com os respectivos escores

A seguir, no quadro abaixo, é apresentada a Descrição dos Níveis de Função e respectiva pontuação.

Nível	Dependencia funcional	Subescores
1	Dependência total (assistência total) Assistência total: o paciente faz menos de 25% do trabalho.	18 pontos
2	Dependência máxima (assistência de até 75% na tarefa) Assistência máxima: quando é preciso tocar o paciente realizando grande esforço de auxílio e o paciente colabora com menos de 50% do esforço, mas faz pelo menos 25%	19 a 60 pontos
3	Dependência moderada (assistência de até 50% na tarefa) Assistência moderada: quando é preciso mais do que apenas tocar ou quando o paciente faz de 50% a 75%	
4	Dependência mínima (assistência de até 25% na tarefa) Assistência com contato mínimo: quando é preciso apenas tocar como auxílio para a realização das tarefas, ou quando o paciente faz 75% ou mais do trabalho	61 a 103 pontos
5	Supervisão, estímulo ou preparo Supervisão ou preparação: quando o paciente necessita apenas da presença física de outra pessoa, seja para incentivar ou sugerir sem contato físico ou ajuda na preparação de itens necessários, ou na aplicação de órteses	
6	Independência modificada Quando há uma ou mais dessas ocorrências: uso de algum dispositivo de ajuda, tempo acima do razoável ou riscos de segurança	104 a 126 pontos
7	Independência completa Independência completa: todas as tarefas descritas são realizadas com segurança, sem alterações, sem ajuda e em tempo razoável	

Quadro 1 – Descrição do Nível de Dependência Funcional e Escore

Os instrumentos foram submetidos a estudo piloto com 5 pacientes e contou com a colaboração de uma terapeuta ocupacional, que pertence ao grupo multiprofissional de atendimento ao paciente com LME, da Inst A, e que utiliza a Escala da MIF. Após as alterações necessárias para adequação, os instrumentos foram aplicados pela pesquisadora.

Instrumento 4 - Ocorrência da UP, características clínicas e orientações recebidas quanto à prevenção

Para a ocorrência da UP, foi investigada a documentação no prontuário da presença da UP durante a internação e, na entrevista, com a pergunta dicotômica (sim/não).

Para identificar as características clínicas da UP, foi utilizada a Escala *PUSH* (*Pressure Ulcer Scale for Healing*), validada no Brasil por Santos et al. (2005).

A Escala *PUSH* considera três parâmetros para avaliação: 1 - área da lesão, 2 - quantidade de exsudato e 3 - aparência da lesão. Para determinar a área da úlcera, são mensurados o maior comprimento e a maior largura em cm². As duas medidas são multiplicadas para a obtenção dos valores dos escores que variam de 0 a 10 e que são referentes à área da lesão, que pode ser de 0 a mais que 24cm². A quantidade de exsudato deve ser avaliada após a remoção imediata do curativo e é classificada como ausente (escore 0), pequena (escore 1), moderada (escore 2) e grande (escore 3). Para a avaliação da aparência do leito da ferida, considera-se o tipo de tecido prevalente na área da lesão, atribuindo (escore zero) para ferida fechada, (escore 1) tecido epitelial, (escore 2) tecido de granulação, (escore 3) esfacelo, (escore 4) tecido necrótico - escara. A soma dos subescores gera escores que variam de 0 a 17, onde escores maiores significam piores condições da UP e escores menores indicam melhores condições no processo de cicatrização.

Quanto às orientações recebidas para a prevenção da UP, as perguntas foram elaboradas segundo as recomendações das Diretrizes para prevenção, prevenção e tratamento da UP (MAKLEBUST; SIEGREEN, 1996).

Essas Diretrizes foram elaboradas nos EUA, em 1989 e são recomendações baseadas em evidência científica, feitas pela *Agency for Health*

Care Policy and Research (AH CPR), atualmente denominada *AHCRQ (Agency for Health Care Research and Quality)*. Foram produzidas e divulgadas para propiciar melhorias na prática profissional em diferentes níveis de assistência à saúde, tornando-se referência para padrões de cuidado a muitas agências de credenciamento.

As Diretrizes abordam quatro aspectos para Predicção e Prevenção da UP, que foram considerados na coleta de dados.

I - Avaliação do risco

1. Considerar todas as pessoas restritas ao leito ou em cadeira de rodas, como sujeitos em risco para úlcera, como também aquelas cuja capacidade de se reposicionarem esteja debilitada;

II - Cuidados com a pele e tratamento precoce (medidas preventivas)

1. Inspeccionar a pele, pelo menos uma vez, diariamente, e documentar as observações.
2. Individualizar a frequência do banho, usar um agente de limpeza suave, evitar água quente e fricção excessiva.
3. Avaliar e tratar a incontinência e quando essa não puder ser controlada, limpar a pele do paciente no momento em que ele se sujar, criar barreira tópica para a umidade, selecionando absorventes higiênicos que mantenham a superfície da pele sempre seca.
4. Usar hidratantes para a pele ressecada e minimizar os fatores ambientais que causam o ressecamento da pele, como ar frio e baixa umidade.
5. Evitar massagear as proeminências ósseas.

6. Usar posicionamento apropriado, técnicas corretas de movimentação e transferência, de forma a minimizar a lesão da pele devido à fricção e forças de cisalhamento.
7. Usar lubrificantes secos (amido de milho), ou coberturas protetoras (tipo curativos transparentes), para reduzir a lesão por fricção.
8. Identificar e corrigir os fatores que comprometem a ingestão calórica e de proteínas e considerar a utilização de suplementação ou suporte nutricional para as pessoas que necessitarem.
9. Instituir programa para manter ou melhorar o estado de atividade e mobilidade.
10. Monitorar e documentar intervenções e os resultados.

III - Redução da carga mecânica e utilização de superfícies de suporte

- 1 - Reposicionar as pessoas restritas ao leito, pelo menos a cada duas horas, e pessoas restritas à cadeira, a cada hora.
- 2 - Usar escala escrita para reposicionamento de horário.
- 3 - Colocar as pessoas em risco em colchões ou almofadas que reduzam a pressão. Não usar almofadas tipo argola.
- 4 - Considerar o alinhamento postural, a distribuição do peso, o balanço, a estabilidade e o alívio da pressão, quando posicionar pessoas em cadeiras ou cadeiras de rodas.
- 5 - Ensinar as pessoas, mantidas em cadeira, que elas são capazes de mudar sua posição para aliviar o peso, a cada 15 minutos.
- 6 - Usar recursos tipos trapézio ou forro de cama para elevar ou movimentar a pessoa, ao invés de arrastá-la durante a transferência ou mudança de posição.

- 7 - Usar travesseiros ou almofadas de espuma para manter as proeminências ósseas, como joelhos e calcâneos fora do contato direto com a cama ou do próprio corpo.
- 8 - Usar recursos que aliviem totalmente a pressão nos calcâneos (colocar travesseiros sob a panturrilha para elevar os pés).
- 9 - Evitar posicionar diretamente no trocanter. Quando usar o decúbito lateral diretamente no trocânter, a posição lateral inclinada deve ser igual a um ângulo de 30°.
- 10 - Elevar a cabeceira da cama o mínimo possível e por pouco tempo (ângulo máximo de 30°).

IV - Educação

1. Implementar programas educacionais bem estruturados para a prevenção de úlceras de pressão, sendo esses, organizados, compreensíveis e direcionados a todos os níveis de fornecedores de serviços de saúde, pacientes e cuidadores.
2. Incluir informação sobre:
 - a. etiologia e fatores de risco para úlcera de pressão;
 - b. instrumentos de avaliação de risco e sua aplicação;
 - c. avaliação da pele;
 - d. seleção e uso de superfícies de suporte;
 - e. desenvolvimento e implementação de programas individualizados de cuidados com a pele;
 - f. demonstração do posicionamento para diminuir o risco de perda da integridade dos tecidos;

Instrumento 5 - Identificação da presença de complicações intestinais e orientações quanto às práticas de autocuidado

Quanto às práticas de autocuidado para o funcionamento intestinal, foram elaboradas perguntas baseadas nas Diretrizes para a prática clínica, recomendadas pelo Consórcio de Medicina da Lesão Medular, com enfoque da Prática Baseada em Evidência para Tratamento do Intestino Neurogênico, segundo o referencial da Organização Mundial da Saúde de classificação de conseqüências das doenças. As Diretrizes possuem versão direcionada para as pessoas com LME e cuidadores traduzida para o português e validada por pacientes e profissionais do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, com a aquiescência do *Paralysed Veterans of América* que validou a tradução e autorizou a divulgação (CALIRI; FURLAN; DEFINO, 2005).

A ocorrência das complicações intestinais foi investigada com a pergunta dicotômica (sim/não), tomando como referência o funcionamento intestinal antes e após a LME. Dentre as complicações, as variáveis foram, impactação das fezes, hemorróidas, sangramento, incontinência fecal, constipação, diarreia e dor.

As variáveis investigadas, quanto às orientações recebidas para o cuidado intestinal pelo adulto com LME e as práticas de autocuidado realizadas, foram através de perguntas dicotômicas (sim/não), entre elas estão o local onde é realizado o cuidado, tempo de funcionamento intestinal pós-estimulação, ingestão de líquidos, controle nutricional, toque dígito-anal, extração manual das fezes, lavagem intestinal, massagem abdominal, exercícios abdominais, manobra de Valsalva, posição sentada ou inclinada para frente, supositório e laxativos.

Instrumento 6 - Acessibilidade e utilização dos serviços de saúde

Para identificar o acesso e a forma de utilização dos serviços de saúde pelos indivíduos com LME, as variáveis foram: bairro em que reside, cadastro em serviços de saúde da rede primária, convênio médico, número de internações e motivos, encaminhamento ao serviço de saúde visando a reabilitação, utilização do serviço de saúde, acompanhamento em serviço de reabilitação, comparecimento aos retornos agendados, qual transporte utiliza para ir aos serviços de saúde, se algum familiar acompanha nas consultas, dificuldade para utilizar o serviço de saúde, se recebe visita de profissional da saúde e o objetivo da visita.

Instrumento 7 - Características dos cuidadores e condições de cuidado

Foi elaborado instrumento para entrevistar o cuidador principal, contendo 2 partes.

Parte 1 - Caracterização socioeconômica do cuidador, com as variáveis: sexo, idade, ocupação antes e após a LME, se mora na mesma residência do paciente, se recebe salário para cuidar do paciente, relação de parentesco com o paciente e orientações recebidas para cuidar do paciente acometido com LME, com enfoque sobre prevenção da UP e cuidados com o funcionamento intestinal.

Parte 2 - Assistência domiciliar requerida pelo paciente com LME e prestada pelo cuidador no domicílio. Foram solicitadas informações segundo as Diretrizes para a prática clínica dos Resultados Esperados pós-LME, elaboradas pelo *Consortium for Spinal Cord Medicine*, financiado pelo *Paralysed Veterans of América (PVA, 1999)*. As variáveis foram: tempo de trauma,

nível da LME, função intestinal, função vesical, mobilidade no leito, transferência leito/cadeira, auxílio com cadeira de rodas/cadeira de banho, ficar de pé/deambular, alívio de pressão/posicionamento, alimentação, cuidados pessoais, higiene, comunicação, transporte e tarefas diárias do lar.

Para dimensionar o tempo de cuidado dispendido ao indivíduo com a LME, foi solicitado ao cuidador que indicasse o número estimado de assistência requerida em número de horas para o cuidado pessoal que podia variar de 0 a 5 horas, 6 a 10 horas, 11 horas ou mais e número de horas para o cuidado da casa, que podia variar de 0 a 3 horas e 4 a 6 horas.

4.6 Análise dos resultados

Os dados coletados foram digitados no Excel, sob a forma de dupla entrada para a verificação de erros de digitação, e organizados e armazenados em banco de dados *Statistical Package of Social Sciences (SPSS)* versão 11.6. As inconsistências foram revistas no instrumento de coleta, sendo feitas as correções quanto à aparência e conteúdo. Os resultados foram analisados utilizando testes estatísticos de *Mann Whitney* e o teste de correlação de *Pearson*, considerando a natureza das variáveis estudadas e apresentados em tabelas, gráficos e discutidos, considerando a literatura nacional e internacional pertinente ao tema.

Para a elaboração dos gráficos com as variáveis da MIF, visto que para cada componente da escala há um valor diferente de escore, MIF total - 18 a 126 pontos, MIF motor – 13 a 91 pontos e MIF cognitivo – 5 a 35 pontos, conforme citado

na Figura 1, foi feito um reescalonamento dos valores para se ajustarem ao intervalo [0,1], para permitir a comparação entre as dimensões distintas. A coluna do gráfico representou a média e a barra de variação representou os valores mínimo e máximo observados. Vale ressaltar, que na representação gráfica o desvio padrão não foi utilizado, porque os dados não se ajustaram à distribuição normal (Gaussiana).

A seguir é apresentada a fórmula que foi utilizada para o reescalonamento dos escores:

$$\text{Amplitude} = \text{Escore Máximo} - \text{Escore Mínimo}$$

$$\text{Escore Reescalado} = \frac{\text{Escore Observado} - \text{Escore Mínimo}}{\text{Amplitude}}$$

As Tabelas com os valores da MIF total, média, mediana, desvio padrão e variação mínima e máxima correspondentes aos gráficos estão apresentados como Apêndices.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão descritos de acordo com os objetivos propostos pelo estudo. Inicialmente são apresentadas as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes que sofreram lesão de medula espinhal no período de janeiro de 2003 a julho de 2006, atendidos nas instituições hospitalares credenciadas pelo SUS na cidade de Ribeirão Preto, SP.

A seguir são apresentados os dados dos pacientes que sobreviveram ao trauma quanto à avaliação funcional pós-lesão, nos domicílios, com a utilização da escala para Medida de Independência Funcional, considerando as variáveis clínicas da lesão e tempo pós-trauma.

São apresentados, posteriormente, os dados referentes à ocorrência da UP no período após a alta hospitalar, assim como as características clínicas e as orientações recebidas pelos pacientes durante a internação para prevenção e tratamento da UP, sendo analisadas as associações da ocorrência da UP com os escores da MIF total. São apresentados os problemas de funcionamento intestinal antes e após a lesão medular e as orientações recebidas para as práticas de autocuidado. São descritos também os cuidados realizados pelos cuidadores para o atendimento da referida necessidade.

Para descrever a demanda de cuidado no domicílio, são apresentadas as características dos cuidadores quanto ao perfil demográfico e social e o desempenho funcional das indivíduos com LME, assim como o nível de auxílio oferecido pelo cuidador, tomando como referência as Diretrizes para a prática clínica do *Consortium for Spinal Cord Medicine* dos resultados esperados para a população acometida com LME (PVA,1999). Finalmente, são apresentados os dados de como se dá o acesso e a utilização dos serviços de saúde pelos usuários do SUS portadora de LME.

Conforme descrito anteriormente na metodologia, para o alcance dos objetivos, a pesquisa foi dividida em duas etapas. A primeira etapa constou do levantamento de dados dos prontuários e a segunda etapa de entrevista com as indivíduos que sofreram LME e seus cuidadores principais.

5.1 Caracterização dos pacientes, segundo aspectos socioeconômicos, demográficos e clínicos

Na primeira fase do estudo foram revisados os 28 prontuários dos pacientes que sofreram LME com conseqüente seqüela, atendidos nas instituições A e B. A caracterização sociodemográfica está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição da população na primeira fase do estudo, segundo as características sociodemográficas. Ribeirão Preto, SP, 2007 (n=28)

Variáveis	F	%
Sexo		
Feminino	2	7,1
Masculino	26	92,9
Cor		
Negra	16	57,1
Branca	12	42,9
Faixa etária		
20 ----- 29	8	28,6
30 ----- 39	9	32,1
40 ----- 49	5	17,9
50 ----- 59 (anos)	2	7,1
60 ou mais	4	14,3
Naturalidade		
Ribeirão Preto	14	50,0
Cidades da DRS* de Ribeirão Preto	6	21,4
Outras cidades do Estado de SP	7	25,0
Cidades de fora do Estado de SP	1	3,6
Estado civil		
Solteiro	13	46,5
Casado	9	32,1
União consensual	3	10,7
Divorciado	3	10,7
Escolaridade		
Ensino fundamental	10	35,7
Ensino médio	11	39,3
Curso Superior	2	7,1
Sem informação	5	17,9
Profissão		
Serviços gerais	15	53,5
Mecânico	2	7,1
Pedreiro	3	10,7
Representante comercial	2	7,1
Estudante	2	7,1
Desempregado	3	10,7
Sem informação	1	3,6
Total	28	100,0

*DRS XIII

Os dados da Tabela 1 mostram que, dos 28 prontuários revisados dos pacientes com LME, 26 pacientes (92,9%) eram do sexo masculino e 2 (7,1%) do sexo feminino. Houve predominância do sexo masculino e isso confirma os dados dos estudos internacionais e nacionais. Nos Estados Unidos da América (EUA), dados do *National Spinal Cord Injury Statistical Center (NSCISC)* mostram que 77,8% dos pacientes com LME são do sexo masculino (NSCISC, 2006). Estudos nacionais, Furlan (2001), Moroóka (2000) e Neves (2003), apresentam resultados semelhantes a esse estudo.

A idade dos pacientes no período da ocorrência da LME variou de 24 a 66 anos, com média de 37,9 anos ($dp=11,67$). A faixa etária predominante foi de 30 a 39 anos para 9 pacientes (32,1%), entre 20 e 29 anos oito pacientes (28,6%), 5 pacientes (17,9%) com 40 a 49 anos, 6 pacientes (21,4%) com 50 a 59 e 60 anos. Estudos nacionais mostram que a maior incidência de LME se dá entre a segunda e terceira décadas (FARO, 1991; MOROÓKA, 2000; NEVES, 2003). Dados americanos, revelam que a média de idade dos pacientes que são acometidos pela LME está aumentando. Na década de 70, a idade predominante variava de 16 a 30 anos, com média de 28,7 anos. Na década de 80, pessoas com mais de 60 anos tiveram aumento na ocorrência da LME em 4,7% e, no ano de 2000, a média de idade subiu para 38 anos; para as pessoas com mais de 60 anos houve aumento de 11,5%. O aumento da ocorrência da LME em faixas etárias maiores foi atribuído ao aumento da expectativa de vida e melhoria do atendimento à vítima de trauma (NSCISC, 2006).

Quanto ao estado civil dos pacientes, 13 (46,4%) eram solteiros, 9 (32,1%) eram casados, os divorciados e aqueles que tinham vínculo por união consensual eram 3 (10,7%). Nos EUA, dados do NSCISC, mostram que 51,6% dos

pacientes com LME são solteiros e é enfatizado que as chances das pessoas se casarem, após a lesão, ou manter-se casados, diminuem (NSC/SC, 2006).

No aspecto referente à escolaridade, verifica-se que a maioria dos pacientes 11 (39,3%) possuía o ensino médio completo ou incompleto, 10 (35,7%) ensino fundamental completo ou incompleto e 2 (7,1%) curso superior; 5 (17,9%) prontuários não tinham informação quanto à escolaridade. Os estudos nacionais mostram que a maioria dos pacientes tem escolaridade que varia entre o primeiro grau completo e incompleto (BLANES, 2005; FARO, 1991; FURLAN, 2001; MOROÓKA, 2000; NEVES, 2003).

Quanto à profissão antes da LME, 15 (53,6%), ou seja, a maioria, exercia atividades em serviços gerais, 3 (10,7%) exerciam atividades como pedreiro, 3 pacientes estavam desempregados, 2 (7,1%) eram estudantes, 2 (7,1%) eram representantes comerciais e 2 eram mecânicos.

Na Tabela 2 são apresentados os dados quanto às frequências das variáveis clínicas dos pacientes que sofreram a LME, no período de janeiro de 2003 a julho de 2006, segundo a Instituição A e Instituição B.

Tabela 2 – Distribuição da população na primeira fase do estudo segundo a instituição e variáveis clínicas. Ribeirão Preto, SP, 2007 (n=28)

Local de internação	InstA (n=18) f(%)	InstB(n=10) f(%)	Total (n=28) f(%)
Variáveis			
Tempo de internação (dias)			
Média (desvio padrão)	33,3 (30,5)	50,4 (45,6)	39,4 (36,7)
Mediana	23,5	34,5	27,5
Mínimo	3	10	3
Máximo	103	152	152
Etiologia do trauma			
Colisão ou capotamento de veículo	6 (33,4)	-	6 (21,4)
Ferimento por arma de fogo	2 (11,1)	1 (10,0)	3 (10,7)
Motocicleta	3 (16,7)	4 (40,0)	7 (25,0)
Atropelamento	-	1 (10,0)	1 (3,6)
Queda	4 (22,2)	3 (30,0)	7 (25,0)
Mergulho	1 (5,5)	-	1 (3,6)
Espancamento	2 (11,1)	1 (10,0)	3 (10,7)
Nível de lesão			
Cervical	9 (50,0)	8 (80,0)	17 (60,7)
Torácica	9 (50,0)	1 (10,0)	10 (35,7)
Lombar	-	1 (10,0)	1 (3,6%)
Tipo de lesão			
Completa	1 (5,5)	1 (10,0)	2 (7,1)
Incompleta	2 (11,1)	-	2 (7,1)
Não especificado no prontuário	15 (83,3)	9 (90,0)	24 (85,7)
Classificação da lesão medular			
A	7 (38,9)	-	7 (25,0)
B	2 (11,1)	-	2 (7,1)
Não especificado no prontuário	9 (50,0)	10 (100,0)	19 (67,9)
Ano de internação			
2003	4 (22,2)	5 (50,0)	9 (32,1)
2004	5 (27,7)	3 (30,0)	8 (28,6)
2005	5 (27,7)	2 (20,0)	7 (25,0)
2006	4 (22,2)	-	4 (14,3)
Tipo de saída hospitalar			
Alta	17 (94,4)	7 (70,0)	24 (85,7)
Óbito	1 (5,6)	3 (30,0)	4 (14,3)
Total	18 (64,3)	10 (35,7)	28 (100,0)

Na Inst A foram atendidos 18 pacientes (64,3%) e na Inst B 10 pacientes (55,5%). Quanto ao tempo de internação em dias, na Inst A a média foi de 33,3 (dp=30,5) e a mediana de 23,5 e na Inst B a média foi de 5, (dp=45,6) e a mediana de 34,5; a média total nas duas instituições foi de 39,5 (dp=36,7) e a mediana de 27,5. Observa-se que o tempo de internação na Inst B foi superior ao tempo de internação na Inst A, o que pode ser atribuído à presença de complicações tais como infecções, que podem gerar atraso para processo de reabilitação, que deve ser iniciado o mais precocemente possível. Vale ressaltar, entretanto, que, nessa instituição, 80% dos pacientes atendidos apresentavam lesão em nível cervical, o que predispõe o indivíduo a maiores riscos e complicações e, portanto, demandando mais cuidados, visto que, quanto mais alta a lesão, mais grave é a condição geral do paciente.

