UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

IDENTIFICAÇÃO DAS PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO
REFERENTES AO FUNCIONAMENTO INTESTINAL EM UM
GRUPO DE PACIENTES COM TRAUMA RAQUIMEDULAR

MÁRCIA LÚCIA DE SOUZA FURLAN

RIBEIRÃO PRETO
2001

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**IDENTIFICAÇÃO DAS PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO
REFERENTES AO FUNCIONAMENTO INTESTINAL EM UM
GRUPO DE PACIENTES COM TRAUMA RAQUIMEDULAR**

Márcia Lúcia de Souza Furlan

Dissertação apresentada à Área de Enfermagem Fundamental do Programa de Pós-graduação - nível de mestrado - do Departamento de Enfermagem Geral Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, na linha de pesquisa Processo de Cuidar do Adulto com Doenças Agudas e Crônico-degenerativas.

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

Ribeirão Preto
2001

Ficha Catalográfica

Furlan, Márcia Lúcia de Souza

Identificação das práticas de autocuidado referentes ao funcionamento intestinal em um grupo de pacientes com trauma raquimedular. Ribeirão Preto, 2001

xxx p.

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP. Departamento de Enfermagem Geral e Especializada - Área de Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Maria Helena Larcher Caliri

1. Traumatismos da medula espinhal	2. Cuidados de enfermagem
3. Constipação	4. Reabilitação

S U M Á R I O

Apresentação

Resumo

1- Introdução e Revisão da Literatura 1

Complicações que ocorrem nos pacientes com TRM

Alterações no funcionamento intestinal

2- Objetivo

3- Metodologia

3.1- Amostra

3.2- Coleta de dados

3.3- Análise de dados

4- Resultados e discussão

4.1- Descrição dos dados epidemiológicos da amostra
de pacientes

4.2- Descrição das práticas de autocuidado referen-
-tes ao funcionamento intestinal em pessoas
com TRM relacionado com as características epide-
-miológicas

4.3- Descrição das complicações intestinais identifi-
-cadas, relacionando-as com as variáveis epide-
-miológicas e com a prática de autocuidado

4.4- Relacionar as internações ocorridas após a lesão
medular com as informações sobre o funcionamen-

-to intestinal	
5- Conclusões	
6- Implicações dos resultados da pesquisa para a enfermagem	
7- Anexos	
8- Referências Bibliográficas	
ABSTRACT	
RESUMEN	

Minha atividade como enfermeira iniciou-se em 1980, com meu ingresso na Unidade de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, Campus. Essa unidade oferecia atendimento em regime de internação, a pacientes com trauma raquimedular (TRM), que entravam na instituição através da Unidade de Emergência do mesmo hospital, situada na cidade. O paciente recebia avaliação médica e um plano de tratamento era traçado: cirúrgico ou conservador (tração, colete, outros). Os pacientes que comumente adentravam o hospital com TRM, eram portadores de lesão aguda. Após a efetivação do tratamento visando a estabilização da lesão, eles recebiam alta hospitalar. Nesta época iniciava-se a orientação de enfermagem abordando o auto-cateterismo, a nível ambulatorial.

Os pacientes saíam de alta hospitalar com destino às suas casas ou a asilos que aceitavam cuidar de pacientes com deficiências físicas. Evidentemente estes pacientes não tinham, com a nova vida, perspectivas de boa qualidade, e muitas vezes retornavam ao hospital em curtos períodos de tempo apresentando complicações decorrentes da sua patologia, agravadas pela não adoção das medidas de prevenção.