O NSC/SC apresenta resultados divergentes frente àqueles encontrados neste estudo quanto ao período de hospitalização. No ano de 1974, o tempo de internação era de 25 dias e passou para 18 dias, no ano de 2004. Queda similar ocorreu com o tempo de internação para a reabilitação, que era de 115 dias no ano de 1974 e passou para 39 dias em 2004. É citado que o tempo de internação na fase aguda pós-LME, assim como o tempo de reabilitação vem melhorando nos Estados Unidos, no sentido de diminuir para pacientes com LME completa (NSC/SC, 2006).

Quanto à etiologia do trauma, a maioria ocorreu por queda (25%) e acidente motociclístico (25%), seguida de colisão (21,5%), ferimento por arma de fogo (10,7%) e espancamento (10,7%). Quanto ao nível, tipo de lesão e classificação da LME, na Inst A, os casos se dividiram igualmente quanto ao nível cervical e torácico. Na Inst B, 80% dos pacientes tinham lesão em nível cervical, 10% em nível torácico e 10% em nível lombar. Estudos nacionais apresentados por

Faro (1991) e Furlan (2001) apresentam como causa principal da LME ferimento por arma de fogo, seguida de acidente automobilístico, divergindo dos resultados deste estudo que apontam uma convergência para as publicações nos EUA (NSC/SC, 2006), em que a maior causa da LME é por acidente por colisão e capotamento, seguida de queda e ato de violência.

Quanto à classificação neurológica do grau da lesão, 83,3% dos prontuários na Inst A e 90% na Inst B não apresentaram tal especificação, o que dificulta o processo de avaliação das necessidades individuais de cada paciente. Estudos salientam o quão importante é conhecer acerca da lesão para melhor dimensionar as necessidades do paciente a fim de oferecer assistência adequada (ASIA/IMSOP, 1996; FURLAN, 2001).

Quanto ao ano de internação, o maior número de prontuários avaliados foi do ano 2003.

Do total de 28 pacientes atendidos, 24 (85,7%) saíram de alta hospitalar, sendo 17 (94,4%) da Inst A e 7 (70%) da Inst B. Dos 4 (14,3%) pacientes que foram a óbito durante a internação, 1 (5,6%) era da Inst A, tendo como causa do óbito o coma arreativo e 3 (30%) da Inst B, tendo como causas choque séptico, parada cardiorespiratória e insuficiência respiratória aguda. Os dois óbitos que ocorreram pós-alta, foram atendidos na Inst B e as causas foram choque séptico. Dos seis pacientes que foram a óbito (21,4%), 4 (66,6%) tinham idade na faixa de 20 a 29 anos e 2 (33,3%) na de 60 anos ou mais. Todos os pacientes que foram a óbito tinham LME em nível cervical e presença de UP, o que mostra o elevado índice de mortalidade nas lesões altas assim como da ocorrência da UP.

Na Tabela 3 são apresentados os dados referentes ao nível da lesão em relação à faixa etária.

Tabela 3 – Distribuição da população na primeira fase do estudo segundo a faixa etária e nível de lesão. Ribeirão Preto, SP, 2007 (n = 28)

Faixa etária (anos)	Cervical f (%)	Torácica f (%)	Lombar f (%)	Total f (%)
20-29	7 (41,2)	2 (20,0)	1(100,0)	10 (35,7)
30-39	2 (11,8)	6 (60,0)	0 (0)	8 (28,6)
40-49	3 (17,6)	1(10,0)	0 (0)	4 (14,3)
50-59	1 (6,0)	1(10,0)	0 (0)	2 (7,1)
+60	4 (23,5)	0(0)	0 (0)	4 (14,3)
Total	17 (60,7)	10 (35,7)	1 (3,6)	28 (100,0)

Dos 28 pacientes que sofreram LME, houve maior prevalência (60,7%) para as lesões em níveis cervicais e na faixa etária entre 20 e 29 anos. As lesões torácicas ocorreram na frequência de 35,7% dos pacientes, com maior número de casos na faixa etária entre 30 e 39 anos, apenas um paciente apresentou lesão em nível lombar. A média de idade foi 38 anos, dp=11,7, mediana 36, mínimo de 24 anos e máximo de 66 anos.

A Tabela 4 apresenta a distribuição dos 28 pacientes que sofreram LME quanto à faixa etária e à etiologia do trauma.

Tabela 4 – Distribuição da população na primeira fase do estudo, segundo a faixa etária e etiologia do trauma. Ribeirão Preto, SP, 2007 (n=28)

Faixa etária (anos)	Etiologia do trauma							Total f (%)
	Colisão ou capotamento de veículo f (%)	Ferimento por arma de fogo f (%)	Motocicleta f (%)	Atropelamento f (%)	Queda f (%)	Mergulho f (%)	Espancamento f (%)	
20-29	2 (33,3)	1 (33,3)	4 (57,1)	0 (0)	1 (14,3)	1 (100,0)	1 (33,3)	10 (35,7)
30-39	1 (16,7)	0 (0)	2 (28,6)	0 (0)	4 (57,1)	0 (0)	1 (33,3)	8 (28,6)
40-49	2 (33,3)	0 (0)	1 (14,3)	0 (0)	1 (14,3)	0 (0)	0(0)	4 (14,3)
50-59	0 (0)	1 (33,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (33,3)	2 (7,1)
60+	1 (16,7)	1 (33,3)	0 (0)	1 (100,0)	1 (14,3)	0 (0)	0 (0)	4 (14,3)
Total	6 (21,4)	3 (10,7)	7 (25,0)	1 (3,6)	7 (25,0)	1 (3,6)	3 (10,7)	28 (100,0)

Na faixa etária de 20 a 29 anos, a causa mais freqüente da etiologia do trauma foi representada pelos acidentes de trânsito. Já na faixa de 30 a 39 anos, as quedas foram as causas mais freqüentes, principalmente decorrentes de acidentes na construção civil. Essas duas faixas etárias compreenderam 64% das LME, o que sugere ser essa população a de maior prevalência para a lesão medular.

A seguir são apresentadas, na Tabela 5, as características sociodemográficas e clínicas dos 22 indivíduos que participaram da segunda fase do estudo, que sobreviveram à primeira internação, após o trauma e ao período até a realização deste estudo.

Tabela 5 – Distribuição da população na segunda fase do estudo considerando as variáveis demográficas e clínicas. Ribeirão Preto, 2007 (n=22)

Variáveis	Inst A f (%)	Inst B f (%)	Total f (%)
Sexo			
Feminino	2(11,8)	-	2(9,0)
Masculino	15(88,2)	5(100,0)	20(91,0)
Total	17(77,3)	5(22,7)	22(100,0)
Faixa etária (anos)			
20 ---- 29	3(17,6)	3(60,0)	6(27,3)
30 ---- 39	6(35,3)	2(40,0)	8(36,4)
40 ---- 49	4(23,5)	-	4(18,2)
50 ---- 59	2(11,8)	-	2(9,1)
60 ou mais	2(11,8)	-	2(9,1)
Tempo após o trauma no momento da entrevista			
Menor que 1 ano	5(29,4)	-	5(22,7)
1 ano	5(29,4)	-	5(22,7)
2 anos	4(23,5)	3(60,0)	7(31,8)
3 anos e 8 meses	3(17,6)	2(40,0)	5(22,7)
Etiologia do trauma			
Colisão ou capotamento de veículo	5 (29,4)	-	5 (22,7)
Ferimento por arma de fogo	2 (11,8)	-	2 (9,1)
Motocicleta	3 (17,6)	3 (60,0)	6 (27,3)
Queda	4 (23,5)	2 (40,0)	6 (27,3)
Mergulho	1 (5,8)	-	1 (4,5)
Espancamento	2 (11,8)	-	2 (9,1)
Nível de lesão			
Cervical	8 (47,0)	3 (60,0)	11 (50,0)
Torácica	9 (53,0)	1 (20,0)	10 (45,5)
Lombar	-	1 (20,0)	1 (4,5)
Tipo de lesão			
Completa	1 (5,9)	1 (20,0)	2 (9,1)
Incompleta	2 (11,8)	-	2 (9,1)
Não especificado no prontuário	14 (63,3)	4 (18,2)	18 (81,8)
Classificação da lesão medular- ASIA			
A	9 (53,0)	-	9 (41,0)
B	1 (6,0)	-	1 (4,5)
Não especificado no prontuário	7 (41,2)	5 (100,0)	12 (54,5)
Presença de UP			
Sim	5 (29,4)	2 (40,0)	7 (31,8)
Não	12 (70,6)	3 (60,0)	15 (68,2)
Total	17 (77,3)	5 (22,7)	22 (100,0)

Do total de casos da segunda etapa do estudo, 17 indivíduos tinham sido atendidos na Inst A e 5 (22,7%) na Inst B. Observa-se que 50% dos indivíduos da Inst B foram a óbito durante a primeira etapa da pesquisa. Quanto ao sexo, 20 pacientes eram do sexo masculino e 2 do sexo feminino. A faixa etária com maior número de casos foi de 8 pacientes com 30 a 39 anos, seguida de 20 a 29 anos para 6 dos pacientes.

No momento da entrevista no domicílio, a média de tempo pós-trauma era de 25 meses (dp=13 meses) e a mediana de 24 meses. Quanto à etiologia do trauma, acidentes de motocicletas, quedas, colisão e capotamento de veículos foram as causas mais freqüentes.

Houve maior predominância de lesão em nível cervical com 11 indivíduos (50%), seguida de lesão em nível torácica 10 (45,5%) indivíduos e apenas 1 indivíduo com lesão em nível lombar (4,5%).

As freqüências das ocorrências da UP, durante a hospitalização, e as suas características clínicas estão apresentadas na Tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição da população na primeira fase do estudo segundo a ocorrência da úlcera de pressão e documentação no prontuário das características clínicas da UP. Ribeirão Preto, SP, 2007 (n=28)

Variáveis	Inst A f (%)	Inst B f (%)	Total f (%)
Presença de UP			
Sim	13 (72,2)	6 (60,0)	19 (67,9)
Não	5 (27,8)	2 (20,0)	7 (25,0)
Não especificado *	-	2 (20,0)	2 (7,1)
Total	18 (64,3)	10 (35,7)	28(100,0)
*Não documentado no prontuário a condição da pele do paciente			
Nº úlcera			
1	13 (48,1)	6 (60,0)	19 (51,3)
2	9 (33,3)	2 (20,0)	11 (29,7)
3	5 (18,5)	2 (20,0)	7 (18,9)
Total	27 (73,0)	10 (27,0)	37 (100,0)
Local			
Sacral	8 (29,6)	5 (50,0)	13 (35,1)
Trocanter	4 (14,8)	-	4 (10,8)
Calcâneo	2 (7,4)	-	2 (5,4)
Occipital	2 (7,4)	-	2 (5,4)
Maléolo	1 (3,7)	-	1 (2,7)
Não especificado	10 (37,0)	5 (50,0)	15 (40,6)
Total	27 (73,0)	10 (27,0)	37 (100,0)
Estágio			
I			
II	3 (23,0)		3 (15,8)
III	1 (7,6)	2 (33,3)	3 (15,8)
IV	6 (46,1)	1 (16,6)	7 (36,8)
Não especificado	3 (23,0)	3 (50,0)	6 (31,6)
Total	13 (68,4)	6 (31,6)	19 (100,0)

Os dados da Tabela 6 mostram que, dos 28 pacientes cujos prontuários foram revisados, 19 (67,9%) tiveram UP durante a internação, sendo 13 (72,2%) na Inst A e 6 (60%) na Inst B. O número total de UP nas duas instituições foi de 37

lesões. Na Inst A, os 13 pacientes com UP tiveram o total de 27 lesões (73%) e na Inst B os 6 pacientes com UP tiveram o total de 10 lesões (27%). A informação quanto ao local da UP dos pacientes internados na Inst A não foi especificada em 10 (37%) prontuários e na Inst B em 5 (50%). Observou-se que comumente era registrado somente a presença da UP e a realização do curativo. Quanto ao estágio da lesão, 6 (46,1%) dos prontuários na Instituição A, havia a informação de que os pacientes tinham UP em estágio IV. Na Inst B 3 (50%) dos prontuários que continham a informação da presença da UP não tinha especificação do estágio da lesão. O estadiamento ou classificação da UP é recomendado pelo *NPUAP* e tem como referência o grau de dano ao tecido. As demais características necessárias para a avaliação clínica da UP como dimensão da lesão (área em cm²), exsudato e tipo de tecido, não foram encontrados em nenhum dos prontuários das duas instituições.

Vale ressaltar que a enfermagem é responsável pelo registro das atividades realizadas na assistência de enfermagem. Os registros de enfermagem são constituídos de duas formas legais e éticas, a saber, 1 - evolução de enfermagem e 2 - a anotação de enfermagem. A evolução de enfermagem é responsabilidade exclusiva do enfermeiro(a) por constituir etapa da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Nessa etapa do processo, o enfermeiro tem o dever de registrar os resultados das ações de enfermagem prescritas. A anotação de enfermagem é responsabilidade do técnico e/ou auxiliar de enfermagem, que tem o dever de registrar no prontuário os procedimentos e reações apresentadas pelo paciente, de acordo com a prescrição de enfermagem, na SAE (COFEN, 1996). Sendo assim, a falta do registro das características da UP mostra o não cumprimento pelos profissionais de enfermagem das normas legais e éticas

vigentes.

Nogueira (2005), em estudo da ocorrência da UP em pacientes hospitalizados com LME, constatou que em 75% dos prontuários (n=47) não era registrada a dimensão da úlcera, dificultando a avaliação da intervenção adotada. Nas 22 úlceras registradas, não havia a classificação do estágio em 52,2% e em alguns casos havia apenas a menção da presença do curativo, sem a informação do produto utilizado. A autora do estudo enfatizou que a falta de documentação traz uma série de implicações entre elas a questão ética, por infringir o princípio da veracidade e a impossibilidade do profissional realizar avaliação efetiva dos resultados das intervenções.

A seguir, na Tabela 7, são apresentados os dados socioeconômicos dos sujeitos na segunda fase do estudo.

Tabela 7 – Distribuição da população na segunda fase do estudo, segundo as características socioeconômicas. Ribeirão Preto, SP, 2007 (n=22)

Variáveis	f	%
Ocupação após LME		
Sim	7	31,8
Não	15	68,2
Qual ocupação		
Representante comercial	1	4,5
Promotor de eventos	1	4,5
Artesanato	1	4,5
Contador	1	4,5
Comerciante	3	13,6
Não se aplica	15	68,2
Renda salarial		
Sim	18	81,8
Não	4	18,2
Renda salarial da pessoa com LME		
1 salário mínimo (SM)	8	36,4
2 a 4 (SM)	9	40,9
8 ou mais (SM)	1	4,5
Não tem renda pessoal	4	18,2
Número de pessoas no domicílio		
1 a 3	12	54,5
4 a 6	6	27,3
7 a 10	2	9,1
Mais de 10*	2	9,0
Renda total familiar (SM)		
1	3	13,6
2 a 4	9	40,9
5 a 7	3	13,6
8 ou mais	5	22,7
Não se aplica*	2	9,1
Cuidador principal		
Esposo(a)	12	54,5
Mãe	2	9,1
Irmão(ã)	1	4,5
Pessoa sem vínculo de parentesco	6	27,3
Filho(a)	1	4,5
Total	22	100,0

*Dois pacientes residem em casa de repouso.

Observa-se na Tabela 7 que a maioria dos indivíduos 15 (68,2%) não possui ocupação pós-lesão e que, dos 7 indivíduos (31,8%) que referiram ter ocupação, a de comerciante foi referida por 3 (13,6%). Quanto à renda salarial, 9 pacientes (40,9%) recebem de 2 a 4 salários mínimos (SM) e 8 (36,4%) recebem 1 SM. A renda total familiar mais freqüente é de 2 a 4 SM. Quanto ao cuidador principal, a maioria era a esposa para 12 indivíduos (54,5%), seguida de pessoa sem vínculo de parentesco 6 (27,3%).

Em relação às atividades laborais antes e após a LME, houve decréscimo grande de tais atividades com o advento da injúria. Antes da LME, 24 indivíduos trabalhavam (81,7%), quanto aos pacientes que foram a óbito não havia registro da ocupação no prontuário. Após a lesão, apenas 7 indivíduos trabalhavam (31,8%) e 15 (68,2%) não exerciam atividade laboral, o que implica que a situação econômica ficou prejudicada pela lesão medular. Nos Estados Unidos, dados do *NSC/SC* (2006), mostraram que mais de 64,2% das pessoas trabalhavam antes da LME. No pós-lesão, o quadro de emprego foi melhor para indivíduos com paraplegia do que com tetraplegia. Todavia, dez anos após a lesão, 32,4% das pessoas com paraplegia e 24,2% das pessoas com tetraplegia estavam empregadas.

5.2 Avaliação da independência funcional dos indivíduos com a utilização da escala para Medida de Independência Funcional (MIF)

Foram entrevistados no domicílio os 22 indivíduos que sofreram LME e seus cuidadores principais, quanto a questões relativas à independência funcional

no momento atual, utilizando a MIF. Este estudo limitou-se a avaliar a independência funcional após a alta.

O tempo pós-trauma no momento da avaliação variou entre 6 meses a 3 anos e 8 meses. A análise dos dados é apresentada, inicialmente, considerando os níveis de lesão medular e os escores da MIF: total, motor e cognitivo (Tabelas 8 e 9).

Os valores da MIF total e seus domínios em relação ao nível da LME estão apresentados na Tabela 8.

Tabela 8 – Valores e variações da MIF total nos domínios motor e cognitivo, segundo o nível de lesão medular. Ribeirão Preto, SP, 2007

Nível da lesão	Valores e variações	MIF total (escore 18-126)	MIF motora (escore 13-91)	MIF cognitiva (escore 5-35)
Cervical (n =11)	Média (dp)	70,2(24,9)	41,6(24,4)	28,6(7,3)
	Variação observ.	25 – 101	13 – 77	12 – 35
	Mediana	62,0	28,0	32,0
Torácica (n =10)	Média (dp)	90,3(23,6)	59,1(19,4)	31,2(5,9)
	Variação observ.	48-112	24-78	15-35
	Mediana	98,0	65,5	32,5
Lombar (n =1)	Média	109,0	74,0	35,0
Total (n =22)	Média (dp)	81,1(25,9)	51,0(23,4)	30,0(6,6)
	Variação observ.	25-112	13-78	12-35
	Mediana	90,0	61,5	32,5

Os resultados da MIF mostram que os indivíduos que sofreram LME em nível cervical, apresentaram valores menores dos escores quando comparados com os indivíduos que sofreram LME, em nível torácico e lombar, evidenciando que apresentam menor independência funcional. Entretanto, a MIF cognitiva obteve o valor máximo de variação, ou seja, 35, indicando efeito teto independente do nível

de lesão, resultado semelhante ao encontrado por Riberto et al. (2004). A literatura alerta que a avaliação da MIF para os domínios cognitivos que englobam compreensão, expressão, interação social, resolução de problemas e memória pode apresentar resultados falso negativos e, em contrapartida, o valor máximo encontrado denota que tais funções estão no platô de normalidade.

A seguir no Gráfico 1, estão apresentados os valores e variações das dimensões da MIF em relação ao nível de lesão para cada atividade, agrupadas em tarefas da MIF motora: autocuidado, controle de esfíncteres, mobilidade, locomoção e da MIF cognitiva: comunicação e cognição social.

Gráfico 1 – Valores médios e variações das dimensões da MIF segundo o nível de lesão. Ribeirão Preto, SP, 2007

Os resultados mostram que houve aumento nas médias dos escores quanto mais baixo o comprometimento do nível medular da lesão.

São apresentados a seguir, os Gráficos 2, 3 e 4, com os respectivos valores da MIF total, MIF motora e MIF cognitiva em relação ao nível de LME e tempo pós-lesão. O tempo está dividido em dois momentos, até 12 meses (6m a 12m) e 13 meses ou mais (13m a 3 anos e 8m).

Gráfico 2 – Valores médios e variações da MIF total em relação ao nível de lesão medular e tempo pós-trauma. Ribeirão Preto, SP, 2007

Gráfico 3 – Valores médios e variações da MIF motora em relação ao nível de lesão medular e tempo pós-trauma, Ribeirão Preto, SP, 2007.

Gráfico 4 – Valores médios e variações da MIF cognitiva em relação ao nível de lesão medular e tempo pós-trauma, Ribeirão Preto, SP, 2007

Observou-se no Gráfico 2, que as médias da MIF total dos indivíduos com LME em nível cervical e torácico apresentaram, no período até 12 meses pós-lesão, valores médios menores (média = 66,4 dp=30) em comparação com aqueles que têm tempo pós-lesão acima de 13 meses ou mais (média = 85,5 dp=23,9). Os valores médios da MIF motora, no Gráfico 3, mostraram aumento quando comparados aos desempenhos dos sujeitos nos períodos até 12 meses e 13 meses ou mais. Observou-se que o tempo constituiu fator relevante de influência sobre a MIF, entretanto, não foi verificada diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos de sujeitos.

Percebe-se no Gráfico 4, que a dimensão MIF cognitiva foi a única onde a diferença entre os grupos foi estatisticamente significativa quando se aplicou o teste de *Mann Whitney* ($p=0,010$).

No Gráfico 5, são apresentados os valores médios e variações da dimensão da MIF motora, considerando o nível de lesão e o tempo pós-trauma.

Gráfico 5 – Valores médios e variações das dimensões da MIF segundo o nível de lesão e tempo pós-trauma, Ribeirão Preto, SP, 2007

Os resultados mostram novamente aumento nas médias nos valores dos escores das tarefas da MIF motora em relação ao tempo pós-lesão, ou seja, com o passar do tempo, o indivíduo melhora a independência funcional.

Os valores e as variações da MIF do único indivíduo que apresenta lesão em nível lombar mostra que o escore com maior impacto para a independência funcional, para esse nível de lesão, é o da MIF autocuidado igual a 41,0. Entretanto, os valores da MIF mobilidade e locomoção apresentam redução nos valores.

As classificações dos níveis de dependência dos indivíduos avaliados, estão apresentadas na Tabela 9.