Incomodava-me esta falta de perspectiva. Na grade curricular do meu curso de graduação em enfermagem o tema geral sobre Reabilitação e específico sobre Reabilitação de Pacientes com Trauma Raquimedular foram pouco enfatizados. Acredito que ainda existam ajustes a serem feitos na grade curricular da enfermagem para aproximar a formação acadêmica do(a) enfermeiro¹(a) à realidade da sua prática e ao perfil de morbidade da população. O aluno torna-se um profissional após o recebimento do diploma, porém sem conhecimentos sobre Reabilitação que está ligada à prevenção terciária, exigido pelo campo de trabalho. As unidades

¹ O termo "enfermeiro" e "enfermeira" serão, doravante escritos da seguinte forma: enfermeiro(a), para que não haja conotação de discriminação sexual para os profissionais de enfermagem de nível superior.

de trabalho desenvolvem programas de educação continuada para treinar e orientar os membros da equipe de enfermagem, porém até que as orientações oficiais não chegam, o novo profissional inicia seu trabalho com base na observação de profissionais mais experientes, que nem sempre tem embasamento teórico ou estão atualizados para transmitir corretamente este conhecimento. Os profissionais com quem compartilhava o meu trabalho, prestavam assistência geral aos pacientes com TRM, sem contudo haver uma sistematização dos cuidados para prevenção das complicações que poderiam ocorrer após o TRM. Os pacientes com TRM perdem a capacidade de realizar o autocuidado parcial ou totalmente. Aos familiares ou cuidadores da comunidade era delegado esta função sem contudo tentar desenvolver a capacidade remanescente dos pacientes para que ficassem menos dependentes. Na época, não cheguei a ter oportunidade para estudar este assunto, pois me envolvi em outras áreas da enfermagem.

Tempo após, fui trabalhar em um hospital especializado essencialmente de reabilitação e tive a oportunidade de optar pela atuação no setor de internação de pacientes com TRM. A convivência com profissionais experientes nesta área e com muitos pacientes com este tipo de lesão, além de estudos sobre o assunto permitiram-me reformular a minha visão de mundo e responder a algumas das minhas inquietações sobre o prognóstico destes pacientes. Pude entender o quanto é valiosa a participação do enfermeiro(a) na reabilitação de um paciente com TRM, assim como do restante da equipe multidisciplinar que o atende, da presença e apoio da sua família, bem como da sociedade.

Não podemos ser ingênuos a ponto de achar que todos os problemas do paciente com TRM são solucionáveis. Porém, como enfermeiro(a) consciente do problema, temos o dever de criar condições para que o paciente com TRM sob nossa responsabilidade receba orientação para a sua reabilitação. Desta forma ele conseguirá melhorar o planejamento da sua vida e aproveitar as

oportunidades de contribuir para diminuir as complicações pós TRM.

Segundo FARO (1995) e YARKONY et al(1997) avanços na área médica e de prevenção de complicações proporcionaram maiores chances de sobrevivência ao paciente com TRM, porém no Brasil, ainda é identificado número reduzido de unidades especializadas para atendimento de pessoas com TRM, que necessitam de reabilitação. O benefício destas unidades foi descrito por BERGMAN et al(1997) envolvendo a diminuição da extensão da lesão, limitação das complicações, diminuição do tempo de hospitalização, aumento dos ganhos funcionais, diminuição das reinternações e aumento da sobrevida.

Como pós-graduanda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, tive a oportunidade de estudar alguns aspectos da reabilitação dos pacientes com TRM, assim optei em desenvolver um estudo para descrever os padrões de funcionamento intestinal de um grupo de pacientes com a proposta de apresentação de um protocolo de cuidados, contribuindo para a divulgação de conhecimento específico sobre este tema, possível de ser implementado em hospitais gerais.