Tabela 9 – Classificação do nível de dependência segundo a MIF total e nível de lesão medular. Ribeirão Preto, SP, 2007

Escore	MIF Total				Nível de dependência
	Nível da lesão				
	Cervical n(%)	Torácica n(%)	Lombar n(%)	Total n(%)	
18 pontos	-	-	-	0(0%)	Dependência completa
19 – 60 pontos	4(36,4)	2(20,0)	0(0%)	6(27,3%)	Dependência máxima e moderada
61 -103 pontos	7(63,6%)	4(40,0)	0(0%)	11(50,0%)	Dependência mínima
104 -126 pontos	0(0%)	4(40,0)	1(100,0)	5(22,7%)	Independência moderada ou completa
Total	11(50,0%)	10(45,5%)	1(4,5%)	22(100,0%)	

Dos 22 indivíduos estudados, nenhum apresentou grau de dependência completa, 11 (50%) apresentaram dependência mínima, 6 (27,3%) dependência máxima e 5 (22,7%) independência moderada ou completa. Considerando os escores obtidos na avaliação, utilizando a MIF, 27,3% têm dependência máxima a

moderada, sendo que a maior parte desses indivíduos tem lesão no nível cervical e requerem, portanto, assistência de até 50%. No entanto, 7 indivíduos (63,6%), desse mesmo grupo, apresentam grau de dependência mínima, necessitando de assistência de até 25%.

Dos 10 (45,5%) indivíduos com LME torácica, 2 (20,0%) têm grau de dependência máxima, 4 (40%) têm grau de dependência moderada e 4 (40%), independência completa. O único indivíduo com lesão lombar tem grau de dependência modificada/completa.

Na Tabela 10 são apresentados a classificação do nível de dependência em relação à MIF total, o nível de lesão e o acompanhamento de reabilitação.

Tabela 10 – Classificação do nível de dependência em relação aos subescores da MIF total, nível de lesão e acompanhamento de reabilitação atualmente. Ribeirão Preto, SP, 2007

Nível da lesão	Faz acompanhamento de reabilitação atualmente	Nível de dependência funcional			TOTAL n(%)
		(2 - 3) n(%)	(4 - 5) n(%)	(6 - 7) n(%)	
Cervical	Sim	1(25,0)	4(57,1)	-	5(45,5)
	Não	3(75,0)	3(42,9)	-	6(54,5)
	Total	4(36,4)	7(63,6)	-	11(100,0)
Torácica	Sim	1(50,0)	2(50,0)	2(50,0)	5(50,0)
	Não	1(50,0)	2(50,0)	2(50,0)	5(50,0)
	Total	2(20,0)	4(40,0)	4(40,0)	10(100,0)
Lombar	Sim	-	-	1(100,0)	1(100,0)
	Total			1(100,0)	1(100,0)

1 (18 pontos)

2 - 3 (19 – 60 pontos) dependência máxima e moderada

4 - 5 (61-103 pontos) dependência mínima e supervisão, estímulo ou preparo

6 - 7 (104 -126 pontos) independência modificada ou completa

Dos 11 indivíduos com LME cervical, 5 (45,5%) fazem acompanhamento em serviço de reabilitação, sendo que um indivíduo apresenta nível de dependência

máxima e moderada, e 4(57,1%) dos indivíduos apresentam dependência mínima, 6 pacientes (54,5%) não fazem acompanhamento em serviço de reabilitação. Observou-se nos subescores da MIF, que os indivíduos com lesão medular em nível cervical apresentam os menores escores, o que indica maior nível de dependência, sendo, pois, o acompanhamento em serviço de reabilitação estratégia essencial para melhorar as condições do indivíduo.

Dos 10 indivíduos com LME torácica, apenas 5 fazem reabilitação. Entretanto, os dois grupos apresentam o mesmo nível de dependência, conforme descrito na tabela acima.

O indivíduo com LME lombar apresenta-se em acompanhamento de reabilitação e com nível de independência modificada, ou completa, quanto ao nível de dependência funcional.

5.3 Ocorrência de UP e problemas no funcionamento intestinal após a alta e a relação com os escores da MIF

Na Tabela 11, são apresentadas as ocorrências e as características clínicas das UP, segundo as instituições A e B, na segunda fase da pesquisa, ou seja, no momento da entrevista, no domicílio.

Tabela 11 – Distribuição da ocorrência e características clínicas da úlcera de pressão, segundo a instituição de origem na segunda fase da pesquisa. Ribeirão Preto, SP, 2007

Variáveis	Inst A(n=17) f (%)	Inst B(n=5) f (%)	Total(n=22) f (%)
Presença de UP			
Sim	5(29,4)	2(40,0)	7(31,8)
Não	12(70,6)	3(60,0)	15(68,2)
Total	17(77,3)	5(22,7)	22(100,0)
Local			
Sacral	2(11,8)	1(20,0)	3(13,6)
Trocanter	2(11,8)	-	2(9,1)
Calcâneo	1(5,9)	1(20,0)	2(9,1)
Não especificado	12(70,6)	3(60,0)	15(68,2)
Estágio			
I	1(5,9)	-	1(4,5)
II	2(11,8)	1(20,0)	3(13,6)
III	1(5,9)	1(20,0)	2(9,1)
IV	1(5,9)	-	1(4,5)
Não se aplica	12(70,6)	3(60,0)	15(68,2)
Dimensão (cm) (comprimento X largura)			
0,3 - 0,6	1(5,9)	-	1(4,5)
0,7 - 1,0		1(20,0)	1(4,5)
1,1 - 2,0	1(5,9)		1(4,5)
2,1 - 3,0	1(5,9)	1(20,0)	2(9,1)
3,1 - 4,0	1(5,9)		1(4,5)
4,1- 24,0	-		0(4,5)
> 24,0	1(5,9)		1(4,5)
Sem úlcera por pressão	12(70,6)	3(60,0)	15(68,2)
Quantidade de exsudato			
0- ausente	1(5,9)	-	1(4,5)
1- pequena	3(17,6)	1(20,0)	4(18,2)
2- moderada	1(5,9)	1(20,0)	2(9,1)
Sem úlcera por pressão	12(70,6)	3(60,0)	15(68,2)
Tipo de tecido			
1- tecido epitelial	2(11,8)	1(20,0)	3(13,6)
2- tecido de granulação	1(5,9)		1(4,5)
3- esfacelo	2(11,8)	1(20,0)	3(13,6)
Sem úlcera por pressão	12(70,6)	3(60,0)	15(68,2)
Quem faz curativo			
Não se aplica	12(70,6)	3(60,0)	15(68,2)
Cuidador	5(29,4)	2(40,0)	7(31,8)
Total	17(77,3)	5(22,7)	22(100,0)

Dos 22 indivíduos que participaram dessa fase do estudo, 17 (77,3%) eram provenientes da instituição A, onde 5 indivíduos (29,4%) apresentavam UP. Dos 5 indivíduos (22,7%) da instituição B que participaram do estudo, 2 (40%) tinham UP. Observou-se diminuição na ocorrência da UP em relação ao período de internação. Quanto às características clínicas da UP, os locais acometidos foram a região sacral, calcâneo e trocanter. A avaliação clínica da UP mostrou que os estágios variaram de I a IV, sendo encontrada maior predominância do estágio II, ou seja, 3 indivíduos (3,6%). Quanto à dimensão da lesão, essa variou de 0,3 a 24cm. Quanto ao resultado, variou de ausente à quantidade moderada, havendo maior predominância para a pequena quantidade em 4 pacientes (18,2%). O tipo de tecido variou de epitelial à presença de esfacelo. O tratamento das úlceras era sempre realizado pelo cuidador.

Na Gráfico 6 são apresentadas as orientações recebidas pelos indivíduos quanto à prevenção da UP, durante a hospitalização, nas duas instituições.

Gráfico 6 – Distribuição das orientações recebidas pela população do estudo quanto a prevenção da UP. Ribeirão Preto, SP, 2007

Dos 22 indivíduos pesquisados, 17 (77,3%) receberam algum tipo de orientação para prevenir UP. Dos 17 indivíduos da Inst A, 15 (88,2%) receberam as orientações e, desses, 4 (26,6%) tiveram UP. Dos 5 indivíduos da Inst B, somente 2 deles (40%) receberam as orientações de como prevenir a UP, entretanto, os mesmos tiveram UP. Das atividades preventivas apontadas, as mais referidas foram o uso de hidratante, seguida de reposicionamento no leito a cada 2 horas, uso de colchão especial, alívio com descompressão do peso a cada 15 minutos. Cuidados com a inspeção da pele não foram referidos por 18 (81,8%), assim como evitar massagear as proeminências ósseas também não foi referido por 17 pacientes (77,3%), travesseiros entre as proeminências ósseas, ou sob a panturrilha para aliviar a pressão nos calcâneos não foram referidas por 18 pacientes (81,8%) e 19 indivíduos (86,4%), respectivamente. A técnica de não reposicionar o indivíduo sobre o trocânter não foi referida como orientação recebida por 20 indivíduos (90,9%), assim como o uso do lençol móvel para movimentar o indivíduo não foi referido por 20 indivíduos (90,9%). As orientações referentes aos cuidados básicos com a pele, como a inspeção da pele, evitar água quente e fricção excessiva, não foram contemplados pela maioria. Observou-se que as orientações mais citadas foram aquelas relacionadas aos recursos tecnológicos, em detrimento das medidas preventivas mais simples.

No Gráfico 7 são apresentados os resultados da associação da MIF total e seus domínios em relação presença de UP.

Gráfico 7 – Valores médios e variações da MIF total e seu domínios em relação a presença da UP. Ribeirão Preto, SP, 2007

Observou-se que o grupo de indivíduo com UP apresentou os escores médios menores em relação aos participantes que não apresentaram a lesão. Através de regressão logística simples entre a MIF total e a UP dicotomizada, percebeu-se que ocorre efeito protetor, em que, a cada aumento de um ponto da MIF diminui a probabilidade de ocorrer o evento.

Na Figura 2 do Diagrama de Dispersão, estão apresentados os sujeitos com os respectivos valores da MIF total em relação a presença ou ausência da UP, representados no eixo y com os valores de 1 e 2 respectivamente. Observa-se que os indivíduos com MIF maior tendem a não ter UP.

Figura 2 - Diagrama de dispersão ilustrando a relação entre a MIF total e a presença ou não de UP e os escores

Na Tabela 12 são descritos níveis de dependência dos indivíduos, considerando o escore total da MIF e a presença de UP.

Tabela 12 – Classificação do nível de dependência em relação aos subescores da MIF total e presença de UP. Ribeirão Preto, SP, 2007 (n=22)

		Presença de Úlcera de Pressão		Total f (%)
Escore		Sim f (%)	Não f (%)	
	(2-3) 19-60: dependência máxima ou moderada	4 (57,1)	2 (13,3)	6 (27,3)
MIF Total	(4-5) 61-103: dependência mínima ou supervisão, estímulo, preparo	3 (42,9)	8 (53,3)	11 (50,0)
	(6-7) 104-126: independência modificada ou completa	0 (0)	5 (33,4)	5 (22,7)
	Total	7 (31,8)	15 (68,2)	22 (100,0)

Dos 6 indivíduos (27,3%) com nível de dependência máxima e moderada, 4 deles (57,1%) tiveram UP. Dos 11 indivíduos (50%) com nível de dependência mínima, 3 (42,9%) tiveram UP. No grupo dos 5 indivíduos com independência moderada ou completa, nenhum teve UP, confirmando que indivíduos mais dependentes de assistência têm mais risco para apresentarem UP, aspecto já bastante abordado na literatura nacional e internacional.

Na Tabela 13 são apresentados os resultados referentes ao funcionamento intestinal antes e após a LME.

Tabela 13 – Distribuição da população, segundo as variáveis clínicas referentes ao funcionamento intestinal antes e após a lesão. Ribeirão Preto, SP, 2007 (n=22)

		FUNCIONAMENTO INTESTINAL			
Variáveis		Antes da lesão		Após a lesão	
		F	(%)	f	(%)
Dificuldade para o funcionamento intestinal	Sim	3	13,6	15	68,2
	Não	19	86,4	7	31,8
Frequência	1 vez/dia	13	59,1	10	45,5
	2 vezes/dia	3	13,6	3	13,6
	Mais de 2 vezes/dia	1	4,5	1	4,5
	1 vez/semana	1	4,5	2	9,1
	Dias alternados	4	18,2	6	27,3
Características das fezes	Pastosa	16	72,7	7	31,8
	Dura	6	27,3	15	68,2
Horário de funcionamento	Manhã	12	54,5	10	45,5
	Tarde	7	31,8	7	31,8
	Noite	2	9,1	4	18,2
	Não definido	1	4,5	1	4,5
Qual dificuldade	Constipação	3	13,6	15	68,2
	Não se aplica	19	86,4	7	31,8

Dos 22 indivíduos, apenas 3 (13,6%) tinham constipação antes da lesão e 15 (68,2%) apresentaram constipação após a LME, observando-se, assim, interferência da condição no funcionamento intestinal. A literatura recomenda que é preciso investigar acerca do funcionamento intestinal antes do evento da LME, pois os hábitos anteriores referentes aos alimentos e líquidos ingeridos, atividades, entre outros, podem afetar o padrão de funcionamento intestinal após a lesão.

Antes da lesão, a maioria dos indivíduos (59,1%) apresentava frequência de evacuação 1 vez ao dia, com características das fezes pastosas para 72,7% dos indivíduos e, após, houve mudança tanto na frequência como na consistência, com maior número de indivíduos apresentando fezes de consistência dura. Quanto ao horário de evacuação, predominou o período da manhã, evidenciando manutenção do hábito. Verificou-se alteração no padrão de funcionamento intestinal pós-lesão. A predominância da LME para os indivíduos do estudo, em nível cervical e torácico, demonstra a necessidade de intervenção por meio de estratégias educativas para o tratamento do intestino neurogênico (FURLAN, 2001).

Nas Tabelas 14 são apresentadas as orientações recebidas pelos indivíduos durante a internação, quanto as possíveis complicações intestinais oriundas da LME. Observa-se que 8 pacientes (47%) receberam orientação na Instituição A e, na Instituição B, apenas um (20%) recebeu orientação.

Tabela 14 – Distribuição da população, segundo Instituição A e B em relação às orientações recebidas quanto às possíveis complicações intestinais após a lesão. Ribeirão Preto, SP, 2007 (n=22)

	Inst A		Inst B		Total f (%)
	Sim f (%)	Não f (%)	Sim f (%)	Não f (%)	
Impactação das fezes	6(35,2)	11(64,7)	1(20,0)	4(80,0)	22(100,0)
Hemorróida	3(17,6)	14(82,3)		5(100,0)	22(100,0)
Sangramento	2(11,8)	15(88,2)	1(20,0)	4(80,0)	22(100,0)
Incontinência fecal	3(17,6)	14(82,3)		5(100,0)	22(100,0)
Constipação	6(35,2)	11(64,7)	1(20,0%)	4(80,0)	22(100,0)
Diarréia	1(6,0)	16(94,1)		5(100,0)	22(100,0)
Total	17 (77,3)		5 (22,7)		22 (100,0)

Dos 17 indivíduos da Inst A, 11 (64,7%) não receberam orientações e, na Inst B, dos 5 indivíduos, 4 (80%) não foram orientados quanto às possíveis complicações

relacionadas ao funcionamento intestinal. A impactação das fezes e a constipação foram as orientações recebidas com maior frequência por 6 indivíduos (31,2%).

A LME acarreta muitas alterações, o indivíduo precisa saber como a lesão afetará seu corpo e quais complicações e riscos podem ocorrer de modo a comprometer os mecanismos de manutenção da vida. As orientações devem ser direcionadas para o paciente e ao seu cuidador, considerando as características clínicas da LME, de modo a individualizar o cuidado e oferecer ferramentas para que possam desempenhar as ações que visam atender a necessidade intestinal com segurança (FURLAN, 2001).

Oferecer ao indivíduo orientação acerca das alterações intestinais e práticas de autocuidado intestinal é fundamental, e o enfermeiro tem papel importante nesse procedimento. Segundo o Guia para Tratamento do Intestino Neurogênico a Adultos com Lesão de Medula Espinhal, do *Consortium for Spinal Cord Medicine (CSCM,1999)*, traduzido por Caliri, Furlan e Defino (2005), deve ser instituído Programa de Treinamento para Controle da Função Intestinal para todos os profissionais de saúde, pacientes e cuidadores, logo após a estabilização do choque medular, considerando o ambiente domiciliar e os recursos disponíveis.

Sartori (2005), em estudo referente às dificuldades vivenciadas pelos pacientes com LME, após a alta hospitalar, identificou que os mesmos não receberam informações adequadas quanto às alterações possíveis e, tampouco quanto às práticas que visam minimizar ou prevenir as complicações inerentes à LME. Vários indivíduos referiram não ter recebido informações elementares durante a internação em hospital terciário como, por exemplo, a sondagem intermitente, tendo recebido treinamento somente no centro de reabilitação.

No Gráfico 8 são apresentados os dados referentes às orientações recebidas quanto às práticas do autocuidado intestinal.

Gráfico 8a - Distribuição da população, segundo as orientações recebidas durante a internação na Instituição A, referentes às práticas de autocuidado intestinal. Ribeirão Preto, SP, 2007

Orientações das práticas de autocuidado

Gráfico 8b – Distribuição da população, segundo as orientações recebidas durante a internação na Instituição B, referentes às práticas de autocuidado intestinal. Ribeirão Preto, SP, 2007

Do total de indivíduos da Inst A, oito (47%) receberam orientação quanto a essas práticas e dos cinco indivíduos da Inst B, um (20%) referiu ter recebido essas orientações.

A prática de autocuidado intestinal recebida, durante a internação, com maior frequência foi a massagem abdominal, referida por 14 indivíduos da Inst A (82,3%) e por nenhum da Inst B. O controle nutricional foi referido por 12 indivíduos (70,6%) da Inst A, e por apenas um da Inst B (4,5%). O tratamento da constipação intestinal em indivíduos com LME deve iniciar com a adoção de dieta equilibrada, rica em fibras e com ingestão adequada de líquidos, assim como aumento das atividades diárias (CALIRI; FURLAN; DEFINO, 2005). Quanto ao toque dígito-anal, sete pacientes (41,2%) da Inst A e um (20%) da Inst B referiram tal prática. Entretanto, orientações para o uso de supositório, minienema e laxativo, não foram referidos como orientação recebida pela maioria dos pacientes das duas instituições. Observa-se, na Tabela 20, que as demais práticas descritas apresentam, em sua maioria, baixa frequência de orientação pela equipe.

O *CSCM* (1999 c) descreve que, a partir do nível de lesão, deve haver expectativa para o funcionamento intestinal. O intestino neurogênico é complicação observada após a LME, com dois padrões distintos de funcionamento intestinal. Os indivíduos que são acometidos pela LME em nível cervical ou torácico, apresentam o intestino reflexivo ou espástico. Para esse padrão de intestino neurogênico, o paciente não sente a necessidade de eliminar as fezes, porém, existe a peristalse reflexa coordenada pela medula abaixo da lesão. O esfíncter anal permanece fechado, necessitando de estímulo digital, ou químico, para a eliminação das fezes, que devem ser macias para facilitar o esvaziamento intestinal. Nesse estudo, 50% dos indivíduos apresentaram LME em nível cervical e 45,5% apresentaram a LME

em nível torácico, portanto, necessitam de orientações condizentes à sua condição clínica.

Os indivíduos com LME em nível lombar ou sacral apresentam o intestino arreflexivo ou flácido, com redução da peristalse e do controle reflexo do esfíncter anal. O intestino não é controlado pelos reflexos medulares, portanto, o paciente não sente necessidade de eliminar as fezes, podendo ocorrer perda de fezes facilmente. O cuidado intestinal não requer estimulantes químicos porque a resposta pode ser muito lenta, porém, as fezes devem ser removidas manualmente, por meio do toque dígito-retal até completo esvaziamento. Nesse estudo apenas um indivíduo teve LME em nível lombar.

No Gráfico 9 são descritas as práticas de autocuidado realizadas pelos participantes para o funcionamento intestinal no seu cotidiano.

Gráfico 9 – Distribuição das práticas de auto-cuidado para o funcionamento intestinal realizadas pelos sujeitos.

As práticas de autocuidado intestinal, referidas como mais realizadas, foram: ingestão de líquido (100%), massagem abdominal, realizada por 19 indivíduos (86,4%) seguidas do controle nutricional 15 (68,2%), uso de laxativo 13 (59,1%) e toque dígito-anal 11(50%) dos indivíduos. Verificou-se que houve incrementação das práticas de autocuidado intestinais realizadas, quando comparadas com as orientações recebidas na internação. Importante ressaltar que dos 22 indivíduos que participaram do estudo, 11 (50%), faziam acompanhamento em centro/serviço de reabilitação na ocasião da pesquisa, o que sugere ser fator de mudança na prática comportamental.

Importante aspecto na educação do indivíduo para o cuidado intestinal é levá-lo a obter um padrão previsível de evacuação, que diminua a incontinência ou a impactação das fezes, assim como a interferência do funcionamento intestinal nas outras atividades da vida diária. Em estudos acerca da eliminação intestinal de indivíduos com lesão de medula espinhal em reabilitação, foram verificadas respostas frente a um programa de reeducação intestinal. A constipação foi a alteração mais freqüente. As pesquisas apontaram que o referido programa deveria abordar o treinamento para o esvaziamento intestinal, considerando cuidados quanto à padronização de horários para as evacuações, posicionamento, seja no vaso sanitário ou na cama, manipulação digital ao redor do ânus, incentivo à ingestão de líquidos e adequação da alimentação quanto ao tipo de alimento e horário para as refeições (FARO, 1999; FURLAN, 2001; MADUREIRA, 2001; PADULA, 2003).

5.4 Características dos cuidadores, condições de cuidado no domicílio, acesso e utilização dos serviços de saúde

Conforme apresentado no modelo da CIF, a funcionalidade e a incapacidade dos indivíduos são determinadas pelo contexto ambiental onde as pessoas vivem e a avaliação das condições de vida é importante para o planejamento de ações de saúde e para a promoção de políticas de inclusão social. Assim, a incapacidade é resultante da interação entre a disfunção apresentada pelo indivíduo (no caso, a paraplegia ou tetraplegia), a limitação de suas atividades da vida diária e a restrição na participação social. Já os fatores ambientais podem agir como facilitadores ou barreiras para o exercício dessas atividades e da participação. Incluem itens referentes a produtos e tecnologia, ambiente natural como clima, luz e som, apoios e relacionamentos com a família imediata, “cuidadores” e assistentes sociais. Fazem parte do ambiente também as atitudes sociais e individuais, as normas e ideologias, os serviços, sistemas e políticas de previdência social, saúde, educação, trabalho, emprego e transporte dentre outros (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Considerando essa visão, a seguir são apresentados os resultados referentes às características dos cuidadores e às condições de cuidado no domicílio, tendo como parâmetro a independência funcional dos indivíduos, avaliada nas diferentes dimensões da MIF. São apresentados, ainda, os resultados referentes ao acesso e uso dos serviços de saúde e o seu impacto na prevalência de úlcera de pressão e na independência dos participantes para superar as dificuldades relacionadas à realização das tarefas do cotidiano.