RESUMO

O trauma raquimedular (TRM) é uma agressão na medula espinhal e pode acarretar severas alterações físicas e psíquicas ao paciente, refletindo na família e sociedade. Com a inexistência de terapêutica que reverta o quadro de TRM, é necessário investimento na reabilitação para melhorar a qualidade de vida destes pacientes. Através de um estudo exploratório-descritivo, com metodologia quantitativa foi investigada as práticas de autocuidado intestinais e complicações em 27 indivíduos com TRM. Todos os participantes eram do sexo masculino e predominância da faixa etária de 18 a 30 anos, solteiros, com até 1º grau incompleto, com renda familiar entre 2 e 5 salários mínimos, tendo o ferimento por arma de fogo como principal etiologia da lesão. As práticas de autocuidado intestinal mais utilizadas foram a massagem abdominal (32%), seguida da dieta rica em fibras (24%), uso de laxante (15%), toque dígito anal (15%), extração manual das fezes (7%) e outros (7%). Quanto às complicações intestinais, houve predomínio de constipação/impactação (50%), seguido de incontinência fecal (23%), sangramento anal (21%) e outras (6%). Em relação às internações hospitalares, consideradas oportunidades para o enfermeiro orientar sobre as alterações decorrentes do TRM, 59,3% dos pacientes apresentaram mais de uma internação, porém a transmissão de informação sobre alterações intestinais ocorreu em somente 22% dos casos. Diante do número reduzido de centros especializados em reabilitação, julgamos de grande importância a presença de enfermeiros com formação específica em reabilitação para atuarem na assistência, na educação dos pacientes e no ensino nas instituições formadoras de profissionais.

1- INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA

O trauma raquimedular é uma agressão recebida na medula espinhal e pode ter uma variedade de etiologias: infecciosa, traumática, tumoral, vascular e outras.

Conforme STAAS et al (1992) e MACHADO (1993), a agressão traumática à medula espinhal pode resultar em alterações da função motora, sensitiva e autonômica além das psicossomáticas. O TRM, pelas conseqüências que acarreta ao indivíduo é considerado uma das formas mais graves dentre as lesões incapacitantes que podem acometer o homem (BERALDO, 1991).

Apesar de nos últimos anos, em países desenvolvidos, a incidência de TRM estar estabilizada e a mortalidade diminuída, estudos revelam que ainda há grande amplitude nos dados de incidência, sendo de 9 casos por milhão de habitantes na Dinamarca e 49 casos por milhão de habitantes por ano no Japão (GEBRIN et al, 1997).

Segundo publicação do informativo de trabalho da Spinal Cord Injury Information Network, com base nas informações do Banco de Dados Nacional ativo desde 1973, que capta dados de 24 estados norte americanos, não há estudo recente sobre a incidência de pacientes com TRM nos EUA. O estudo realizado na década de 70, revelava que a incidência de pacientes com TRM era de 40 pessoas por milhão de habitantes, e os dados de prevalência estimavam que cerca de 0,07 a 0,09% da população viviam com TRM. O National Spinal Cord Injury Statistical Center (NSCISC, 1998) informa que o TRM afeta principalmente os adultos jovens, com idade média de 31,8 anos. O sexo mais atingido é o masculino, com 81,7% dos casos. Em relação ao nível neurológico da lesão, metade dos casos são cervicais (51,7%) e a outra metade nos níveis torácico, lombar e sacral (46,7%). Estudo realizado em 1990, mostra que houve um aumento dos casos de lesões incompletas, e que desde 1973 houve aumento da etiologia dos TRM relacionados à violência, sendo que a causa mais freqüente ainda

é acidente automobilístico seguido de quedas em práticas desportivas.

No Brasil consultamos dados publicados pelo Centro de Documentação e Informação do Portador de Deficiência (CEDIPOD, 2000), que foram extraídos do censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 1991. Segundo o CEDIPOD, existiram falhas na coleta de dados, podendo os números obtidos ser inferiores aos reais. Encontramos que 0,14% da população brasileira é portadora de paraplegia e 0,03% é portadora de tetraplegia. Não há referência de qual é a etiologia destas deficiências, de qual é o grupo etário mais atingido, de qual é o nível de lesão neurológica mais freqüente e da idade e sexo que mais são comprometidos. Portanto os dados estatísticos existentes impossibilitam a adoção de medidas de saúde para este seguimento e tampouco podemos relacionar os nossos dados aos obtidos em outros países. A única comparação que podemos realizar é que segundo o IBGE, 1,3% da população brasileira tem algum tipo de deficiência, enquanto que nos EUA o censo de 1995 encontrou que 20% das pessoas tem algum tipo de deficiência. Este dado nos permite pensar que os dados brasileiros estão subestimados.