Na Tabela 15, são apresentadas as características dos cuidadores dos indivíduos com LME, indivíduos do estudo.

Tabela 15 – Distribuição das características demográficas e socioeconômicas dos cuidadores principais dos indivíduos com LME. Ribeirão Preto, SP, 2007 (n=22)

Variáveis	Cuidadores	
	f	f%
SEXO		
Feminino	19	86,4
Masculino	3	13,6
FAIXA ETÁRIA (anos)		
14 a 28	5	22,7
29 a 39	8	36,4
40 a 50	5	22,7
51 a 61	4	18,2
OCUPAÇÃO ANTERIOR		
serv.gerais	8	36,4
comerciante	2	9,1
do lar	4	18,2
estudante	1	4,5
auxiliar de enfermagem	3	13,6
policial militar	1	4,5
outra	3	13,6
OCUPAÇÃO ATUAL		
serviços gerais	3	13,6
comerciante	4	18,2
do lar	8	36,4
estudante	1	4,5
auxiliar de enfermagem	3	13,6
policial militar	1	4,5
outra	2	9,1
RESIDE NA MESMA RESIDÊNCIA		
Sim	19	86,4
Não	3	13,6
RECEBE SALÁRIO		
Sim	3	13,6
Não	19	86,4
CUIDADOR PRINCIPAL		
esposos/a	12	54,5
irmão/ã	3	13,6
mãe	2	9,1
filho/a	1	4,5
sogra	1	4,5
Funcionário de casa de repouso	2	9,0
Funcionário particular	1	4,5

Dos 22 cuidadores, a maioria (86,4%) era do sexo feminino, com idade entre 29 e 39 anos. Quanto à ocupação do cuidador, os dados especificam que a maioria (36,4%) trabalhava em serviços gerais antes da ocorrência da LME e, após, passaram a se ocupar somente com as atividades do lar e de cuidado ao familiar com LME. Quanto à remuneração, somente 3 recebem benefício financeiro pelo trabalho que desempenham. Os outros 19 (86,4%) cuidadores pertencem à família, residindo no mesmo local, sendo esposa, irmã, mãe, filha ou sogra.

Observa-se, assim, que o cuidado familiar é visto como atividade feminina e extensão do trabalho das mulheres da família.

Na literatura revisada, verificou-se que existe concordância com os dados deste estudo, no que se refere ao perfil descrito. Faro (1999), em estudo acerca da vivência do cuidador familiar do lesado medular no domicílio, também mostrou que a maioria dos cuidadores era do sexo feminino, possuía ligação familiar com o indivíduo com lesão medular e não tinha atividade remunerada fora de casa. Blanes (2005), em estudo para avaliar a qualidade de vida dos cuidadores de paraplégicos, também apontou predominância do sexo feminino entre os cuidadores (81,66%), com média de idade de 35,8 anos, no entanto, apenas 20% , não tinham vínculo empregatício, desenvolvendo apenas atividades restritas ao lar. A autora citada investigou ainda a sobrecarga e a qualidade de vida dos cuidadores familiares e identificou que esses apresentaram impacto negativo na qualidade de vida em todas as dimensões avaliadas pelos instrumentos, sendo que as mais comprometidas estavam relacionadas aos aspectos emocionais, físicos, dor e vitalidade.

Acredita-se que o fornecimento de orientações pelos profissionais de saúde, quanto às ações para auxiliar no autocuidado das pessoas com dependência, pode melhorar a recuperação no espaço domiciliar. Essa orientação

precisa focalizar a independência funcional.

Na Tabela 16 é apresentada a distribuição dos indivíduos com lesão cervical, quanto ao nível de dependência para o autocuidado e para atividades da vida diária, considerando as dimensões da MIF motora e cognitiva.

Tabela 16 – Distribuição da dependência funcional dos indivíduos com lesão cervical nas dimensões e categorias da MIF total.
Ribeirão Preto, SP, 2007

MIF Total Dimensões e categorias	Nível de dependência funcional													
	1		2		3		4		5		6		7	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
MIF MOTOR														
AUTOCAUIDADO														
Alimentação	1	9,1	3	27,3	2	18,2	4	36,4			1	9,1		
Higiene pessoal	2	18,2	2	18,2			2	18,2	1	9,1	3	27,3	1	9,1
Banho	3	27,3	1	9,1	2	18,2	2	18,2		0	2	18,2	1	9,1
Vestir-se acima da cintura	4	36,4	1	9,1	1	9,1	1	9,1	1	9,1	1	9,1	2	18,2
Vestir-se abaixo da cintura	6	54,5			1	9,1			1	9,1	1	9,1	2	18,2
Uso do vaso sanitário	6	54,5					1	9,1			2	18,2	2	18,2
CONTROLE DE ESFÍNCTERES														
Controle de urina	5	46,5					1	9,1	1	9,1			4	36,4
Controle de fezes	2	18,2			2	18,2	2	18,2	1	9,1	2	18,2	2	18,2
MOBILIDADE														
Transferência leito, cadeira, cadeira de rodas	5	45,5	1	9,1			1	9,1	1	9,1	2	18,2	1	9,1
Transferência vaso sanitário	6	54,5									4	36,4	1	9,1
Transferência chuveiro/banheiro	6	54,5							3	27,3	1	9,1	1	9,1
LOCOMOÇÃO														
Marcha/cadeira de rodas	9	81,8			1	9,1			1	9,1				
Escada	11	50,0												
MIF COGNITIVO														
COMUNICAÇÃO														
Compreensão					1	9,1			1	9,1	1	9,1	8	72,7
Expressão			1	9,1	1	9,1			1	9,1	3	27,3	5	45,5
COGNICÃO SOCIAL														
Interação social					1	9,1			2	18,2	3	27,3	5	45,5
Resolução de problemas	2	18,2	1	9,1	1	9,1					5	45,5	2	18,2
Memória					2	18,2			2	18,2	3	27,3	5	45,5

1- dependência total; 2- dependência máxima; 3- dependência moderada; 4- dependência mínima; 5- supervisão; 6- independência modificada; 7- independência completa

Na Tabela 17 é apresentada a distribuição dos indivíduos com lesão torácica, quanto ao nível de dependência para o autocuidado e para atividades da vida diária, considerando as dimensões da MIF motora e cognitiva.

Tabela 17 – Distribuição do nível de dependência funcional dos indivíduos com lesão torácica nas dimensões e categorias da MIF total. Ribeirão Preto, SP, 2007 (n=10)

MIF total Dimensões e categorias	Nível de dependência funcional (n=10)													
	1		2		3		4		5		6		7	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
MIF MOTOR														
AUTOCUIDADO														
Alimentação									1	10,0	2	20,0	7	70,0
Higiene pessoal									2	20,0	3	30,0	5	50,0
Banho			1	10,0					2	20,0	5	50,0	2	20,0
Vestir-se acima da cintura	1	10,0							1	10,0	2	20,0	6	60,0
Vestir-se abaixo da cintura	2	20,0							1	10,0	2	20,0	5	50,0
Uso do vaso sanitário	2	20,0							1	10,0	2	20,0	5	50,0
CONTROLE DE ESFÍNCTERES														
Controle de urina	5	50,0					2	20,0	1	10,0	2	20,0		
Controle de fezes	3	30,0							1	10,0	3	30,0	3	30,0
MOBILIDADE														
Transferência leito, cadeira, cadeira de rodas	3	30,0					1	10,0	1	10,0	2	20,0	3	30,0
Transferência vaso sanitário	3	30,0					1	10,0	1	10,0	2	20,0	3	30,0
Transferência chuveiro/banheiro	3	30,0			1	10,0	0	0	2	20,0	2	20,0	2	20,0
LOCOMOÇÃO														
Marcha/cadeira de rodas	6	60,0					1	10,0	2	20,0	1	10,0		
Escada	10	50,0												
MIF COGNITIVO														
COMUNICAÇÃO														
Compreensão	1	10,0											9	90,0
Expressão					1	10,0					1	10,0	8	
COGNIÇÃO SOCIAL														
Interação social									2	20,0	1	10,0	7	70,0
Resolução de problemas	1	10,0			1	10,0			2	20,0	2	20,0	4	40,0
Memória	1	10,0									4	40,0	5	50,0

1- dependência total; 2- dependência máxima; 3- dependência moderada; 4- dependência mínima; 5- supervisão; 6- independência modificada; 7- independência completa

Nos indivíduos com lesão medular cervical, a maior dependência foi encontrada nas atividades vestir-se abaixo da cintura (54,5%) e uso do vaso sanitário (54,5%), seguido do vestir-se acima da cintura (36,4%) e banho (27,3%). Cinco participantes (45,5%) apresentavam dependência total do cuidador para o controle da urina e transferência para fora do leito e mais de 80% deles tinham dependência total para locomoção. No aspecto de comunicação e cognição social, a maior parte era independente. Já os indivíduos com lesão torácica, são independentes ou necessitam apenas de supervisão para a realização das atividades de autocuidado. Entretanto 5 indivíduos (50%), apresentam dependência total no aspecto controle de urina e 3 (30%) no controle de fezes, transferência do leito e para o vaso sanitário e chuveiro. Quanto à locomoção, 6 indivíduos (60%) têm dependência total. Segundo as diretrizes para a prática clínica do *Consortium for Spinal Cord Medicine* em relação ao autocuidado intestinal, paciente com LME C1 a C5 são totalmente dependentes de um cuidador, C6 a C8 necessitam de assistência parcial de um cuidador, de T1 a T9 espera-se pela independência funcional, T10 a L1 e L2 a S5 também são independentes no cuidado intestinal em condições adequadas (CSCM, 1999).

A dependência total e máxima dos indivíduos para essas atividades significa a necessidade de um cuidador para o auxílio máximo no atendimento das necessidades básicas da vida diária, que facilitam a manutenção da saúde e a participação do indivíduo na sociedade (WEITZEKAMP et al., 2002).

Nos Estados Unidos, essa assistência representa o aspecto mais comum e dispendioso para as pessoas com lesão medular, representando 44% do custo total do tratamento, entretanto, mais de 70% do serviço prestado não é pago, pois é prestado por membros da família (WEITZEKAMP et al., 2002).

Na Tabela 18 são apresentados os números de horas utilizadas pelos cuidadores para atender as necessidades dos sujeitos.

Tabela 18 - Apresentação do número de horas diárias utilizadas pelo cuidador na assistência ao indivíduo com LME. Ribeirão Preto, SP, 2007.

Número de horas utilizadas pelo cuidador					
Nível de lesão	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Mediana
Cervical (n=11)	10,0	3,4	5,0	15,0	10,0
Torácica (n=10)	8,0	2,8	4,0	12,0	8,0
Lombar (n=1)	4,0	-	4,0	4,0	4,0
Total (22)	8,5	3,0	4,0	15,0	8,0

O tempo total de assistência por dia variou de 4 a 15 horas, com média de 8,5 e (dp=3). Os indivíduos com LME em nível cervical necessitam de mais tempo de cuidado com a média de 10 horas (dp=3,4); em nível torácico, a média foi de 8 horas (dp=2,8); lombar a média foi de 4 horas. Riberto et al. (2005), em estudo para avaliação de independência funcional de um grupo de pacientes com LME, observaram que a lesão cervical esteve associada à maior dependência funcional do que a lesão em nível torácica e essa apresentou maior dependência funcional do que quando no nível lombar.

Observou-se, neste estudo, que os indivíduos com lesão em nível cervical tiveram MIF total menor do que aqueles com nível torácico e esses têm MIF menor que o indivíduo com LME em nível lombar. Realizado teste de correlação de Pearson, com a associação entre a MIF total e o tempo de assistência requerida,

obteve-se valor de ($R = -0,793$), mostrando que há correlação estatisticamente significativa entre as duas variáveis, ou seja, quanto menor o valor da MIF total maior o número de horas requeridas de cuidado.

Na Tabela 19, são apresentadas as atividades realizadas pelo cuidador no atendimento das necessidades dos indivíduos com lesão medular, considerando os seguintes itens da atividade: aquisição do material, preparo do material, auxílio no procedimento, cuidador realiza toda atividade voltada para o indivíduo que tem dependência total. Essas atividades foram descritas pelo *Corsortium for Spinal Cord Medicine* como sugestões de avaliação pelo cuidador para nortear o plano de reabilitação (CSCM, 1999 c).

Tabela 19 - Distribuição da frequência dos indivíduos com LME em relação as atividades realizadas pelo cuidador no atendimento das necessidades, segundo o nível de lesão. Ribeirão Preto, SP, 2007

Atividades	Aquisição f (%)	Preparo do material f (%)	Auxílio no procedimento f (%)	Dependência total para procedimento f (%)
FUNÇÃO INTESTINAL				
Cervical (n=11)	8 (72,8)	8 (72,8)	8 (72,8)	5 (45,5)
Torácica (n=10)	6 (60,0)	5 (50,0)	4 (40,0)	2 (20,0)
FUNÇÃO VESICAL				
Cervical (n=11)	7 (63,6)	7 (63,6)	7 (63,6)	4 (36,4)
Torácica (n=10)	7 (70,0)	5 (50,0)	4 (40,0)	1 (10,0)
ALIMENTAÇÃO				
Cervical (n=11)	10 (90,9)	10 (90,9)	10 (90,9)	9 (81,8)
Torácica (n=10)	10 (100,0)	10 (100,0)	8 (80,0)	4 (40,0)
Lombar (n=1)		1 (100,0)	1 (100,0)	1 (100,0)
CUIDADOS PESSOAIS				
Cervical (n=11)	10 (90,9)	9 (81,8)	10 (90,9)	6 (54,5)
Torácica (n=10)	10 (100,0)	6 (60,0)	6 (60,0)	1 (10,0)
HIGIENE E BANHO				
Cervical (n=11)	9(81,8)	7(63,6)	7(63,6)	6(63,6)
Torácica (n=10)	8(80,0)	6(60,0)	5(50,0)	1(10,0)
MOBILIDADE				
Cervical (n=11)	6(54,5)	6(54,5)	6(54,5)	5(45,5)
Torácica(n=10)	4(40,0)	3(30,0)	5(50,0)	1(10,0)
TRANSF. CADEIRA DE RODAS/BANHO				
Cervical (n=11)	8 (72,8)	8 (72,8)	9 (81,8)	6 (54,5)
Torácica (n=10)	6 (60,0)	6 (60,0)	8 (80,0)	1 (10,0)
TRANSF. LEITO/CADEIRA, CADEIRA DE RODAS				
Cervical (n=11)	7 (63,6)	7 (63,6)	8 (72,8)	6 (54,5)
Torácica (n=10)	6 (60,0)	6 (60,0)	7 (70,0)	1 (10,0)
LOCOMOÇÃO (MARCHA/CADEIRA DE RODAS				
Cervical (n=11)	9 (81,8)	7 (63,6)	7 (63,6)	6 (54,5)
Torácica (n=10)	8 (80,0)	6 (60,0)	5 (50,0)	1 (10,0)
Lombar (n=1)	1 (100,0)	1 (100,0)	1 (100,0)	
TAREFAS DIÁRIAS DO LAR				
Cervical (n=11)	11 (100,0)	11 (100,0)	11 (100,0)	10 (100,0)
Torácica (n=10)	10 (100,0)	10 (100,0)	10 (100,0)	10 (100,0)
Lombar (n=1)		1 (100,0)	1 (100,0)	1 (100,0)

O indivíduo com lesão medular, no nível lombar, mostrou-se independente para a maioria das necessidades, porém, para as atividades domésticas, como alimentação e tarefas do lar e atividade de locomoção, mostrou dependência total da assistência do cuidador. A maioria dos indivíduos com LME (90,9%) apresentou alguma dependência para a atividade referente à alimentação, sendo 81,8% com dependência total. Nas demais atividades tais como função intestinal, função vesical, cuidados pessoais/vestir-se, banho, mobilidade no leito, transferência cadeira de roda/banho, os indivíduos foram mais dependentes do que deveriam ser, se tivessem acesso às condições adequadas de reabilitação considerando as Diretrizes para a prática clínica do *Corsortium for Spinal Cord Medicine*.

Na Tabela 20, são apresentados os resultados da MIF total, motora, autocuidado e as atividades de controle de esfíncter, referentes ao auxílio desenvolvido pelo cuidador para o atendimento da necessidade de funcionamento intestinal.

Tabela 20 – Distribuição da MIF total, motora e das dimensões autocuidado e controle de esfíncter em relação às atividades de auxílio realizadas pelo cuidador no atendimento da necessidade do funcionamento intestinal. Ribeirão Preto, SP, 2007

MIF	Atividades de auxílio do cuidador no atendimento da necessidade do funcionamento intestinal						Total dependência	
	Aquisição		Preparo		Auxílio		Sim	Não
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não		
	n =14	n=8	n=13	n=9	n=12	n =10	n=7	n=15
MIF Total								
Média	68,7	102,9	65,7	103,4	62,8	103,1	49,8	95,7
Desvio padrão	24,29	9,06	22,79	6,83	21,23	6,53	12,48	15,14
Motor								
Média	39,0	72,1	36,9	71,4	34,4	71,0	23,0	64,1
Desvio padrão	20,9	6,03	20,03	6,82	18,68	6,58	7,00	15,02
Autocuidado								
Média	22,6	38,1	20,7	39,1	19,5	38,8	14,1	34,9
Desvio padrão	12,20	4,29	10,96	2,61	10,40	2,65	7,0	8,20
Controle de esfíncter (controle de fezes)								
Média	6,3	10,6	6,4	10,1	6,1	10,1	3,6	9,9
Desvio padrão	3,93	4,03	4,093	4,07	4,12	3,84	2,57	3,53

Os indivíduos com dependência do cuidador têm MIF menor do que os pacientes que não requerem auxílio. Observa-se que 14 indivíduos (63,6%) necessitam de auxílio para a aquisição, 13 (59%) para o preparo e 12 (54,5%) para o auxílio no procedimento.

Os cuidadores receberam algumas orientações durante a hospitalização inicial, quanto às atividades de aquisição e preparo do atendimento à função intestinal quanto à compra de laxantes, fraldas e preparo de material necessário.

Quanto ao tipo de orientação, 9 (40,9%) foram referentes à estimulação mecânica, 6 (27,3%) à ministração de medicação estimulante e 16 (72,7%) ao controle da dieta para favorecer a eliminação.

Na Tabela 21 são apresentados os níveis de dependência quanto ao funcionamento intestinal.

Tabela 21 – Distribuição dos indivíduos com lesão medular em relação ao nível de dependência dos cuidados para as atividades referentes ao funcionamento intestinal. Ribeirão Preto, SP, 2007

Nível de dependência	Controle de esfíncter: controle das fezes f (%)	Autocuidado: uso do vaso sanitário f (%)
1 Dependência total	5(22,7)	8(36,4)
2 Dependência máxima	0(0)	0(0)
3 Dependência moderada	2(9,1)	0(0)
4 Dependência mínima	2(9,1)	2(9,1)
5 Supervisão, estímulo ou preparo	3(13,6)	2(9,1)
6 Independência modificada	5(22,7)	7(31,8)
7 Independência completa	5(22,7)	3(13,6)
Total	22(100,0)	22(100,0)

Observa-se que 8 (36,4%) indivíduos têm dependência total para o uso do vaso sanitário em decorrência da dificuldade com o equipamento necessitando do cuidador para irem até o vaso. Entretanto, apenas 5 pacientes (22,7%) têm dependência para a dimensão controle de esfíncter-controle das fezes.

Os indivíduos com independência modificada e independência completa têm a mesma frequência (22,7%) e a independência modificada para o uso do vaso sanitário é encontrada em 7 pacientes (31,8%).

Quanto ao auxílio para o funcionamento intestinal, 17 (77,3%) dos

cuidadores prestam assistência ao indivíduo, sendo a estimulação mecânica com massagem abdominal e toque dígito-anal o cuidado mais freqüente, realizado por 9 cuidadores (41%). Quanto ao nível de LME, onze indivíduos têm lesão cervical, portanto, espera-se que tenham dependência para tal necessidade, por apresentarem intestino reflexivo. O controle nutricional foi referido por 16 (72,7%) dos cuidadores como cuidado observado para o bom êxito no funcionamento intestinal.

O nível de lesão medular determina as perdas sofridas pelo indivíduo relacionadas à capacidade física ou sensorial, entretanto, o perfil da funcionalidade vai depender da ação facilitadora exercida pelo meio ambiente, onde vive e interage. Nesse aspecto, a avaliação do acesso, uso e formas de utilização do sistema de saúde assume importância para identificação das facilidades e barreiras que influenciam os resultados obtidos em termos de condição de saúde.

A reabilitação deve se iniciar desde a primeira hospitalização, após a LME, e atender às necessidades específicas de cada indivíduo, com abordagem interdisciplinar que pode prevenir as complicações iniciais e diminuir o custo total da assistência. Atraso para iniciar essas ações pode influenciar negativamente a sua independência funcional e prolongar o tempo de reabilitação (KIRSHBLUM et al., 2007; RIBERTO et al., 2005).

Na Tabela 22, são apresentados os dados referentes ao acesso e uso dos serviços de saúde pelos participantes do estudo, no momento da entrevista.