Apesar da dificuldade de obtermos dados estatísticos para guiar as ações de saúde na prevenção e tratamento das lesões medulares, estudos têm sido realizados com o intuito de conhecer melhor os aspectos da fisiopatologia que envolvem esta lesão.

Desta maneira descreveremos alguns conceitos já estabelecidos que nos permitirão definir a lesão medular. Segundo MACHADO(1993) *medula* significa *miolo* e indica o que está dentro. A medula espinhal fica dentro do canal vertebral e apresenta características macroscópicas e microscópicas.

A observação *macroscópicas* da medula espinhal permite identificar que a medula espinhal é cilíndrica, ligeiramente achatada antero-posteriormente, tem duas dilatações na sua

extensão (intumescência cervical e lombar), mede aproximadamente 45 cm no homem adulto, o limite cervical é com o bulbo e termina geralmente no nível da 2ª vértebra lombar (L2). Até o 4º mês de gestação a medula ocupa todo o canal vertebral e a partir daí a medula espinhal passa a crescer mais lentamente que a coluna vertebral, exigindo que as raízes nervosas se prolonguem até encontrar os respectivos forâmens intervertebrais, formando a cauda eqüina abaixo de L2. Esta diferença causada entre o tamanho da medula espinhal e a coluna vertebral determina o afastamento dos seguimentos medulares das vértebras correspondentes, como exemplo: se houver lesão da vértebra Torácica 12 (T12), o seguimento da medula espinhal atingido será o lombar, e se houver lesão de uma vértebra lombar, somente será afetada a cauda eqüina. A medula é revestida pelas meninges: dura-mater, aracnóide e pia-mater.

MACHADO (1993) enfatiza que o conhecimento dos aspectos *microscópicos* é fundamental para a compreensão de que existe correlação entre a localidade anatômica de uma lesão e o sintoma clínico observado. Em um corte transversal da medula espinhal poderíamos observar a substância branca envolvendo a substância cinzenta. A substância cinzenta tem a forma de uma borboleta e tem como componente mais importante os neurônios. A substância branca é repleta de fibras que agrupadas formam os tractos e fascículos, que formam as vias por onde passam os impulsos nervosos. Portanto as vias são formadas pelos prolongamentos dos neurônios e podem ser ascendentes ou descendentes.

A importância do conhecimento destas características macroscópicas adicionadas às microscópicas, é determinar as conseqüências que podem resultar de um TRM em diferentes níveis da coluna vertebral e da medula espinhal, bem como direcionar o planejamento da assistência ao paciente.

Na avaliação de um paciente com TRM, deve ser determinado o nível da lesão óssea (coluna vertebral), o nível da lesão neurológica (medula espinhal) e o grau de comprometimento da

medula espinhal (completo, incompleto), bem como qual o conceito que o paciente tem sobre "trauma raquimedular", suas conseqüências e complicações.

A determinação do *nível da lesão óssea* é realizada com avaliação do Rx da coluna espinhal. Para a determinação dos *níveis neurológicos* e do grau de comprometimento, o paciente deverá ser submetido a exame físico com a avaliação detalhada dos miótomos e dermatômos. Por miótomo a American Spinal Injury Association - ASIA (1996) refere-se à coleção de fibras musculares inervadas pelo axônio motor dentro de cada raiz. Dermatomo refere-se à área da pele inervada pelo axônio sensorio dentro de cada raiz. São 10 miótomos e 28 dermatômos de cada lado do corpo (Anexo I). Em geral este exame é realizado na primeira avaliação do paciente e repetido freqüentemente para comprovação da estabilidade do nível da lesão. O médico é o responsável por esta avaliação na maioria das vezes, porém o(a) enfermeiro(a) é capaz de realizá-la após receber treinamento.

A definição da ASIA (1996) para tetraplegia é o resultado de uma alteração das funções dos braços bem como do tronco, pernas e órgãos pélvicos. Na paraplegia as funções dos braços está preservada, mas dependendo do nível da lesão, o tronco, as pernas e órgãos pélvicos poderão estar envolvidos. O paciente com TRM abaixo do nível medular T2 é considerado paraplégico e acima deste nível é tetraplégico.

Uma das poucas alternativas para conter os danos da medula espinhal após o trauma, que ainda está em experimentação clínica, é a administração de metilprednisolona nas primeiras setenta e duas horas. Outras terapias disponíveis, como os recursos cirúrgicos e algumas drogas farmacológicas não são eficazes para reverter totalmente os danos causados pelo TRM. A cirurgia é limitada à descompressão da medula espinhal, retirada de fragmentos e estabilização da coluna através da fixação de vértebras (GEBRIN et al, 1997).

O TRM é uma das lesões incapacitantes mais devastadoras e a capacidade funcional do paciente será determinada de acordo com o nível neurológico da lesão medular. Os pacientes com tetraplegia de C1 a C4 em geral requerem assistência respiratória e cuidados especializados. De C5 a C8 ocorre mudança progressiva na independência, porém o paciente ainda precisa de assistência nas atividades de vida diária e suas principais atividades são intelectuais. A partir das lesões neurológicas ocorridas entre T1 e T5 os pacientes já são independentes nas atividades de vida diária, são independentes no cuidado da bexiga, mas necessitam de auxílio no cuidado intestinal; realizam atividades sedentárias ou intelectuais. As lesões ocorridas de T6 a T9 ainda pedem auxílio no cuidado intestinal. Nos pacientes com lesão neurológica entre T10 e T12 ocorre completa independência nas atividades de vida diária, independência nos cuidados com a bexiga e intestino e conseguem trabalho compatível com sua vocação. O desempenho das capacidades funcionais entre L1 e L3 praticamente são iguais às de T10 a T12 e as lesões neurológicas abaixo de L4 determinam controle da bexiga e do intestino. (HOEMAN et al, 1990)

Ideologicamente os pacientes com TRM deveriam iniciar a reabilitação tão logo fosse diagnosticado ou suspeitado do trauma para que as lesões descritas acima tenham menor gravidade. Segundo FERREIRA (1986) reabilitação é a recuperação das faculdades físicas ou psíquicas dos incapacitados. Comarú apud FARO (1995), define reabilitação como um processo educativo, criativo, dinâmico e progressivo voltado para a identificação e exploração do potencial do indivíduo portador de incapacidade, com vistas à sua integração ou reintegração na comunidade, dando-lhes a oportunidade de tornar-se ou continuar produtivo e participante da sociedade.

A proposta de reabilitação pós TRM, tem o intuito de minimizar as complicações e com isto diminuir as reinternações, aumentar a expectativa de vida pós lesão, facilitar a reinserção

do indivíduo na sociedade e na profissão, enfim melhorar a qualidade de vida do paciente. Ela deve abranger o período de hospitalização e ter continuidade no ambulatório e domicílio, incluindo a prevenção das complicações e o reconhecimento precoce dos seus sinais e sintomas. Dessa maneira, além de uma equipe multidisciplinar para o atendimento, é fundamental a participação e o envolvimento de pelo menos um familiar, especialmente no caso dos pacientes tetraplégicos. Segundo FARO (1995) apesar da atuação do(a) enfermeiro(a) junto ao paciente com TRM ser autônoma, em algumas situações há necessidade de uma relação de interdependência com os outros profissionais proporcionando maior benefício ao paciente. Os profissionais que compõe a equipe multidisciplinar em uma unidade de reabilitação, trabalham por um único objetivo ou seja, a reabilitação do paciente. São realizados encontros freqüentes para discussão e definição de metas a serem alcançadas, juntamente com o paciente. A equipe é composta por: enfermeiro, fisiatra, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, pedagogo, engenheiro de reabilitação, terapeuta ocupacional, protético, nutricionista, médicos de outras especialidades, dentre outros.