Tabela 22 - Distribuição da frequência dos indivíduos quanto às variáveis referentes à acessibilidade e utilização dos serviços de saúde. Ribeirão Preto, SP, 2007

Variáveis	(n=22)	%
Encaminhamento ao serviço de saúde após a alta		
Ambulatório HCFMRP-USP	15	68,2
Clínica de fisioterapia-UNAERP	1	4,5
Clínica de fisioterapia Barão de Mauá	2	9,1
Convênio privado	2	9,1
Encaminhado ao centro de reabilitação especializado		
Não	22	100,0
Foi para centro especializado de reabilitação		
Sim*	6	27,2
Não	16	72,8
Faz acompanhamento em centro de reabilitação		
Especializado/Serviço de Reabilitação		
Sim	11	50,0
Não	11	50,0
Local onde faz acompanhamento de reabilitação atualmente		
Rede Sarah de Hospitais do Aparelho Locomotor	3	13,6
HCFMRP-USP	5	22,7
Clínica de fisioterapia-UNAERP	1	4,5
Clínica de fisioterapia Barão de Mauá	1	4,5
Convênio/fisioterapia	1	4,5
Não se aplica	11	50,0
Utiliza algum serviço de saúde atualmente		
Sim	18	81,8
Não	4	18,2
Cadastro em UBDS		
Sim	20	90,9
Não	2	9,1
UBS do bairro		
Sim	16	72,7
Não	5	22,7
Não se aplica	1	4,5
Convênio		
Sim	5	22,7
Não	17	77,3
Qual serviço de saúde utiliza		
UBDS	2	9,1
UBS bairro	8	36,4
Outra UBS	1	4,5
Ambulatório HC	7	31,8
Unidade de emergência	6	27,3
Outros serviços	6	27,3
Finalidade da utilização do serviço de saúde		
Consulta médica	16	72,7
Atendimento de fisioterapia	10	45,5
Atendimento de enfermagem (curativo)	3	13,6
Atendimento de psicologia	1	4,5
Atendimento de terapia ocupacional	3	13,6
Visitas domiciliares		
Fisioterapeuta	6	27,3
Médico	4	18,2
Enfermeiro	3	13,6
Assistente social	3	13,6
Psicólogo	-	
Terapeuta ocupacional	-	

* Rede Sarah de Hospitais do Aparelho Locomotor

Dos 22 indivíduos com LME, 20 (90,9%) estavam cadastrados em UBDS do município de Ribeirão Preto, sendo que 16 (72,7%) estavam cadastrados na UBS do bairro em que residem.

A maioria dos indivíduos foi encaminhada para serviços de saúde após a alta, o local mais freqüente foi o ambulatório do HCFMRP-USP, referido por 15 indivíduos (68,2%), entre os outros locais, em menor freqüência, estão o Serviço de Fisioterapia da UNAERP, o Serviço de Fisioterapia da Barão de Mauá e serviço vinculado a convênio privado.

Nenhum indivíduo referiu ter sido encaminhado ao centro especializado em reabilitação, no entanto, seis (27,3%) buscaram espontaneamente pelo serviço. A Rede Sarah de Hospitais do Aparelho Locomotor constitui em um Centro de Reabilitação de nível terciário, com equipes multidisciplinares e recursos e equipamentos sofisticados para reabilitação, que atende pacientes do SUS, encaminhados de toda parte do Brasil. Os indivíduos foram atendidos nas cidades de Belo Horizonte (MG) e Brasília (DF).

A literatura revisada orienta que a reabilitação deve ser iniciada tão logo se estabilize a lesão medular e quanto mais precoce for o atendimento, melhor o impacto da reabilitação no que tange a formas de enfrentamento e alcance de soluções apropriadas para cada indivíduo (RIBERTO et al., 2005).

Quanto ao acompanhamento atual em serviço e/ou centro de reabilitação, 11 (50%) indivíduos estão em acompanhamento, desses, 3 continuam em seguimento no Rede Sarah de Hospitais do Aparelho Locomotor, 5 estão em acompanhamento no ambulatório do HCFMRP-USP e os demais em outros serviços exclusivos de fisioterapia. Os indivíduos que não estão em seguimento (50% do total) afirmaram ter dificuldades quanto a transporte e falta de vaga.

Acerca da utilização dos serviços de saúde, atualmente 18 (81,8%) indivíduos referiram utilizá-los, sendo que apenas 2 (9,1%) utilizam a UBDS, 8 (36,4%) a UBS do bairro onde residem, 7 (31,8%) o ambulatório do HCFMRP-USP, 6 (27,3%) a Unidade de Emergência do HCFMRP-USP e 6 (27,3%) utilizam outros serviços. Quanto à finalidade da utilização dos serviços de saúde, 16 (72,7%) referiram realizar consulta médica, 10 (45,5) atendimento de fisioterapia, 3 (13,6%), pelo atendimento de enfermagem para a realização de curativo, 3 (13,6%) atendimento de terapia ocupacional e apenas 1 (4,5%) para atendimento com a psicóloga.

La Vela et. al., (2004) em uma análise do uso dos serviços de saúde pelos Americanos Veteranos de Guerra com lesão medular, considerando a proximidade geográfica das residências, identificaram que, quando os serviços eram distantes, o uso era menor. Os indivíduos que mais utilizavam os serviços ambulatoriais eram do sexo feminino, com predomínio maior de idosos, não brancos e com problemas respiratórios, do trato urinário, digestivo e circulatório. O uso de serviços para hospitalização era menor à medida que se aumentava a distância geográfica da residência. Entretanto, a idade, sexo, estado conjugal e nível da lesão não estavam relacionadas ao uso. Problemas respiratórios, do trato urinário, digestivo, circulatório, da pele e tecidos subcutâneos estavam associados ao maior uso do serviço para internação. Os autores discutem que o uso menos freqüente pode estar associado a problemas adicionais de mobilidade, entretanto, o relacionamento com os profissionais e preferências dos pacientes também interferem na decisão de qual serviço será utilizado, mesmo que a distância percorrida seja maior. Várias abordagens como mudança de local, abertura de novos pontos de serviços, uso de serviços móveis, telecomunicações e assistência

domiciliar têm sido propostas para levar até o paciente a assistência necessária.

Quanto às visitas domiciliares realizadas aos indivíduos com LME, observou-se que os profissionais que fizeram algumas visitas foram fisioterapeuta, (27,3%), médico 4 (18,2%), enfermeiro e assistente social (13,6%).

Na Tabela 23 é apresentada a distribuição da frequência das variáveis referentes à reinternação por complicações.

Tabela 23 - Distribuição da frequência dos indivíduos e das causas em relação a hospitalização por complicações. Ribeirão Preto, 2007 (n=22)

Variáveis	f	%
Reinternação		
Sim	11	50,0
Não	11	50,0
Número de reinternações*		
Nenhuma reinternação	11	50,0
1	3	13,7
2	1	4,5
3	2	9,0
4	1	4,5
5	0	0
6	3	13,7
10	1	4,5
Total de reinternações	43	100,00
*Causas das reinternações		
UP infectada	16	34,0
Infecção do trato urinário	17	36,0
Problema respiratório	5	10,6
Dor	1	2,2
Infecção da ferida cirúrgica	1	2,2
Osteomielite decorrente da UP	1	2,2
Cirurgia plástica	3	6,4
Cirurgia	3	6,4
Total das causas	47	100,0

*1 paciente teve 2 causas

Quanto às reinternações, o número variou de uma a dez, totalizando 43 reinternações. Vários foram os motivos que levaram a reinternações, sendo que a maior frequência foi infecção do trato urinário (36,0%), seguida de UP(34,0%) problema respiratório, entre outros e um caso de osteomielite, que levou o paciente a seis reinternações e culminou em óbito.

Dryden et. al. (2004) desenvolveram no Canadá um estudo caso-controle com o seguimento por 6 anos de indivíduos com LME e indivíduos aleatoriamente selecionados da população geral, emparelhados quanto idade, sexo e região de residência. Identificaram que os indivíduos com LME tiveram 2,6 vezes maior frequência de re-hospitalização, com tempo maior de internação e requeriram 30 vezes mais horas de assistência domiciliar. Quanto as complicações secundárias, 46,6% foram tratados por infecção de trato urinário, 33,8% por pneumonia, 27,5% por depressão e 19,7% por UP. Concluíram que a LME acarreta uma grande sobrecarga ao serviços de saúde em decorrência das complicações secundárias. Argumenta-se que, as complicações secundárias, podem ser reduzidas pela melhoria do bem estar subjetivo dos indivíduos, decorrentes do aumento do engajamento no autocuidado e nas atividades de manutenção da saúde, assim como na diminuição das barreiras para performance dos papéis sociais (CSCM, 1999).

Nos Estados Unidos, as UP correspondem a aproximadamente 25% do custo total do tratamento das pessoas com LME, tendo um custo anual estimado de 1,2 bilhões de dólares para o sistema de saúde americano (KRAUSE, et.al., 2001).

Na Tabela 24 são apresentados os valores da MIF total e MIF motora, considerando o acompanhamento atual em serviço de reabilitação.

Tabela 24 – Distribuição da MIF total e motora considerando o acompanhamento atual em Serviço de Reabilitação, Ribeirão Preto, 2007

	Faz reabilitação		TOTAL
	SIM	NÃO	
MIF Total (18-126)			
n	11	11	22
Média (dp)	85,8 (21,4)	76,4 (30,2)	81,1 (25,9)
Variação observada	54 – 111	25 – 112	25 – 112
Mediana	86,0	94,0	90,0
MIF Motora (13-91)			
N	11	11	22
Média(dp)	54,4 (21,5)	47,6 (25,8)	51,0 (23,4)
Variação observada	24 – 77	13 – 78	13 – 78
Mediana	65,0	59,0	61,5

Dos 22 indivíduos, 11 (50%) estavam em acompanhamento em serviços de reabilitação e apresentaram valores da MIF total e da MIF motora maiores do que os que não estavam em acompanhamento. Observou-se que a reabilitação influenciou os valores da MIF. Espera-se que, com a melhora da independência funcional do sujeito haja diminuição do grau de dependência. Entretanto, não se verificou diferença estatisticamente significativa entre o grupo que faz reabilitação e o grupo que não faz reabilitação sobre os escores da MIF.

No Gráfico 10, são apresentados os dados referentes aos valores e variações das dimensões da MIF, em relação ao acompanhamento em serviço de reabilitação.

Gráfico 10 - Valores médios e variações das dimensões da MIF, considerando o total de indivíduos e acompanhamento atual de reabilitação. Ribeirão Preto, SP, 2007

Os resultados apresentados no Gráfico 10, mostram que a reabilitação aumenta os escores da MIF, levando, portanto, o indivíduo a maior grau de independência funcional. Entretanto, não é grande o impacto observado entre as médias. Observa-se também que a LME quase não afeta a MIF comunicação e cognição social.

No Gráfico 11, estão apresentados os valores e variações da MIF total e seus domínios em relação ao nível de LME, tempo pós-lesão e acompanhamento em serviço de reabilitação e tempo pós-lesão.

Gráfico 11 – Valores médios e variações da MIF total e motora em relação ao acompanhamento de reabilitação e tempo pós-lesão. Ribeirão Preto, SP, 2007

Os resultados mostram que todos os indivíduos que tinham até 12 meses de lesão e estavam em acompanhamento em serviço de reabilitação tiveram melhores escores na MIF total e motora quando comparados com todos aqueles que não estavam em acompanhamento em serviço de reabilitação nesse período. Entretanto, tal impacto não foi observado nos valores da MIF dos participantes que estavam em acompanhamento de reabilitação, no período de 13 meses ou mais. Importante enfatizar que, após 13 meses, os valores da MIF total e MIF motora se equipararam para os dois grupos, sendo que as médias da MIF total dos indivíduos em reabilitação foi de 85,6 (dp=24,35) e dos indivíduos que não faziam reabilitação foi de 85,3 (dp= 24,8). A análise bi-variada entre MIF e tempo de lesão e MIF e reabilitação, não se mostraram estatisticamente significante.

No Gráfico 12, são apresentados os valores das dimensões da MIF com as variações obtidas em cada atividade dos domínios da MIF motora e da MIF cognitiva em relação ao nível de lesão e acompanhamento em serviço de reabilitação.

Gráfico 12 – Valores médios e variações MIF total, motora e cognitiva em relação ao nível de lesão medular e acompanhamento atual de reabilitação. Ribeirão Preto, SP, 2007

Os resultados mostram que os indivíduos com LME cervical em acompanhamento de reabilitação apresentam aumento nas médias da MIF total, MIF motora e MIF cognitiva em relação à MIF dos indivíduos que não fazem acompanhamento de reabilitação. No entanto, para a lesão torácica, os indivíduos que não fazem reabilitação tendem ter valores de MIF total e MIF motora maiores do que os indivíduos que fazem acompanhamento de reabilitação.

O indivíduo com lesão em nível lombar apresenta valores da MIF próximos dos valores máximos, evidenciando, assim, a afirmativa de que quanto mais baixo o nível da lesão melhor o potencial de independência funcional.

Nas Tabelas 25 26 e 27 são apresentados os resultados das variações obtidas dos diferentes domínios da MIF motora e da MIF cognitiva em relação à lesão cervical, torácica, lombar e acompanhamento em serviço de reabilitação.

Tabela 25 – Distribuição dos valores e variações das dimensões da MIF, segundo o nível de lesão cervical e acompanhamento atual de reabilitação. Ribeirão Preto, SP, 2007

Nível da lesão	Faz acompanhamento de reabilitação atualmente	Valores e variações	MIF autocuidado (6-42)	MIF controle esfíncter (2-14)	MIF mobilidade (3-21)	MIF locomoção (2-14)	MIF comunicação (3-21)	MIF Cognitiva social (3-21)
Cervical	Sim (n=5)	Média(d.p.)	25,0(10,6)	8,8(4,1)	11,2(7,1)	2,8(1,8)	12,6(1,7)	17,2(3,8)
		Variação Observada	11-39	4-13	3-18	2-6	10-14	11-20
		Mediana	26,0	8,0	15,0	2,0	13,0	19,0
	Não (n=6)	Média(d.p.)	18,3(14,4)	7,5(5,6)	8,3(8,3)	2,3(,81)	11,6(3,6)	16,0(5,4)
		Variação Observada	6-40	2-14	3-21	2-4	5-14	7-21
		Mediana	11,5	6,5	3,0	2,0	13,5	18,0
	Total (n=11)	Média(d.p.)	21,4(12,7)	8,1(4,8)	9,6	2,5(1,3)	12,1(2,8)	16,5(4,6)
		Variação Observada	6-40	2-14	3-21	2-6	5-14	7-21
		Mediana	19,0	8,0	4,0	2,0	13,0	19,0

Observa-se que os escores, em todos os domínios das dimensões da MIF para os indivíduos com lesão em nível cervical, são menores para aqueles que não fazem acompanhamento de reabilitação. Esse nível de lesão corresponde a sérios agravantes que decorrem da LME, relacionados ao comprometimento de funções básicas fisiológicas como padrão respiratório, equilíbrio hemodinâmico, entre outros, sendo assim, é imperioso o acompanhamento de reabilitação para minimizar riscos potenciais de complicações. A literatura recomenda que indivíduos com LME em nível cervical devem iniciar o mais precocemente possível a reabilitação, pois o atraso dessa implica em menor ganho funcional (RIBERTO et al., 2005).

Na Tabela 26, são apresentados os resultados das variações obtidas das dimensões da MIF dos indivíduos que apresentam lesão torácica e lesão lombar em relação ao acompanhamento em serviço de reabilitação.

Tabela 26 – Distribuição dos valores e variações das dimensões da MIF, segundo o nível de lesão torácica, lombar e acompanhamento atual de reabilitação. Ribeirão Preto, SP, 2007

Nível da lesão	Faz acompanhamento de reabilitação atualmente	Valores e Variações	MIF autocuidado (6-42)	MIF controle esfíncter (2-14)	MIF mobilidade (3-21)	MIF locomoção (2-14)	MIF comunicação (3-21)	Mif Cognitiva social (3-21)
Torácica	Sim (n=5)	Média (d.p.)	32,4(9,7)	8,4(3,8)	12,0(8,4)	4,4(2,3)	13,8(,44)	18,4(1,7)
		Variação Observada	17-41	2-12	3-20	2-7	13-14-	17-21
		Mediana	36,0	10,0	15,0	5,0	14,0	18,0
	Não (n=5)	Média (d.p.)	36,8(6,2)	7,0(5,3)	14,4(6,9)	2,8(1,8)	12,4(3,6)	17,8(5,1)
		Variação Observada	26-42	2-13	3-21	2-6	6-14	9-21
		Mediana	39,0	6,0	17,0	2,0	14,0	20,0
	Total (n=10)	Média (d.p.)	34,6(8,0)	7,7(4,4)	13,2(7,4)	3,6(2,1)	13,1(2,5)	18,1(3,6)
		Variação Observada	17-42	2-13	3-21	2-7	6-14	9-21
		Mediana	38,5	9,0	16,0	2,0	14,0	18,5
Lombar	Sim (n=1)	Média (d.p.)	41,0	8,0	18,0	7,0	14,0	21,0

Identificou-se que, no período após a alta hospitalar, 7 (31,8%) dos indivíduos apresentaram UP e naqueles que tiveram UP, os valores da MIF eram menores.

A seguir é apresentado no Gráfico 13, a distribuição dos valores e dimensões da MIF e a presença de UP para os indivíduos que participaram ou não da reabilitação.

Gráfico 13 – Valores médios e variações da MIF total e motora quanto à reabilitação atual e presença de úlcera de pressão. Ribeirão Preto, SP, 2007

Do grupo de indivíduos que fizeram reabilitação, somente 2 (18,2%) tiveram UP, já no grupo que não fez reabilitação, 5 (45,5%) tiveram UP. Nos indivíduos acompanhados em serviço de reabilitação, os que não apresentaram UP tiveram os valores médios da MIF total maiores do que a média daqueles que tiveram UP. Todos os indivíduos que não fazem reabilitação os que não têm UP apresentam MIF maior do que os indivíduos que não fazem reabilitação e têm UP. A MIF motora média dos indivíduos que fazem reabilitação é menor nos que não têm UP do que naqueles que apresentam UP, o que contraria os resultados encontrados na MIF total.

Na Tabela 27, apresenta-se a relação entre os aspectos da MIF que podem apresentar associação com a presença de UP (dependência para autocuidado, controle de esfíncter, mobilidade e locomoção).

Tabela 27 – Distribuição dos valores e variações das dimensões da MIF, quanto à reabilitação atual e presença de úlcera de pressão. Ribeirão Preto, SP, 2007

Reabilitação	Presença de UP		TOTAL
	SIM	NÃO	
SIM	(n=2)	(n=9)	(n=11)
MIF autocuidado			
Média (dp)	28,0(2,8)	30,2(11,7)	29,8(10,5)
Variação Observada	26-30	11-41	11-41
Mediana	28,0	36,0	30,0
NÃO	(n=5)	(n=6)	(n=11)
MIF autocuidado			
Média (dp)	12,6(7,9)	38,5(3,0)	26,7(14,6)
Variação Observada	2-26	33-42	6-42
Mediana	10,0	39,0	33,0
SIM	(n=2)	(n=9)	(n=11)
MIF controle de esfíncter			
Média (dp)	9,5(4,9)	8,3(6,5)	8,5(3,5)
Variação Observada	6-13	2-13	2-13
Mediana	9,5	8,00	8,00
NÃO	(n=5)	(n=6)	(n=11)
MIF controle de esfíncter			
Média (dp)	3,8(3,0)	10,2(4,9)	7,3(5,2)
Variação Observada	2-9	2-14	2-14
Mediana	2,0	12,5	6,0
SIM	(n=2)	(n=9)	(n=11)
MIF mobilidade			
Média (dp)	15,5(0,7)	11,4(7,9)	12,2(7,2)
Variação Observada	15-16	3-20	3-20
Mediana	15,5	15,0	15,0
NÃO	(n=5)	(n=6)	(n=11)
MIF mobilidade			
Média (dp)	3,0 (0)	17,8(2,9)	11,1(8,0)
Variação Observada	3-3	13-21	3-21
Mediana	3,0	17,5	13,0
SIM	(n=2)	(n=9)	(n=11)
MIF locomoção			
Média (dp)	4,0(2,8)	3,9(2,3)	3,9(2,2)
Variação Observada	2-6	2-7	2-7
Mediana	4,0	2,00	2,00
NÃO	(n=5)	(n=6)	(n=11)
MIF locomoção			
Média (dp)	2,4(0,9)	2,7(1,6)	2,5(1,3)
Variação Observada	2-4	2-6	2-6
Mediana	2,0	2,0	2,0

Observa-se que as médias da dimensão de autocuidado são maiores para os indivíduos que não têm UP, independente da reabilitação, ou seja, indivíduos que fazem reabilitação e os que têm MIF maior, não apresentam UP.

Para os indivíduos que não fazem reabilitação, a média para a dimensão de autocuidado é maior para os que não têm UP.

Para a média da MIF da dimensão controle de esfíncter em indivíduos que fazem reabilitação é maior para os indivíduos que têm UP. Entretanto, a média da MIF controle de esfíncter em indivíduos que não fazem reabilitação é menor para aqueles que têm UP. Observa-se a média de 3,8 com variação de 2,0 - 9,0. Para a MIF mobilidade os indivíduos que fazem reabilitação e que apresentam valores da MIF têm UP e aqueles que não fazem reabilitação, porém, têm UP, apresentam as médias menores.

A média da MIF locomoção é maior para os indivíduos que fazem reabilitação e têm UP. Para aqueles que não fazem reabilitação, a média da MIF locomoção é menor para os indivíduos que têm UP.

A análise estatística, usando a regressão logística múltipla com a variável desfecho, ou resposta presença ou ausência de UP, tendo como preditores a reabilitação (sim ou não), o tempo de lesão (até 12 meses, 13 meses ou mais) e os escores da MIF motora evidenciou que o único preditor associado com a presença da UP, estatisticamente significativa, foi a MIF motora. De fato, para um modelo utilizando o método de entrada forçada (*Forced Enter Method no SPSS*), com a inclusão dos três preditores simultaneamente, verificou-se que o único preditor que se apresentou estatisticamente associado para o nível de significância de $\alpha=0,05$ foi a MIF motora. Isto é, para cada incremento unitário nos escores da MIF motora, resultou em redução de aproximadamente 6,8% nas chances de desenvolver UP.

Destacou-se que a remoção dos dois preditores (reabilitação e tempo pós-lesão), em uma segunda execução do modelo de regressão logística, não alterou o resultado para os escores da MIF motora, $p=0,018$ e $RC=0,938$.

Na Figura 3 do Diagrama de dispersão estão apresentados os indivíduos com os respectivos valores da MIF motora em relação a presença ou ausência de UP representados no eixo y pelos números 1 e 2 respectivamente. Observa-se que os indivíduos com MIF motora maior não tendem a ter UP.

Figura 3 - Diagrama de dispersão ilustrando a relação entre a MIF motora e a presença ou não de UP e os escores

A seguir são apresentadas as orientações recebidas pelo cuidador quanto à assistência ao indivíduo com LME no domicílio e as práticas para a prevenção da UP e para auxílio do funcionamento intestinal. Do total de indivíduos, 11 (50%) receberam tais orientações.

Tabela 28 – Distribuição dos cuidadores em relação às orientações recebidas quanto às práticas para a prevenção da UP e auxílio para o funcionamento intestinal para a assistência ao indivíduo com LME no domicílio. Ribeirão Preto, 2007, SP (n=22)

Variáveis	f	%
RECEBEU ORIENTAÇÕES		
Sim	11	50,0
Não	11	50,0
ACOMPANHA O PACIENTE NO RETORNO		
Sim	17	77,3
Não	5	22,7
PREVINE UP		
Sim	15	68,2
Não	7	31,8
AUXÍLIA QUANDO O PACIENTE NÃO CONSEGUE EVACUAR		
Sim	17	77,3
Não	5	22,7
TIPO DE AUXÍLIO		
ESTIMULAÇÃO MECÂNICA		
Sim	9	40,9
Não	13	59,1
MEDICAÇÃO ESTIMULANTE		
Sim	6	27,3
Não	16	72,7
Total	22	100,0
CONTROLE NUTRICIONAL		
Sim	16	72,7
Não	6	27,3
DIFICULDADE PARA CUIDAR ADEQUADAMENTE DO PACIENTE		
Sim	17	77,3
Não	5	22,7
QUAL DIFICULDADE		
Financeira/transporte	17	77,3
Falta de vaga serv. de reabilitação	8	36,4
Demora para o atendimento*	1	4,5
Não se aplica	5	22,7
PACIENTE E FAMÍLIA ESTÃO MOTIVADOS PARA A REABILITAÇÃO		
Sim	20	90,9
Não	2	9,1

*Paciente é mecânico e tem que fechar oficina o dia todo

Dos 22 cuidadores, 11 (50%) receberam orientação para cuidar do paciente com LME no domicílio. Quanto às medidas para a prevenção da UP, 15

cuidadores (68,2%) referiram ter recebido as orientações. Verificou-se, nos indivíduos, que a ocorrência da UP no domicílio diminuiu em relação ao período de internação. Do total, 7 indivíduos (31,8%) apresentaram a UP, sendo que dos 28 indivíduos na primeira etapa, 19 (67,9%) tiveram UP durante a primeira internação. Entretanto, na fase pós-lesão no domicílio, dos 7 indivíduos com UP, todos tinham LME em nível cervical e 4 (57,1%), tinham a UP desde a internação, porém, com melhora das características clínicas. Desses, 2 indivíduos residiam em casa de repouso, um tinha como cuidador principal um trabalhador de enfermagem, que não residia no domicílio e o outro tinha como cuidadora a filha de 15 anos.

Dentre as dificuldades para cuidar adequadamente do indivíduo no domicílio, 17 cuidadores (77,3%), referiram como principal dificuldade, a questão financeira, de transporte, seguida da falta de vaga em serviço de reabilitação, para 8 pacientes (36,4%). Importante ressaltar, entretanto, que 90,9% dos indivíduos referiram estar motivados para o seguimento de reabilitação.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu caracterizar os indivíduos com LME internados em hospitais de Ribeirão Preto, no período de janeiro de 2003 a julho de 2006, identificar as limitações funcionais e as complicações do funcionamento intestinal e o desenvolvimento de UP no período após a alta. Buscou-se identificar, ainda, os cuidadores e os aspectos relacionados ao cuidado domiciliar quanto ao nível de auxílio oferecido pelo cuidador ao indivíduo com LME e as condições de acesso e utilização dos serviços de saúde.

Rotineiramente, observa-se, no caso do paciente com LME, que, diante da eminência da alta hospitalar, alguém da família geralmente assume a continuidade do cuidado. Essa pessoa, que não participou da assistência prestada no hospital, desconhece muitas vezes as alterações oriundas do problema de saúde e os cuidados inerentes ao processo de cuidado.

Observou-se, no estudo em questão, que o atendimento às necessidades dessa população foi feito em grande parte por pessoas da família que não tinham o preparo em vários aspectos do cotidiano e tampouco dispunham de recursos necessários. O estudo mostrou que o paciente, ao receber alta, e o seu familiar e/ou cuidador não recebiam todas as orientações necessárias para atender a necessidade de eliminação intestinal e de prevenção da UP.

Quanto à UP, cada instituição deve ter equipe especializada nos cuidados da pele para instituir o conhecimento e assessorar os profissionais sobre as práticas mais adequadas, assim como para educar os pacientes, cuidadores para a continuidade do cuidado no domicílio. Cada episódio deve ser considerado uma experiência de aprendizagem, onde os fatores sistêmicos que contribuem para a ocorrência podem ser identificados para serem corrigidos.

Observou-se que a frequência da UP diminuiu no período pós-lesão,

principalmente nos indivíduos com LME em acompanhamento de reabilitação que apresentavam escores maiores de MIF total, portanto, maior independência funcional.

Quanto ao funcionamento intestinal, verificou-se que os indivíduos, em sua maioria, demonstraram dependência para a necessidade intestinal e necessitavam de auxílio do cuidador principalmente para o uso do vaso sanitário, sugerindo que a falta de equipamentos apropriados como, por exemplo, cadeira de rodas de fácil manejo poderia constituir limitação para o melhor nível de independência.

As barreiras para a obtenção do cuidado adequado e do material necessário precisam ser identificadas para minimizar a ocorrência de complicações. O cuidado de qualidade deve ser esperado como norma em cada instituição de saúde. O *Consortium Spinal Cord Injury* mostra, através das diretrizes, que há expectativa de resultados funcionais em relação ao nível da LME, porém, enfatiza o recurso do equipamento para a obtenção de tais resultados.

Quanto ao autocuidado intestinal, existem graus de independência funcional associados a vários fatores tais como nível da LME, tipo de lesão, comportamento do indivíduo e motivação da família. Os pacientes com LME em nível lombar são capazes de serem independentes no manejo do intestino. O funcionamento intestinal geralmente se dá pela contração dos músculos abdominais e extração manual, supositórios não são eficazes devido à perda dos reflexos sacrais. Já os pacientes com lesão cervical e torácica mantêm a atividade reflexa que auxilia o esvaziamento intestinal. Os programas de treinamento do funcionamento intestinal devem considerar os padrões anteriores à lesão para estabelecer metas de reabilitação. Tais programas devem ser iniciados tão logo se

estabilize o quadro de choque medular e incluir o preparo do paciente, cuidador e profissionais envolvidos com a assistência.

Riberto et al. (2005) afirmam que, no Brasil, os pacientes entram em programas de reabilitação em média entre 16 e 24,2 meses após a LME, o que dificulta a comparação com os dados internacionais, quando os pacientes iniciam a reabilitação em sua maioria até 4 meses pós-lesão.

Os autores acima mostraram que o grupo de indivíduos que iniciou a reabilitação mais precocemente, considerando a instalação da LME, tinha piores desempenhos funcionais considerando os valores da MIF motora, assim, os indivíduos com LME mais antigas apresentavam, em média, maior independência funcional

Nessa pesquisa observou-se que a reabilitação constituiu fator relevante para a melhora da independência funcional no primeiro ano pós-lesão, evidenciados por aumento nos valores da MIF total. Entretanto, os achados apontam também, em consonância com estudo de Riberto et al. (2005), para a hipótese de que houve aquisição de independência funcional por outros meios e não pela reabilitação formal em serviços especializados, ou seja, os pacientes têm problemas que precisam ser resolvidos para o desempenho das atividades de vida diárias e desenvolvem as habilidades no próprio contexto de suas vidas. Essa situação demonstra os riscos para a saúde a que estão submetidos, pois, indivíduos com maiores incapacidades deveriam ter acesso precoce aos serviços de reabilitação para a prevenção de complicações que aumentam a morbidade e a mortalidade e a melhoria da funcionalidade. Os serviços especializados também deveriam ser regionalizados para facilitar o acesso e utilização com reduzidos recursos socioeconômicos.

Embora a independência funcional esperada, ao final do primeiro ano após acidente, para os indivíduos com lesão cervical, nem sempre pode ser alcançada, devido às variações referentes à idade, sexo e comorbidades, a assistência ministrada nos primeiros meses, após a lesão, é crucial para monitorar, tratar e prevenir as complicações que levam a futuras morbidade e mortalidade. A reabilitação deve incluir a educação do indivíduo e família, o treinamento para que cada indivíduo possa direcionar o seu próprio cuidado, assim como suporte emocional e social. A exposição do paciente a tecnologias que permitam a obtenção do máximo nível de independência em ambiente apropriado faz a diferença na decisão do retorno para viver com a família ou ser institucionalizado (KIRSBLUM et al., 2007).

Quanto ao acesso e utilização do serviço de saúde, observou-se que a maioria dos indivíduos buscaram pelos serviços de saúde do SUS e estavam cadastrados nas unidades básicas de saúde do bairro em que reside, porém, identificou-se que não há integração entre os serviços de saúde do município, considerando o preparo para a alta ou acompanhamento para a reabilitação em grande parte dos casos, embora diversas categorias de profissionais prestem assistência aos pacientes em situações agudas ou episódios de complicações. Essa situação está relacionada à grande frequência de hospitalizações decorrentes de complicações que poderiam ser evitadas ou amenizadas com assistência integrada, continuidade e centralizada no indivíduo e familiar.

Para tanto, entende-se que é necessário que exista um trabalho voltado para a preparação do indivíduo e família/cuidador, para o enfrentamento do problema e continuidade do cuidado no domicílio.

Observa-se, na prática profissional, que a assistência à saúde, de um

modo geral, está estruturada de forma a mostrar lacunas quanto ao aspecto do preparo para a continuidade do cuidado, no domicílio, após a alta hospitalar.

A importância dos resultados obtidos com o planejamento de alta, que mostram clientes melhor preparados, mais seguros e satisfeitos com a assistência, ocasionam menor número de reinternações devido ao suporte recebido durante a hospitalização para o enfrentamento de problemas passíveis de resolução no próprio domicílio.

A alta hospitalar para o paciente com LME requer uma série de recursos que possibilitem a integração, coordenação e continuidade do tratamento para manutenção da vida. Tanto o paciente quanto a família/cuidador precisam engajar-se no processo de recuperação e reabilitação, reunindo os recursos necessários e isso implica adquirir novos conhecimentos e habilidades, de modo a adaptar-se às condições impostas pela atual situação (RODRIGUES, 1993).

Vários estudos apresentam a utilização da estratégia de gerenciamento de caso, como alternativa adequada para a assistência ao paciente com LME, por constituir clientes com alta demanda de recursos e requerer, desse modo, complexo gerenciamento de caso (CASARIN et al., 2001; HOEMAN et.al, 1990; CIOCHI et.al, 1994).

Em estudo realizado por Gonzales (2000), sobre a utilização da estratégia de gerenciamento de caso para a organização do cuidado no processo de alta do paciente com lesão medular em uma instituição universitária de Ribeirão Preto, a autora constatou, nos depoimentos dos profissionais investigados, que não existia planejamento das atividades da equipe e tampouco coordenação do cuidado. A assistência pela equipe de saúde era feita seguindo as rotinas hospitalares, cada profissional realizando sua atividade dentro da abrangência da sua área de trabalho.

Apesar da complexidade que envolve os pacientes com LME, acredita-se, aqui, na importância e necessidade de modificar a prática de enfermagem, a forma de assistir o indivíduo e a família, visando melhorar a qualidade dessa assistência e atender às necessidades do indivíduo e família/cuidador, para que estejam em condições de enfrentar os desafios do cotidiano.

Compreende-se, a partir dos resultados desta pesquisa, que a intervenção de enfermagem deve avançar os limites da prática ritualística e rotineira, de modo a construir um modelo de assistência que privilegie a necessidade real do cliente, enquanto agente participante do seu processo de cuidado. Para tal, o enfermeiro deve dispor da estratégia legal e ética da Sistematização da Assistência de Enfermagem, de modo a individualizar o cuidado e alcançar melhores resultados para atendimento dessa população, em parceria com os outros membros da equipe multidisciplinar.

7 REFERÊNCIAS

AMERICAN SPINAL INJURY ASSOCIATION. INTERNATIONAL MEDICAL SOCIETY OF PARAPLEGIA. ASIA/IMSOP. **Padrões internacionais para classificação neurológica de lesões na medula espinhal**: revisado 1996. Trad. Tarciso P. Barros, Fernando Mendes. Chicago: ASIA, 1996.

BANNING, M. Conceptions of evidence, evidence-based medicine, evidence-based practice and their use in nursing: independent nurse prescribers views. **Journal of Clinical Nursing**, v.14 2005.

BERGSTROM, N.; ALLMAN. R.M.; CARLSON. C.R **Pressure ulcers in adults: prediction and prevention clinical practice guideline**. Quick reference for clinicians. Rockville: Department of Health Device/Agency for Health Care Policy and Research, 1992.

BERGSTROM, N. ALLMAN. R.M.; CARLSON. C.R. Multisite study of incidence of pressure ulcers and the relationship between risk level, demographic characteristics, diagnoses, and prescription of preventive intervention. **Journal American Geriatrics**, Rockville. MD. v. 44, n. 1, p. 22- 30, 1996.

BLANES, L. **Short-Form-36 e Caregivers Burden Scale em cuidadores primários de paraplégicos**. 2005. 75 f. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde. Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. Programa de Atenção a saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. **Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema único de Saúde**: Planejamento e organização dos serviços; Brasília, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Brasília: Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, 2001a.

BYRNE, D. W.; SALZBERG, C. A. Major risk factors for pressure ulcers in the spinal cord disabled: a literature review. **Spinal Cord Injury**, 1996.

CAFER, C. R. **Diagnósticos de enfermagem e proposta de intervenções para pacientes com lesão de medula espinhal**. 2003. Dissertação (Mestrado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2003.

CALIRI, M. H. L. Spinal cord injury and pressure ulcers. **Nursing Clinics of North America**, v. 40, p. 337-347, 2005.

CALIRI, M. H. L.; PIEPER, B.; BENFAT, F. B. S. **Úlcera de pressão, úlceras venosas e doenças venosas: avaliação e tratamento do pe diabético**. 2002. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/prijetos/feridas>. Acesso em: 07 fev. 2006.

CALIRI, M. H. L.; FURLAN, M. L. S.; DEFINO, H. L. Tratamento do intestino neurogênico em adultos com lesão da medula espinhal. Diretrizes para uma prática baseada em evidências. **Coluna**, São Paulo, v. 4, n. 2, 2005.

CARCINONI, M.; CALIRI, M. H. L.; NASCIMENTO, M. S. Ocorrência de úlcera de pressão em indivíduos com lesão traumática da medula espinhal. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 9, n. 1, 2005.

CARPENITO, L. J. **Plano de cuidados de enfermagem e documentação Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos**: trad. Ana Maria Vasconcelos Thorell. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

CASARIN, S. N. A.; VILLA, T. C. S; CALIRI, M. H. L; GONZALES, R. I. C; SASSAKI, C. M. Enfermería y gerenciamento de caso. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, p. 88-90, jul. 2001.

CIOSCHI, H.M.;GOODMAN, C. L. A lifetime case management model for persons with spinal cord injury. **Journal Case Management.**, v.3,n.3, p.117-123,1994.

CHAVES, L. D. P.; ANSELM, M. L. Produção de internações hospitalares pelo Sistema Único de Saúde no município de Ribeirão Preto, SP. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 4, p.583-592, 2006.

CIOSCHI, H. M.; GOODMAN, C. L. A lifetime case management model for persons with spinal cord injury. **Journal Case Management**, v. 3, n. 3, p. 117-123, 1994.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN, 36, 31/1996 Registro de Enfermagem Decisão homologada pelo COFEN através da decisão COFEN nº 001/2000 4/1/2000 acerca do registro de enfermagem. Lei 7498 de 25 de junho 1986.

CONSORTION FOR SPINAL CORD MEDICINE (CSCM). **Autonomic disreflexia: what you should know: medical emergency**. Washington, D.C.: Paralyzed Veterans of America, 1997.

CONSORTION FOR SPINAL CORD MEDICINE (CSCM). **Neurologic bowel manegement in aduts whith spinal cord injury**: clinical practice guidelines. Washington, D.C.: Paralyzed Veterans of America, 1998.

CONSORTION FOR SPINAL CORD MEDICINE (CSCM). **Neurologic bowel manegement in aduts whith spinal cord injury**: clinical practice guidelines. Washington, D.C.: Paralyse Veterans of America, 1999a.

CONSORTION FOR SPINAL CORD MEDICINE (CSCM). **Neurologic bowel**: what you know: a guide for people whith spinal cord injury. Washington, D.C.: Paralyse Veterans of America, 1999b.

CONSORTIUM FOR SPINAL CORD MEDICINE (CSCM). **Outcomes following traumatic spinal cord injury**: clinical practice guidelines for health-care professionals. Washington, D.C.: Paralyse Veterans of America, 1999c.

CONSORTIUM FOR SPINAL CORD MEDICINE (CSCM). **Pressure ulcer prevention and treatment following spinal cord injury**: a clinical practice guideline for health-care professionals. Washington, D.C.: Paralyzed Veterans of America, 2000.

COSTA, V. S. P. **Efeito do uso da cinta abdominal elástica na função respiratória de indivíduos lesados medulares na posição ortostática**. 2005. 94 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

DEFINO, H. L. A. Trauma raquimedular. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 32, n. 4, p. 388-400, 1999.

DRYDEN, D.M.; SAUNDERS, L.D.; ROWE, B.H; MAY, L.A.; YIANNAKOULIAS, N.; SVENSON, L.W.; SCHOPFLOCHER, D.P.; VON KLANDER, D.C. Utilization of health services following spinal cord injury: a 6 year follow-up study. **Spinal cord**, v.42 n.9, p.513-525, 2004.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 2, p.187-193, 2005.

FARO, A. C. M. **Estudo das alterações da função sexual em homens paraplégicos**. 1991. 98 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

FARO, A. C. M. **Do diagnóstico à conduta de enfermagem**: a trajetória do cuidar na reabilitação do lesado medular. 1995. 208 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

FARO, A. C. M. **Cuidar do lesado medular em casa**: a vivência singular do cuidador familiar. 1999. 129 f. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

FARO, A. C. M. Enfermagem em reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, 2006.

FREITAS, M. C. **Condição crônica de saúde do adulto**: análise do conceito. 1999. 138 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

FURLAN, M. L. S. **Identificação das práticas de autocuidado referentes ao funcionamento intestinal em pacientes com trauma raquimedular**. 2001. 127 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O. Prática baseada em evidências: estratégias para sua implementação na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 1, 2003.

GONZALES, R. I. C. **Processo da alta hospitalar do paciente com lesão medular**: gerenciamento de caso como estratégia de organização do cuidado. 2000. 103 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

GREVE, J. M. D. A.; AMATUZZI, M. M. **Medicina de reabilitação aplicada a ortopedia e traumatologia**. São Paulo: Roca, 1999.

GREVE, J. M. D. A.; CASALIS, M. E. P.; BARROS FILHO, T. E. P. **Diagnóstico e tratamento da lesão da medula espinhal**. São Paulo: Roca, 2001.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, 2004. Suplemento 2.

HOEMAN, S. P.; GLENN, N.H.; STYMACKS, A. Care for the client with a spinal cord injury. In: **Rehabilitation/Restorative Care in the community**. USA, Mosby, 1990. Cap. 9, p.224-239.

HOEMAN, S.P.; WINTERS, D.M. Theory based Case Management: high cervical spinal cord injury. **Home Healthcare Nurse**, v.8,n.1, p.33.1990.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico, 2000**. Disponível em [http:// www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em: 07 fev. 2006.

INOUE, M. . Prediction of functional outcome after stroke rehabilitation. **American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 79, 2000.

KIRSHBLUM, S.; PRIEBE, M.; HO, C. H.; SCELZA, W. M. Spinal cord injury medicine. 3. Rehabilitation phase after acute spinal cord injury. **Archives of Physics Medical Rehabilitation**, v. 88, 2007.

KRAUSE, J. S.; VINES, C.; FARLEY, T. L.; SNIEZEK, J. An exploratory study of pressure ulcer after spinal cord injury: relationship to protective behaviors and risk factors. **Archives of Physics Medical Rehabilitation**, v. 82, 2001.

La VELA, S. V; SMITH, B.; WEAVER, F. M; MISKEVICS, S.A. Geographical proximity and health care utilization in veterans with spinal cord injury in the USA. **Social Science and Medicine**, v. 59, p. 2387-2399, 2004

LIANZA, S. **Medicina de Reabilitação**. 3 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2001.

MADUREIRA, N. C. M. **O saber-fazer do cuidador familiar da pessoa com deficiência física**: um estudo no pré e trans- reabilitação. 2001. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

MAKLEBUST, J.; SIEGGREEN, M. **Pressure ulcer**: guidelines for prevention and nursing management. Pennsylvania, Springhouse Corporation, 1996.

MOROÓKA, M. **Autocateterismo vesical intermitente técnica limpa**: descrição do procedimento realizado pelos pacientes com lesão medular. 2000. 152 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

NATIONAL SPINAL CORD INJURY STATICAL CENTER (NSCISC). **Facts and figures at a glance**. 2006. Disponível em: <http://www.ncddr.org/highlights.html#sore>. Acesso em: 22 maio 2007.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. **Ulcer classification**. 2007. Disponível em: <http://www.woundcare.org/newsv2n1/ulcer1.htm.ulcerclassification>. Acesso em: 12 jul. 2007.

NEVES, R. S. **Diagnósticos de enfermagem em pacientes lesados medulares segundo modelo conceitual de Horta e a Taxonomia II da NANDA**. 2003. 170 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Brasília, Brasília, 2003.

NIAZI, Z. B. M.; SALSBERG, C. A.; BYRNE, D. W.; VIEHBECK, M. Recurrence of initial pressure ulcer in persons with spinal cord injuries. **Advanced Wound Care**, n. 10, p. 38-42, 1997.

NOGUEIRA, P. C.; CALIRI, M. H.; SANTOS, C. B. Fatores de risco e medidas preventivas para úlcera de pressão no lesado medular: experiência da equipe de enfermagem do HCFMRP-USP. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 35, p. 14-23, 2002.

NOGUEIRA, P. C. **Ocorrência de úlcera de pressão em pacientes hospitalizados com lesão traumática de medula espinhal**. 2005. 77 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Cuidados Inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, 2003.

PADULA, M. P. C. **Avaliação do resultado de um programa educativo dirigido a paraplégicos visando o autocuidado relacionado aos déficits identificados na eliminação intestinal**. 2003. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

PARALYZED VETERANS OF AMERICA. **Pressure ulcer prevention and treatment following spinal cord injury: a clinical practice guideline for health care professionals**. Washington, D.C., 1999.

RABEH, S. A. N. **Úlcera de pressão**: a clarificação do conceito e estratégias para divulgação do conhecimento na literatura de enfermagem. 2001. 172 f. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

RIBERTO, M.; MIYAZAKI, M. H.; JUCÁ, S. S. H.; SAKAMOTO, H.; PINTO, P. P. N.; BATTISTELLA, L. R. Reprodutividade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 45-52, 2001.

RIBERTO, M.; MIYAZAKI, M. H.; JUCÁ, S. S. H.; SAKAMOTO, H.; PINTO, P. P. N.; BATTISTELLA, L. R. Validação da versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 72-76, 2004.