Apesar de ser plenamente reconhecida a importância da reabilitação, a realidade nacional nos deixa preocupados ao constatar que contamos com poucos centros destinados à reabilitação. Estes, em geral localizam-se nas grandes cidades e o acesso dos pacientes que vivem no interior do estado ou mesmo na periferia das grandes cidades é difícil por motivos relacionados a falta de veículo apropriado para transporte dos pacientes, à necessidade, do paciente estar acompanhado por um cuidador que muitas vezes deverá perder dias do seu emprego, intensificando a dificuldade financeira que se instala no seio da família. Portanto a realidade nacional não propicia condições para que o paciente tenha continuidade no atendimento necessário. O Ministério da Saúde (MS,1995) propõe um planejamento de organização dos serviços de saúde direcionado à

pessoas portadora de deficiência no sistema único de saúde. O sistema de referência e contra-referência deve ser mantido, mas orienta a Reabilitação Baseada na Comunidade que surgiu como uma nova modalidade de atendimento às pessoas deficientes, com a característica de ir ao encontro das necessidades da clientela e se utilizar recursos propostos pela comunidade (BRASIL, 1995)

Preocupo-me com a atuação específica do(a) enfermeiro(a) junto aos pacientes com TRM, nos hospitais gerais, pois os pacientes sofrem alterações orgânicas e psicológicas, que terão que ser conhecidas pela equipe de enfermagem para que os sinais e sintomas possam ser identificados precocemente.

Não podemos esquecer que pacientes são seres humanos únicos, trazendo consigo experiências e expectativas de vida singulares, que invariavelmente terão interferência no processo de enfrentamento da lesão medular. Com base nisto a assistência de enfermagem não poderá ser igualmente definida para todos os pacientes, pois eles terão que ser avaliados pelos(as) enfermeiros(as) e de acordo com suas expectativas em relação ao que a reabilitação poderá ajudá-lo é que será traçado o planejamento das suas atividades. Existem condutas básicas para a reabilitação de um paciente com TRM, levando em consideração os danos físicos que o atingiu, porém temos que adaptá-las a cada um dos pacientes, pelo que expusemos acima.

O mesmo raciocínio é aplicado aos familiares. Já nos deparamos com experiências distintas onde os familiares se aproximaram mais dos pacientes e outros que os abandonaram após o TRM, talvez por não suportarem a dor de imaginar que o seu ente querido estará inapto para qualquer atividade da vida. A abordagem com os familiares é semelhante à dos pacientes: ele deverá ser ouvido e suas impressões deverão ser colhidas, analisadas e aí então adaptar as intervenções às suas expectativas.

Autores como STIENS et al(1997a), BERGMAN et al (1997) e MANCUSSI (1998), concordam com a importância de abordarmos tanto

o paciente quanto um membro de sua família, de acordo com um processo educativo, ensinando-os sobre o TRM e os cuidados a serem instituídos, a fim de que a meta da reabilitação seja atingida mais facilmente. O plano de cuidados deverá ser individualizado, segundo as necessidades de cada paciente. CAWLEY et al (1997) entendem por meta de reabilitação, a maximização da independência e a prevenção de complicações.

A sociedade em que vivemos, de acordo com a sua cultura, imprime uma determinada imagem à sua população em relação à alguns fatos. O paciente com TRM, muitas vezes é visto como um peso para a sociedade, pois acredita-se que ele será improdutivo, oneroso, exigirá cuidados constantes, alterará a dinâmica domiciliar, por ser dependente, aumentará os gastos com medicamentos e às vezes causa uma inquietação ao estar presente em ambiente público pela simbologia que carrega consigo. Conhecer qual é o ambiente de origem e de destino do paciente e do familiar nos dará subsídios para compreender algumas atitudes e pensamentos do paciente e familiar, antes do início da nossa atuação.

A socialização deve ser um processo contínuo de aprendizado e treinamento para que o paciente abandone seus velhos papéis e auto-conceitos, para adquirir outros novos (CAWLEY et al, 1997).

COMPLICAÇÕES QUE OCORREM NO PACIENTE COM TRM

Como dissemos anteriormente, ainda não contamos com uma terapêutica eficaz para reverter um quadro de TRM, o que obriga o paciente a conviver com as sérias alterações do seu organismo, ficando sujeito a complicações freqüentes, relacionadas com o nível neurológico da sua lesão. Segundo DELISA et al (1992), TRM acima de C2, no Brasil, resulta em caso fatal, pelo alto nível de envolvimento medular acima da inervação do diafragma.

O sistema respiratório é um dos principais sítios onde ocorre alteração nos pacientes com TRM alta. A insuficiência respiratória poderá ocorrer por problemas de ventilação e de

oxigenação. A insuficiência ventilatória é mais comum nos casos agudos e ocorre principalmente pela paralisia muscular, pois a respiração envolve quatro grupos musculares principais: músculos acessórios do pescoço, o diafragma, músculos da parede torácica e músculos abdominais. A morbidade e mortalidade destes pacientes, relacionada com complicações respiratórias, poderá ser minimizada dando ênfase à mobilização de secreções, prevenção de atelectasias e fortalecimento da musculatura da respiração. As complicações mais comuns são: apnéia prolongada, obstrução das vias aéreas e infecções respiratórias. Até o nível neurológico T6 pode haver necessidade de auxílio para higiene pulmonar (STAAS et al, 1992)

As alterações cardiovasculares em geral envolvem a baixa frequência cardíaca dos pacientes portadores de TRM com nível neurológico alto, e STAAS et al (1992) atribuem isto à perda das conexões simpáticas entre o tronco cerebral e o coração. Hipotensão ortostática é comum em pacientes com nível neurológico de lesão acima de T6 e é associada a uma súbita diminuição nas pressões arteriais sistólicas e diastólicas e elevação da frequência cardíaca. Este mecanismo pode ser explicado pelo acúmulo de sangue nos membros inferiores com vasoconstricção ineficaz. Os pacientes apresentam bradiarritmias após a aspiração traqueal, que podem chegar a parada cardíaca. A trombose venosa profunda é causa importante de morbidade e mortalidade precoce após TRM, apesar do período de maior risco ser meses após a lesão. A causa ainda não foi completamente esclarecida, porém parece que a imobilidade é importante. A alta incidência justifica a implantação de medidas profiláticas como o uso de meia elástica e medicação anticoagulante leve durante os primeiros meses da lesão.

Segundo TRAVERS (1999), a disreflexia autonômica é uma das alterações que ocorre quando acontece um estímulo doloroso abaixo do nível do TRM. O CONSORTIUM FOR SPINAL CORD MEDICINE (CSCM, 1997) , diz que a disreflexia autonômica é uma condição

de emergência que necessita de intervenção imediata, pois se não for identificada e tratada imediatamente pode acontecer severas consequências como hemorragia subaracnóide e acidente vascular cerebral. É uma resposta do sistema nervoso autonômico, criando uma resposta exagerada do sistema nervoso simpático. Afeta principalmente os indivíduos com TRM acima de T6. Os principais sinais de disreflexia autonômica são: bradicardia; manchas avermelhadas na face, pescoço e parte superior do tórax; cefaléia; sudorese na face, pescoço e ombros (esporádico); alteração da visão; obstrução nasal, ansiedade e sentimento de pressão torácica.