RIBERTO, M.; PINTO, N. P. P.; SAKAMOTO, H.; BATTISTELLA, L. R. Independência Funcional de pacientes com lesão medular. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 12, n. 2 2005.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano de saúde**. Período 2005-2008. Ribeirão Preto, 2005. p. 61. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.gov.sp.br>. Acesso em: 25 jun. 2007.

RODRIGUES, R. A. P. **Atividade educativa da enfermeira geriátrica: conscientização para o autocuidado das idosas que tiveram “queda”**. 1993. 203 f. Tese (Doutorado) -Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1993.

SANTOS, V. L. C. G.; AZEVEDO, M. A. J.; SILVA, T. S.; CARVALHO, V. M. J.; CARVALHO, V. F. Adaptação transcultural do Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) para a língua portuguesa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, 2005.

SARTORI, N. R.; MELO, M. R. A. A. C. Necessidades no cuidado hospitalar do lesado medular. **Medicina de Reabilitação**, Ribeirão Preto. v. 35, n. 2, p. 151-159, 2002.

SARTORI, N. R. **Lesão medula traumática: tornar-se deficiente e as dificuldades vivenciadas no retorno ao lar**. Ribeirão Preto, 2005. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

SOUZA, M.I.T.P. **Úlcera de decúbito: história natural e informações deparaplégicos**. Ribeirão Preto, 1988. 108p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1988.

SGUILLA, L. S. **Capacidade funcional de portadores de hemiplegia por seqüela de acidente vascular cerebral: relação com assistência à saúde e participação da família**. 2004. 134 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

STASS JUNIOR, N. E.; FORMAL, C. S.; GERSHKOFF, A. M.; FREDDA, M.; HIRSCHWALD, J. F.; MILLER, G. T.; FORREST, L.; BURKHARD, B. A. Reabilitação do paciente com traumatismo raquimedular. In: DELISA, J.A. **Medicina de reabilitação**. São Paulo: Manole, 1992.

WEITZENKAMP, D. A.; WHITENECK, G.; LAMMERTSE, D. Predictors of personal care assistance for people with spinal cord injury. **Archives Physics Medicine Rehabilitation**, v. 83, 2002.

UMPHRED, D. A. **Reabilitação neurológica**: trad. Eloísa Galluzzi dos Santos. 2 ed. Barueri: Manole, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CARTA ENCAMINHADA AO COORDENADOR DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-USP

Ilmo Prof.

Dr _____

Meu nome é Soraia Assad Nasbine Rabeh, sou aluna de doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, venho por meio desta encaminhar o projeto de pesquisa para apreciação deste renomado Comitê para possível aprovação. O projeto tem como título: “Condições de saúde de indivíduos com lesão de medula espinhal residentes em Ribeirão Preto e assistência domiciliar”, sob orientação da Profa. Dra. Maria Helena Larcher Caliri, docente do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto –USP.

Os objetivos da pesquisa são:

- 1- Identificar e caracterizar os indivíduos adultos que sofreram Lesão de Medula Espinhal no período de 2003 a 2005, atendidos nas instituições hospitalares credenciadas ao SUS no município de Ribeirão Preto, considerando as variáveis sócio-demográficas e clínicas;
- 2- Avaliar a capacidade funcional dos referidos indivíduos utilizando a Medida de Independência Funcional-MIF;
- 3- Identificar a prevalência de problemas no funcionamento intestinal e da alteração da integridade tecidual, com enfoque para a úlcera de pressão;
- 4- Identificar o acesso e a forma de utilização dos serviços de saúde pelos Indivíduos com LME;

5- Identificar as condições de cuidado no domicílio e as características dos cuidadores.

Atenciosamente,

Orientanda:

Orientadora:

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Soraia Assad Nasbine Rabeh, sou enfermeira e aluna de pós-graduação em nível de doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Estou realizando um estudo com indivíduos que sofreram lesão de medula espinhal nos anos de 2003 a 2005, residentes em Ribeirão Preto e o seu cuidador principal. Os objetivos do estudo são: Identificar as pessoas que sofreram Lesão de Medula Espinhal no período de 2003 a 2005, atendidos nos hospitais em Ribeirão Preto, Avaliar a sua capacidade funcional; Identificar se há problemas no funcionamento intestinal e de lesão de pele como a úlcera de pressão; identificar com o seu cuidador principal como se dá o cuidado no domicílio com relação ao intestino e a pele, e como é feita a utilização dos serviços de saúde. Para isso precisamos de algumas informações quanto à condição de saúde pessoa com a lesão de medula espinhal em seu domicílio após a lesão;

Para alcançar os objetivos dessa pesquisa preciso entrevistar a pessoa que sofreu a lesão de medula espinhal e o seu cuidador. Dessa forma necessito realizar uma entrevista e gostaria de pedir a colaboração de vocês para responder as questões contidas em um questionário e também realizar um exame físico na pessoa com a lesão de medula espinhal para avaliar a capacidade funcional e a pele. A entrevista e o exame físico serão realizados pela pesquisadora que preencherá o questionário. As informações fornecidas serão utilizadas para fins de pesquisa e os dados registrados em nenhum momento serão divulgados com as identificações de vocês. A participação nessa pesquisa não trará despesas, gastos ou danos. Vocês terão total liberdade para recusar em participar da pesquisa,

podendo retirar-se da mesma em qualquer etapa sem nenhum prejuízo. Desde já agradeço a atenção.

Pesquisadora responsável

Coren:

Eu _____ portador de lesão medular declaro estar ciente das informações recebidas e concordo em participar desta pesquisa.

Eu _____ cuidador declaro estar ciente das informações recebidas e concordo em participar desta pesquisa.

Ribeirão Preto, ____/____/____.

APÊNDICE C

Ribeirão Preto, ____/____/____.

Ilmo Prof Dr

Chefe do Serviço

Prezado Senhor,

Sou docente do curso de graduação em enfermagem do Centro Universitário Barão de Mauá e aluna de doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP-USP, sob orientação da Profa. Dra. Maria Helena Larcher Caliri, docente do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP-USP. Estou desenvolvendo uma pesquisa que tem como título: Condições de saúde de indivíduos com lesão de medula espinhal residentes em Ribeirão Preto e assistência domiciliar.

Os objetivos da pesquisa são:

- 1- Identificar e caracterizar os indivíduos adultos que sofreram Lesão de Medula Espinhal no período de 2003 a 2005, atendidos nas instituições hospitalares credenciadas ao SUS no município de Ribeirão Preto, considerando as variáveis sócio-demográficas e clínicas;
- 2- Avaliar a capacidade funcional dos referidos indivíduos utilizando a Medida de Independência Funcional-MIF;
- 3- Identificar a prevalência de problemas no funcionamento intestinal e da alteração da integridade tecidual, com enfoque para a úlcera de pressão;
- 4- Identificar o acesso e a forma de utilização dos serviços de saúde pelos Indivíduos com LME;
- 5- Identificar as condições de cuidado no domicílio e as características dos

cuidadores.

Para a coleta de dados, realizaremos a revisão dos prontuários dos pacientes atendidos pelo SUS no período de 2003 a 2005 em instituições de saúde de nível secundário e terciário de Ribeirão Preto e entrevistas no domicílio. Assim, solicito a colaboração deste Serviço no sentido de permitir a consulta aos prontuários dos referidos pacientes. Devo esclarecer que para atender as normas do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

Agradecemos antecipadamente a atenção dispensada e colocamo-nos a disposição para esclarecimentos que forem necessários.

Orientanda:

Orientadora:

APÊNDICE D - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS**Dados do prontuário: Identificação do paciente**

1-Nome do paciente: _____

Registro: _____ Data da coleta: __/__/__

2- Sexo: 1-() feminino 2- () masculino

3- Cor: 1() branca; 2() negra; 3() amarela

4- Idade: _____ Data de nascimento: _____

5- Naturalidade: _____

Endereço: Rua: _____ No. ____ Bairro: _____

Telefone: _____

6- Estado civil: 1- () solteiro 2- () casado 3-()viúvo 4- ()união consensual

7- Escolaridade:1-() não alfabetizado 2-() 1º. Grau comp 3-() 1º. Grau incomp
4-() 2º. Grau comp 5-() 2º. Grau incom 6-() superior comp 7-() superior incom

8- Profissão: _____

Dados referentes a LME e Condições clínicas do paciente

8- Data do trauma: __/__/__

9- Etiologia da LME: 1() colisão ou capotamento de veículo; 2() ferimento por arma de fogo; 3() motocicleta; 4() bicicleta; 5() atropelamento; 6() queda; 7() mergulho;

8()outro _____

10- Nível neurológico da LME: _____

11-Lesão: 1() completa; 2() incompleta; 3() sem registro

12-Classificação: 1() A; 2() B; 3() C; 4() D; 5() E; 6() sem registro

Dados referentes à internação:

13- Data da internação: __/__/__

14- CID 10: _____

15- Local de internação: 1-() HCFMRP-USP; 2-() Santa Casa;

3-() Beneficência Portuguesa; 4- Outro: especificar _____

16-Encaminhado de outro hospital () sim; () não Qual: _____

17- Teve UP? 1 – () sim; 2- () não

1- No. da lesão	2-Local	3Estágio	4Comprimento x Largura cm (Escore)	5Quantidade de exsudato	6Tipo de tecido	7TOTAL
1UP n-1	() S; () M; () T; () C	I () ; II () III() IV()	() 0; () 1; () 2; () 3; () 4; () 5; () 6; () 7; () 8; () 9; () 10	() 0; () 1; () 2; () 3	() 0; () 1; () 2; () 3; () 4	
2UP n-2	() S; () M; () T; () C	I () ; II () III() IV()	() 0; () 1; () 2; () 3; () 4; () 5; () 6; () 7; () 8; () 9; () 10	() 0; () 1; () 2; () 3	() 0; () 1; () 2; () 3; () 4	
3UP n-3	() S; () M; () T; () C	I () ; II () III() IV()	() 0; () 1; () 2; () 3; () 4; () 5; () 6; () 7; () 8; () 9; () 10	() 0; () 1; () 2; () 3	() 0; () 1; () 2; () 3; () 4	

18- Tipo de saída hospitalar/data: 1()alta __/__/__; 2()óbito: __/__/__

3()óbito após alta

19-Causa óbito: _____

Contato por telefone

O paciente participará da pesquisa? 1() sim 2() não

Visita agendada para dia __/__/__

APÊNDICE E - FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA COM O PACIENTE PORTADOR DE LESÃO DE MEDULA ESPINHAL

PARTE1 -

Data da coleta: __/__/__

Nome do paciente: _____

Interação com o paciente – confirmar dados anteriores

16- Profissão: _____

17- 1- Ativo () 2- Inativo ()

18- Ocupação após LME 1() não 2() sim _____

19- Renda salarial da pessoa com LME: 1-() 1salário mínimo(SM); 2() 2 a 4 (SM);
3() 5 a 7(SM); 4() 8ou mais (SM); 5Outro: _____

20- Número de pessoas residentes no domicílio: _____

1-Renda total familiar: _____

21- Quem é o cuidador principal: 1- () esposa(o) 2- () mãe 3- () pai 4- irmã (o)
5-avô (ó) 6- () tio (a) 7- () pessoa sem vínculo de parentesco

PARTE 2 - AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL

NOME DO PACIENTE: _____

Data da coleta: __/__/__

SEXO: () M () F IDADE: _____ Tempo após lesão: _____

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL- MIF

Níveis	7 Independência completa independência (em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada (ajuda técnica)	Sem ajuda
Níveis	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Dependência Mínima: (indivíduo $\geq$ 75%) 3 Dependência Moderada: (indivíduo $\geq$ 50%) 2 Dependência Total: (indivíduo $\geq$ 25%) 1 Dependência Total: (indivíduo $\geq$ 0%)	Ajuda

Data	Autocuidados	Admissão	Alta	Seguimento
	A. Alimentação			
	B. Higiene Pessoal			
	C. Banho(lavar o corpo)			
	D. Vestir-se acima da cintura			
	E. Vestir-se abaixo da cintura			
	F. Uso do vaso sanitário			
	Controle dos esfíncteres			
	G. Controle de urina			
	H. Controle das fezes			
	Mobilidade			
	Transferências			

	I. Leito, cadeira, cadeira de rodas			
	J. Vaso sanitário			
	K. Chuveiro ou banheira			
	Locomoção			
	L. Marcha/cadeira de rodas	m c	m c	m c
	M. Escadas			
	Comunicações			
	N. Compreensão	a v	a v	a v
	O. Expressão	v n	v n	v n
	Cognição social			
	P. Integração social			
	Q. Resolução de problemas			
	R. Memória			
	Total			

Nota: Não deixe nenhum item em branco, se não for possível de ser testado, marque 1

PARTE 3 COMPLICAÇÕES RELACIONADAS A LME – Úlcera de Pressão

Nome do Paciente _____ Data da coleta: _/_/_

1- Presença de úlcera de pressão: 1-() não 2-() sim

2 - Características

PUSH

1- No. da lesão	2-Local	3Estágio	4Comprimento x Largura cm (Escore)	5Quantidade de exsudato	6Tipo de tecido	7TOTAL
1UP n-1	() S; () M; () T; () C	I () ; II () III() IV()	() 0; () 1; () 2; () 3; () 4; () 5; () 6; () 7; () 8; () 9; () 10	() 0; () 1; () 2; () 3	() 0; () ; () 2; () ; () 4	
2UP n-2	() S; () M; () T; () C	I () ; II () III() IV()	() 0; () 1; () 2; () 3; () 4; () 5; () 6; () 7; () 8; () 9; () 10	() 0; () 1; () 2; () 3	() 0; () ; () 2; () ; () 4	
3UP n-3	() S; () M; () T; () C	I () ; II () III() IV()	() 0; () 1; () 2; () 3; () 4; () 5; () 6; () 7; () 8; () 9; () 10	() 0; () 1; () 2; () 3	() 0; () ; () 2; () ; () 4	
4UP n-4	() S; () M; () T; () C	I () ; II () III() IV()	() 0; () 1; () 2; () 3; () 4; () 5; () 6; () 7; () 8; () 9; () 10	() 0; () 1; () 2; () 3	() 0; () 1; () 2; () 3; () 4	
5UP n-5	() S; () M; () T; () C	I () ; II () III() IV()	() 0; () 1; () 2; () 3; () 4; () 5; () 6; () 7; () 8; () 9; () 10	() 0; () 1; () 2; () 3	() 0; () 1; () 2; () 3; () 4	
6UP n-6	() S; () M; () T; () C	I () ; II () III() IV()	() 0; () 1; () 2; () 3; () 4; () 5; () 6; () 7; () 8; () 9; () 10	() 0; () 1; () 2; () 3	() 0; () 1; () 2; () 3; () 4 ()	

7UP n-7	() S; () M; () T; () C	I (); II () III() IV()	() 0; () 1; () 2; () 3; () 4; () 5; () 6; () 7; () 8; () 9; () 10	() 0; () 1; () 2; () 3	() 0; () 1; () 2; () 3; () 4	
---------	-------------------------------------	-------------------------------	---	-------------------------------	---	--

Local: S: sacral/ M: maleolar/ T: trocantérica/ C: calcâneo

Escore do *PUSH*: Comprimento e largura: 0(0cm); 1 menor que 0,3cm; 2: 0,3-0,6cm; 3: 0,7-1,0cm; 4: 1,1-2,0cm; 5: 2,1-3,0; 6 ()3,1-4,0; () 4; () 7: 4,1-8,0; () 8: 8,0- 12,0; () ; 9()12,1-24,0cm; () 10: maior que 24,0cm;

Quantidade de exsudato: () 0; ausente; () 1 pequena; () 2 moderada; () 3 grande;

Tipo de tecido: () 0 ferida fechada; () 1 tecido epitelial; () 2 tecido de granulação; () 3 esfacelo; () 4 tecido necrótico

2- Quem faz o curativo: 1() próprio paciente; 2() cuidador; 3() outro_____

3- Recebeu orientações de como tratar a UP: 1() sim 2() não

1 Como tratar/ Terapi a tópica	2 Terapia tópica:
3 Cobertura	4 Tipo:
5 Número de troca de curativos por dia:	6 No. de curativos:

4- Recebeu orientações de como prevenir a UP/evitar recidivas: 1() sim 2() não

1 Como prevenir /orientações recebidas Quais orientações: Orientações recebidas:	1() limpar a pele com sabão suave; 2() evitar água quente e fricção excessiva; 3() usar hidratante na pele; 4() limpar a pele no momento em que sujar com fezes e/ou urina; 5() evitar massagear as proeminências ósseas; 6() reposicionar a cada 2 horas se leito ou a cada hora se em cadeira; 7() colchão especial: _____; 8() travesseiros ou almofadas de espuma entre as proeminências ósseas; 9() colocar travesseiros sob a panturrilha para elevar os pés; 10() não posicionar o paciente diretamente sobre o trocânter; 11() nutrição rica em proteína; 12() líquidos via oral; 13() alívio do peso a cada 15 minutos com descompressão isquiática; 14 () lençol móvel/forro de cama para elevar ou movimentar ao invés de arrastar durante a transferência ou mudança de posição;
--	---

PARTE 4- COMPLICAÇÕES RELACIONADAS A LME - Funcionamento intestinal**1- Funcionamento intestinal**

1-Hábito intestinal antes da LME:	1-Freqüência: 1() 1vez /dia; 2() 2vezes/dia; 3() mais de 2 vezes/dia; 4() 1x/semana; 5() outra: especificar: _____ 2-Características das fezes: 1() pastosa 2() dura 3() diarreica 3-Horário de funcionamento : () manhã; 2() tarde; 3() noite 4-Tinha alguma dificuldade quanto ao funcionamento intestinal : () não; () sim Qual: () constipação; () incontinência () outro: _____
2- Hábito intestinal após a LME	1-Freqüência de funcionamento intestinal: 1() não funciona espontaneamente; 2() dias alternados; 3() 1x/dia; 4() 2x/dia; 5() mais de 2x/dia; 6() incontinente; 7() outro: especificar: _____ 2-Características das fezes: 1() pastosa 2() dura 3() diarreica 3-Horário de funcionamento : () manhã; 2() tarde; 3() noite 4-Tem alguma dificuldade quanto ao funcionamento intestinal: 1() não; 2() sim 3Qual: 1() constipação; 2() incontinência 3() outro: _____
3 - Local onde é realizado o cuidado intestinal:	1() banheiro 2() cama 3() outro / _____
4-Estratégias para funcionamento intestinal: Quais:	1() Controle nutricional (dieta rica em fibras) 2() Toque dígito-digital; 3() Extração manual 4() Lavagem intestinal; 5() Massagem abdominal 6() exercícios abdominais; 7() Manobra de Valsalva (explicar); 8() Posição sentada ou inclinada para frente; 9() Supositório; 10() Fleet enema; 11() Medicamentos; 12() Laxativos 13() Outros: __
5- Quanto tempo demora para o intestino funcionar após a estimulação	1() menos de 5min; 2() entre 5 a 15 minutos; 3() 16min ou mais

6-Há alimentos que afetam os movimentos intestinais	2() não 1() sim _____
7-Líquidos ingeridos:	Descrever Tipos: 1() água; 2() chá; 3() suco; 4() leite; 5() outro: _____

2-Complicações intestinais após a LME: 1() não () sim

3-Recebeu orientações de como cuidar do intestino? 1() sim; 2() não

1Complicações Quais:	1() impactação de fezes; 2() hemorróida;3() sangramento; 4() incontinência fecal; 5() constipação; 6() diarreia; 7() dor; 8() outras complicações
-------------------------	---

2Quanto às orientações: Práticas de autocuidado intestinal Quais:	1() Controle nutricional (dieta rica em fibras) 2() Toque dígito-digital 3() Extração manual 4() Lavagem intestinal 5() Massagem abdominal 6() exercícios abdominais 7() Manobra de Valsalva (explicar); 8() respiração profunda; 9() Posição sentada ou inclinada para frente;10() Supositório; 11() Fleet enema 12() Medicamentos usados 13() Laxativos
--	---

APÊNDICE F - PARTE 1- ACESSIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

1-Cadastro na UBS _____ 2-Bairro_____

3- Número de internações em instituições de saúde após alta:

1Número	5Motivo internação

4-Foi encaminhado a serviços de saúde visando à reabilitação após o acidente:

1() não; 2() sim

5-Local:1-()HCFMRP-USP 2-()Sarah Kubichek 3-()AACD (SP); 4-()Barão de Mauá;

5() Unaerp; 6()Outros: _____

6- Recebe visita de algum profissional de saúde em seu domicílio?

1Profissional	1 sim	2não	3Objetivo da visita
1Médico			
2Enfermeiro			
3Assistente social			
4Fisioterapeuta			
5Terapeuta ocupacional			
6Psicólogo			
7Outros			

7- Utilização dos serviços de saúde:

<p>1 Você foi <u>encaminhado</u> a algum serviço de saúde após a alta: 1() não; 2() sim; 3Qual: 1() UBDS Distrital 2() UBS do Bairro; 3() Outra UBS; 4() Ambulatório do HC; 5() Unidade de emergência do HC; 6() Santa Casa; 7() Beneficência Portuguesa; 8() Clínica de fisioterapia da Unaerp; 9() Clínica de fisioterapia da Barão de Mauá 10 () Outro serviço _____</p>	<p>4 Qual a finalidade da utilização do serviço de saúde: Atendimento: 1() médico; 2() fisioterápico; 3() terapia ocupacional; 4() psicológico; 5() assistência social; 6() enfermagem: 7Qual atendimento: 8 _____ Outra: _____</p>
<p>2 Foi encaminhado a algum Centro de Reabilitação: 1() não 2() sim 3Local: 1() Sarah Kubichek 2() AACD (SP); 3() Outro: _____</p>	<p>5. Faz acompanhamento em programa de reabilitação atualmente : 1() não; 2() sim 3Local: 1() HCFMRP; 2() Sarah Kubichek ;3() AACD (SP);4() Outro</p>
<p>3-Qual serviço de saúde você <u>utiliza</u> atualmente: 1() UBDS Distrital ;2() UBS do Bairro; 3() Outra UBS; 4() Ambulatório do HC; 5() Unidade de emergência do HC; 6() Santa Casa; 7() Beneficência Portuguesa; 8() Clínica de fisioterapia da Unaerp; 9() Clínica de fisioterapia da Barão de Mauá 10() Outro serviço _____</p>	<p>6-Tipo de atendimento: 1() médico; 2() fisioterápico; 3 () enfermagem;4() terapia ocupacional; 5() psicológico; 8() assistência social</p>

8- Acessibilidade aos serviços:

1Você comparece aos retornos agendados:	1()sim 2() não 3Por quê:_____
2Que meio de transporte você utiliza para ir ao serviço de saúde:	1()veículo próprio; 2()veículo alugado; 3 () ambulância; 4()outro_____
3Alguém de sua família lhe acompanha nas consultas	1() sim 2 ()não
4Você tem alguma dificuldade para utilizar o serviço de saúde	1() não; 2 () sim: 1 ()transporte; 2()financeira; 3()outra: especificar: _____

APÊNDICE G - PARTE 1 - ENTREVISTA COM O CUIDADOR PRINCIPAL

Nome do Paciente: _____

1- Nome do cuidador: _____ Sexo: 1() M 2() F

2- Data de nascimento: __/__/__ 1 Idade: _____

3- Ocupação anterior a LME: _____ 4- Ocupação atual: _____

5- Reside na mesma residência do paciente: 1() sim; 2() não

6- Recebe salário para cuidar do paciente: 1() sim; 2() não

7- Renda atual: _____ (SM)

8- Relação de parentesco do cuidador com o paciente:

() 1pai/2mãe; 3() tio/a; 4() filho/a; 5() avô/ó; 6() irmão/ã; 7() esposo/a;
() 8genro/nora; 9() outros/ especificar _____

9- Recebeu orientações de como cuidar do paciente com LME no domicílio?