O TRM poderá causar alterações em quase todos os segmentos do trato gastrointestinal. Poderá diminuir o tempo do esvaziamento gástrico em pacientes tetraplégicos e a alteração da secreção gástrica. A atonia e o íleo paralítico são riscos inerentes ao TRM. O estresse devido ao acidente poderá desencadear sangramento gástrico, mais acentuado em pacientes com lesão acima de T5, por aumento da secreção ácida. O uso de ventilação mecânica e de heparina aumentam este risco. As fezes devem ser observadas rotineiramente procurando identificar sinais de sangramento. Antiácidos e ranitidina são freqüentemente utilizados com o intuito de diminuir a secreção de ácido.

O TRM leva o paciente a apresentar uma disfunção vesical chamada neurogênica. O procedimento definitivo a ser adotado com cada paciente é avaliado quando ele já está estável. Muitas vezes é necessário cateterismo vesical permanente ou intermitente, facilitando o aparecimento de infecções urinárias de repetição e a formação de cálculos.

O intestino neurogênico é uma alteração prejudicial à função gastrointestinal e anorectal, resultante da lesão do sistema nervoso, podendo levar a complicações. Pesquisas relatam como consequência do intestino neurogênico, alta prevalência de queixas gastrintestinais e impacto negativo na qualidade de vida.

As seqüelas sexuais devido ao TRM estão relacionadas ao comprometimento físico de ereção, ejaculação, orgasmo, fertilidade masculina e lubrificação vaginal. No ajustamento sexual é importante a avaliação dos fatores psicossociais.

A integridade da pele freqüentemente está comprometida em função das alterações do sistema nervoso que provocam perda da capacidade vasomotora, diminuição ou ausência da sensibilidade cutânea e dos movimentos voluntários. É comum o aparecimento de úlceras de pressão nesses pacientes.

O menor gasto calórico leva a alterações nutricionais como a dislipidemias, mobilização excessiva de cálcio, balanço negativo de nitrogênio com proteólise acentuada da massa muscular e ossificação heterotópica. Inúmeros fatores como a deficiente absorção de nutrientes, dificuldades para a deglutição, ansiedade, depressão, ação de drogas e outras podem contribuir para agravar ainda mais o balanço nutricional desses pacientes.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM VISANDO O AUTOCUIDADO DO PACIENTE COM TRM

Diante de tantos agravos decorrentes da lesão medular, o trabalho da enfermagem tem posição de destaque no processo de reabilitação, inclusive para maximizar a independência e a responsabilidade do paciente no autocuidado.

Considerando a necessidade do paciente com lesão medular atuar como agente na sua reabilitação e na tentativa de sistematizar a prática da enfermagem na reabilitação, optamos por abordar a teoria de OREM que propõe um modelo conceitual baseado em três teorias que delineiam o autocuidado. As teorias descritas por OREM envolvem a *teoria dos déficits de autocuidado*, que fala sobre a necessidade de intervenção quando o indivíduo não tem competência para executá-lo; a *teoria do autocuidado*, que delineia a prática de cuidados executados pelo próprio paciente portador de uma necessidade para manter-se com vida, saúde e bem estar; a *teoria dos sistemas de enfermagem* que tem como base as

necessidades e capacidades dos pacientes para execução de autocuidado o que determinará a necessidade de intervenção da enfermagem. Para que possamos clarear as teorias descritas acima, devemos definir o autocuidado como a "prática de atividades que o indivíduo inicia e desempenha por seus próprios meios para manutenção da vida, saúde e bem estar". Nesta definição está incluído o cuidado dispensado pela família de pacientes que estão impossibilitados de desempenhar seus cuidados (OREM, 1995). O conceito de autocuidado de OREM possui uma aplicação pragmática na prática de enfermagem e uma maneira singular de ver o fenômeno de enfermagem (FOSTER; JANSSENS, 1993).

São necessários três requisitos básicos para se atingir os objetivos das ações de autocuidado. O primeiro deles é o *Universal de autocuidado*: são requisitos comuns a todos os indivíduos durante todos os estágios do ciclo vital, sendo ajustados à idade, à fase de desenvolvimento, ao ambiente e a outros fatores específicos