1() sim 2() não

10- Acompanha o paciente nos retornos: () sim () não/ especificar
motivo _____

11- Você previne a UP? Como?

- 1() limpa a pele com sabão suave;
- 2() evita limpar a pele com água quente e fricção excessiva;
- 3() usa hidratante na pele;
- 4() limpa a pele no momento em que está com fezes e/ou urina;
- 5() evita massagear as proeminências ósseas;
- 6() reposiciona a cada 2 horas se leito ou a cada hora se em cadeira;
- 7() colchão especial: 1() caixa de ovo; 2() colchão de ar; () outro _____
- 8() usa travesseiros ou almofadas de espuma entre as proeminências ósseas;
- 9() coloca travesseiros sob a panturrilha para elevar os pés;
- 10() não posiciona o paciente diretamente sobre o trocânter;
- 11() nutrição rica em proteína;
- 12() líquidos via oral;

13() alívio do peso a cada 15 minutos com descompressão isquiática;

14 () lençol móvel/forro de cama para elevar ou movimentar ao invés de arrastar durante a transferência ou mudança de posição

12-Como você trata a UP?

1Terapia tópica: Qual: _____

2Cobertura: Qual: _____

3Número de troca de curativos/dia: _____

13- Você auxilia quando ele não consegue evacuar?

1sim(); 2() não

1() Controle nutricional (dieta rica em fibras)

2() Estímulo dígito anal

3() Massagem abdominal

4() Exercícios abdominais

5() Lavagem intestinal

6() Extração manual

7() Manobra de Valsalva (explicar)

8() Posição sentada ou inclinada para frente

9() Fleet enema

10() Laxantes

11() Supositórios

14- Quais cuidados são importantes para um bom funcionamento intestinal?

1() Dieta rica em fibra

2() Ingestão de líquidos (ao menos 2l/dia, exceto álcool e bebidas com cafeína)

3() Atividade

4() Estímulo dígito anal

5() Massagem abdominal

6() Extração manual

7() Pressão abdominal

8() Lavagem intestinal

9() Laxantes

10() Supositórios

11() Adotar horário e frequência para defecação

12() Posição sentada ou inclinada para frente

15-A família tem dificuldade para cuidar adequadamente do paciente?

1() não; 2() sim Qual: _____

16- O paciente está motivado para as atividades de reabilitação? 1() sim 2() não

17- A família está motivada pela reabilitação do paciente? 1() sim 2() não

PARTE 2- CONDIÇÕES DE CUIDADO NO DOMICÍLIO: assistência prestada pelo cuidador

1Data da coleta: __/__/__ 2Nível da LME: _____ 3Idade: ____ 4Tempo da LME:

	Cuidado realizado	Material/Equipamento utilizado
1Função Intestinal	1()Aquisição 2()Preparo de material/equipamento 3()Auxílio no procedimento 4()Faz todo procedimento/atividade	1()sim; 2()não
2Função vesical	()Aquisição ()Preparo de material/equipamento ()Auxílio no procedimento ()Faz todo procedimento/atividade	1() não; 2()sim
3Mobilidade no leito	()Aquisição ()Preparo de material/equipamento ()Auxílio no procedimento ()Faz todo procedimento/atividade	1() sim; 2() não
4Transferência leito / cadeira	()Aquisição ()Preparo de material/equipamento ()Auxílio no procedimento ()Faz todo procedimento/atividade	1() sim; 2() não
5Auxílio com cadeira de rodas/ cadeira de banho	()Aquisição ()Preparo de material/equipamento ()Auxílio no procedimento ()Faz todo rocedimento/atividade	1() sim; 2() não
6Ficar de pé/deambular	()Aquisição ()Preparo de material/equipamento ()Auxílio no procedimento ()Faz todo procedimento/atividade	1() sim; 2() não

7Alívio de pressão/posicionamento	()Aquisição ()Preparo de material/equipamento ()Auxílio no procedimento ()Faz todo procedimento/atividade	1()sim; 2()não
8Alimentação	()Aquisição ()Preparo de material/equipamento ()Auxílio no procedimento ()Faz todo procedimento/atividade	1()sim; 2()não
9Cuidados pessoais: arrumar-se; vestir-se; banhar-se	()Aquisição ()Preparo de material/equipamento ()Auxílio no procedimento ()Faz todo procedimento/atividade	1()sim; 2()não
10Higiene/banho	()Aquisição ()Preparo de material/equipamento ()Auxílio no procedimento ()Faz todo procedimento/atividade	1()sim; 2()não
11Comunicação (escrita; falada)	()Aquisição ()Preparo de material/equipamento ()Auxílio no procedimento ()Faz todo procedimento/atividade	1()sim; 2()não
12Transporte (dirigir veículo; uso de transporte público)	()Aquisição ()Preparo de material/equipamento ()Auxílio no procedimento ()Faz todo procedimento/atividade	1()sim; 2()não
13Tarefas diárias do lar	()Aquisição ()Preparo de material/equipamento ()Auxílio no procedimento ()Faz todo procedimento/atividade	1()sim; 2()não
14Assistência requerida	No. de horas : 1cuidado pessoal ____ hs; 2cuidado da casa ____hs	1()sim; 2()não

Presta outra assistência não especificada acima :

APÊNDICE H – TABELAS

Tabela 1 (Gráfico 1) – Valores e variações das dimensões da MIF, segundo o nível de lesão. Ribeirão Preto, 2007 –

Nível da lesão	Valores e variações	MIF autocuidado (6-42)	MIF controle esfíncter (2-42)	MIF mobilidade (3-21)	MIF locomoção (2-14)	MIF comunicação (2-14)	MIF cog.social (3-21)
Escore possível		6 - 42	2-42	3-21	2-14	2-14	3-21
Cervical (n=11)	Média (dp)	21,3 (12,7)	8,0 (4,8)	9,6 (7,5)	2,5 (1,3)	12,1 (2,8)	16,5(4,6)
	Variação Observ	6 - 40	2-14	3-21	2-6	5-14	7-21
	Mediana	19,0	8,0	4,0	2,0	13,0	19,0
Torácica (n=10)	Média (dp)	34,6 (8,0)	7,7 (4,4)	13,2 (7,4)	3,6 (2,1)	13,1 (2,5)	18,1(3,6)
	Variação observ	17 - 42	2-13	3-21	2-7	6-14	9-21
	Mediana	38,5	9,0	16,0	2,0	14,0	18,5
Lombar (n=1)	Média	41,0	8,0	18,0	7,0	14,0	21,0
Total (n=22)	Média (dp)	28,2 (12,5)	7,9 (4,4)	11,6 (7,5)	3,2 (1,9)	12,6 (2,6)	17,4(4,1)
	Variação observ	6 – 42	2-14	3-21	2-7	5-14	7-21
	Mediana	31,5	8,0	15,0	2,0	14,0	19,0

Tabela 2 (Gráfico 2) – Distribuição da MIF total em relação ao nível de lesão medular e tempo pós-trauma. Ribeirão Preto, SP, 2007

Nível da lesão	Tempo pós-lesão	Valores e Variações	MIF total (18-126)	MIF motora (13-91)	MIF cognitiva (5-35)
Cervical	Até 12 meses (n=2)	Média (dp)	55,5(43,1)	39,0(36,8)	16,5(6,4)
		Variação observada	25-86	13-65	12-21
		Mediana	55,5	39,0	16,50
	13 meses ou mais (n=9)	Média (dp)	73,5(21,9)	42,2(24,0)	31,3(4,3)
		Variação observada	46-101	17-77	22-35
		Mediana	62,0	28,0	34,00
	Total (n=11)	Média (dp)	70,3(24,9)	41,6(24,4)	28,6(7,4)
		Variação observada	25-101	13-77	12-35
		Mediana	62,0	28,0	32,00
	Torácica	Até 12meses (n=3)	Média (dp)	73,6(26,0)	47,3(17,6)
Variação observada			48-100	33-67	15-33
Mediana			73,0	42,0	31,00
13 meses ou mais (n=7)		Média (dp)	97,4(20,4)	64,1(19,1)	33,3(1,9)
		Variação observada	54-112	24-78	30-35
		Mediana	106,0	71,0	34,00
Total (n=10)		Média (d.p.)	90,3(23,6)	59,1(19,4)	31,2(5,9)
		Variação obseçada	48-112	24-78	15-35
		Mediana	98,0	65,5	32,50
Lombar total		13 ou mais (n=1)	Média	109,0	74,0
	Até 12 meses (n=5)	Média (d.p.)	66,4(30,0)	44,0(22,7)	22,4(9,4)
		Variação Obs	25-100	13-67	12-33
		Mediana	73,0	42,0	21,00
	13 ou mais (n=17)	Média (d.p.)	85,5(23,9)	53,1(23,9)	32,3(3,5)
		Variação Obs	46-112	17-78	22-35
		Mediana	96,0	64,0	34,00
	Total (n=22)	Média (d.p.)	81,1(25,9)	51,0(23,4)	30,1(6,6)
		Variação Obs	25-112	13-78	12-35
		Mediana	90,0	61,5	32,50

Tabela 3 (Gráfico 3) – Valores e variações das dimensões da MIF, segundo o nível de lesão medular e tempo de lesão pós-trauma (n=22). Ribeirão Preto, SP, 2007

Nível da lesão	Tempo pós-lesão	Valores e Variações	MIF autocuidado 6-42	MIF controle esfíncter 2-42	MIF mobilidade 3-21	MIF locomoção 2-14	MIF comunicação 2-14	Mifcog.soc 3-21
Cervical	Até 12 meses (n=2)	Média (dp)	18,0(16,9)	7,5(7,8)	9,5(9,2)	4,0(2,8)	7,5(3,5)	9,0(2,8)
		Variação observada	6-30	2-13	3-16	2-6	5-10	7-11
		Mediana	18,0	7,5	9,5	4,0	7,5	9,0
	13 meses ou mais (n=9)	Média (dp)	22,1(12,7)	8,2(4,6)	9,6(7,8)	2,2(6,6)	13,1(1,4)	18,2(2,9)
		Variação observada	8-40	2-14	3-21	2-4	10-14	12-21
		Mediana	19,0	8,0	4,0	2,0	14,0	20,0
	Total (n=11)	Média (dp)	21,4(12,7)	8,1(4,8)	9,6(7,6)	2,5(1,3)	12,1(2,8)	16,5(4,6)
		Variação observada	6-40	2-14	3-21	2-6	5-14	7-21
		Mediana	19,0	8,0	4,0	2,0	13,0	19,0
Torácica	Até 12 meses (n=3)	Média (dp)	30,3(5,1)	6,6(4,2)	7,0(6,9)	3,3(2,3)	11,3(4,6)	15,0(5,3)
		Variação observada	26-36	2-10	3-15	2-6	6-14	
		Mediana	29,0	8,0	3,0	2,0	14,0	17,0
	13 meses ou mais (n=7)	Média (dp)	36,4(8,7)	8,1(4,8)	15,8(6,2)	3,7(2,2)	13,8(,37)	19,4(1,7)
		Variação observada	17-42	2-13	3-21	2-7	13-14	17-21
		Mediana	39,0	10,0	18,0	2,0	14,0	20,0
	Total (n=10)	Média (dp)	34,6(8,0)	7,7(4,4)	13,2(7,4)	3,6(2,1)	13,1(2,5)	18,1(3,6)
		Variação observada	17-42	2-13	3-21	2-7	6-14	9-21
		Mediana	38,5	9,0	16,0	2,0	14,0	18,5
Lombar	13 ou mais (n=1)	Média (dp)	41,0	8,0	18,0	7,0	14,0	21,0
Total	Até 12 meses (n=2)	Média (d.p.)	25,4(11,4)	7,0(4,9)	8,0(6,8)	3,6(2,2)	9,8(4,3)	12,6(5,2)
		Variação observada	6-36	2-13	3-16	2-6	5-14	7-19
		Mediana	29,0	8,0	3,0	2,0	10,0	11,0
	13 meses ou mais (n=16)	Média (dp)	29,1(13,0)	8,2(4,4)	12,7(7,5)	3,1(1,9)	13,5(1,1)	18,8(2,5)
		Variação observada	8-42	2-14	3-21	2-7	10-14	12-21
		Mediana	38,0	8,0	17,0	2,0	14,0	20,0
	Total (n=22)	Média (dp)	28,3(12,5)	7,9(4,4)	11,6(7,5)	3,2(1,9)	12,6(2,6)	17,4(4,1)
		Variação observada	6-42	2-14	3-21	2-7	5-14	7-21
		Mediana	31,5	8,0	15,0	2,0	14,0	19,0

Tabela 4 (gráfico 12) – Distribuição da MIF total, motora e cognitiva em relação ao nível de lesão medular e acompanhamento atual de reabilitação. Ribeirão Preto, SP, 2007

Nível de lesão	Faz acompanhamento de reabilitação		TOTAL
	SIM	NÃO	
	(n=5)	(n=6)	(n=11)
CERVICAL			
MIF total (18-126)			
Média(dp)	77,6 (17,1)	64,2 (30,2)	70,3 (24,9)
Variação observada	59-100	25-101	25-101
Mediana	81,0	57,0	62,0
MIF motora (13-91)			
Média(dp)	47,8 (21,2)	36,5 (27,7)	41,6 (24,4)
Variação observada	25-72	13-77	13-77
Mediana	49,0	23,0	28,0
MIF cognitiva (5-35)			
Média(dp)	29,8 (5,5)	27,6 (9,1)	28,6 (7,4)
Variação observada	21-34	12-35	12-35
Mediana	32,0	31,5	32,0
MIF total (18-126)			
Média (dp)	89,4(24,9)	91,2(25,2)	32,2(1,9)
Variação observada	54-111	48-112	30-35
Mediana	100,0	96,0	32,0
MIF motora (13-91)			
Média (dp)	57,2(23,3)	61,0(17,2)	59,1(19,4)
Variação observada	24-77	33-78	24-78
Mediana	67,0	64,0	65,5
MIF cognitiva (5-35)			
Média (dp)	32,2(1,9)	30,2(8,6)	31,2(5,9)
Variação observada	30-35	15-35	15-35
Mediana	32,0	34,0	32,5
LOMBAR (n=1)			
MIF global (18-126)			
Média (dp)	109,0		109,0
MIF motora(13-91)			
Média (dp)	74,0		74,0
MIF cognitiva (5-35)			
Média (dp)	35,0		35,0

Tabela 5 (gráfico7) – Distribuição dos valores e variações da MIF total e seus domínios em relação à presença da UP

	SIM n(%)	NÃO n(%)	TOTAL n(%)
Presença de UP	7 (31,8)	15 (68,2)	22 (100)
MIF Total (18-126)			
Média (dp)	57,1 (21,1)	92,3(20,0)	81,1 (25,9)
Variação observada	25-86	54-112	25-112
Mediana	53,0	100,0	90,0
MIF Motora (13-91)			
Média (dp)	31,8(18,9)	60,0(19,9)	51,0(23,4)
Variação observada	13-65	24-78	13-78
Mediana	27,0	67,0	31,5
MIF Cognitiva (5-35)			
Média (dp)	25,3(9,2)	32,3(3,5)	30,1(6,6)
Variação observada	12-34	22-35	12-35
Mediana	29,0	34,0	32,5
MIF autocuidado (6-42)			
Média (dp)	17,0(9,9)	33,5(9,9)	28,3(12,5)
Variação observada	6-30	11-42	6-42
Mediana	13,0	39,0	31,5
MIF controle e esfíncter (2-14)			
Média (dp)	5,4(4,2)	9,1(4,1)	7,9(4,4)
Variação observada	2-13	2-14	2-14
Mediana	4,0	10,0	8,0
MIF mobilidade (3-21)			
Média (dp)	6,6(6,1)	14,0(7,0)	11,6(7,5)
Variação observada	3-16	3-21	3-21
Mediana	3,00	17,0	15,0
MIF locomoção			
Média (dp)	2,8(1,6)	3,4(2,1)	3,2(1,9)
Variação observada	2-6	2-7	2-7
Mediana	2,0	2,0	2,0
MIF comunicação (2-14)			
Média (dp)	10,7(3,8)	13,5(1,1)	12,6(2,6)
Variação observada	5-14	10-14	5-14
Mediana	13,0	14,0	14,0
MIF Cognição social (3-21)			
Média (dp)	14,6(5,5)	18,8(2,5)	17,4(4,1)
Variação observada	7-20	12-21	7-21
Mediana	16,0	20,0	19,0

Tabela 6 (gráfico 10) – Distribuição dos valores e variações das dimensões da MIF, considerando o total de indivíduos e acompanhamento atual de reabilitação. Ribeirão Preto, SP, 2007

Faz acompanhamento de reabilitação atualmente	Valores e Variações	MIF autocuidado (6-42)	MIF controle esfíncter (2-14)	MIF Mobilidade (3-21)	MIF Locomoção (2-14)	MIF comunicação (2-14)	MIF cognitiva social (3-21)
Sim (n=11)	Média (dp)	29,8 (10,5)	8,5 (3,5)	12,2 (7,2)	3,9 (2,2)	13,3 (1,3)	18,1 (2,9)
	Variação observada	11 – 41	2-13	3-20	2-7	10-14	11-21
	Mediana	30,0	8,0	15,0	2,0	14,0	19,0
Não (n=11)	Média (dp)	26,7 (14,6)	7,3 (5,2)	11,1 (8,0)	2,5 (1,3)	12,0 (3,4)	16,8 (5,1)
	Variação observada	6-42	2-14	3-21	2-6	5-14	7-21
	Mediana	33,0	6,0	13,0	2,0	14,0	20,0
Total (n=22)	Média (dp)	28,3 (12,5)	7,9 (4,4)	11,6 (7,5)	3,2 (1,9)	12,6 (2,6)	17,4 (4,1)
	Variação observada	6-42	2-14	3-21	2-7	5-14	2-21
	Mediana	31,5	8,0	15,0	2,0	14,0	19,0

Tabela 7 (gráfico 11) – Distribuição da MIF total e motora quanto ao acompanhamento de reabilitação e tempo pós-lesão. Ribeirão Preto, SP, 2007

	Faz acompanhamento de reabilitação		TOTAL
	SIM	NÃO	
Até 12 meses de lesão	(n=3)	(n=2)	(n=5)
MIF total (18-126)			
Média (dp)	86,3(13,5)	36,5(16,3)	66,4(30,0)
Variação observada	73-100	25-48	25-100
Mediana	86,0	36,5	73,0
MIF motora (13-91)			
Média (dp)	58,0(43,9)	23,0(14,1)	44,0(22,7)
Variação observada	42-67	13-33	13-67
Mediana	65,0	23,0	42,0
Após 13 meses de lesão	(n=8)	(n=9)	(n=17)
MIF total (18-126)			
Média (dp)	85,6(24,6)	85,3(24,8)	85,5(23,9)
Variação observada	54-111	46-112	46-112
Mediana	90,5	96,0	96,0
MIF motora (13-91)			
Média (dp)	53,1(24,4)	53,1(24,9)	53,1(23,9)
Variação observada	24-77	17-78	17-78
Mediana	60,5	64,0	64,0

Tabela 8 (gráfico 13) – Distribuição da MIF total e motora quanto à reabilitação atual e presença de úlcera de pressão. Ribeirão Preto, SP, 2007

Reabilitação	Presença de UP		TOTAL
	SIM	NÃO	
SIM	(n=2)	(n=9)	(n=11)
MIF total			
Média(dp)	83,5 (3,5)	86,3 (23,9)	85,8 (21,4)
Variação Observada	81-86	54 -111	54-111
Mediana	83,5	100,0	86,0
NÃO	(n=5)	(n=6)	(n=11)
MIF total			
Média(dp)	46,6 (13,4)	101,3 (6,7)	76,4 (30,2)
Variação Observada	25-61	64 -112	25 -112
Mediana	48,0	100,0	94,0
SIM	(n=2)	(n=9)	(n=11)
MIF motora			
Média(dp)	57,0 (11,3)	53,8 (23,6)	54,4 (21,5)
Variação Observada	49-65	24-77	24-77
Mediana	57,0	67,0	65,0
NÃO	(n=5)	(n=6)	(n=11)
MIF motora			
Média(dp)	21,8 (8,1)	69,2 (7,5)	47,6 (25,8)
Variação Observada	13-33	59-78	13-78
Mediana	19,0	68,5	59,0

ANEXOS

A DMR HC FMUSP – Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - certifica que

Soraia Assad Nasbine Rabeh

participou do Curso: *Medidas de Independência Funcional*, com carga horária de 8 horas, realizado no dia 15 de abril de 2005, no Centro de Exposições Imigrantes, na cidade de São Paulo, SP.

Prof. Dra. Linamara Rizzo Battistella
Coordenadora Científica

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.fmrp.usp.br

Ribeirão Preto, 30 de agosto de 2006

Ofício nº 2449/2006
CEP/MGV

Prezada Senhora,

O trabalho intitulado **“CONDIÇÕES DE SAÚDE DE INDIVÍDUOS COM LESÃO DE MEDULA ESPINHAL RESIDENTES EM RIBEIRÃO PRETO E ASSISTÊNCIA DOMICILIAR”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 232ª Reunião Ordinária realizada em 28/08/2006, e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 8902/2006.

Atenciosamente.

DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Secretária do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
SORAIA ASSAD NASBINE RABEH
PROFª DRª MARIA HELENA LARCHER CALIRI (Orientadora)
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP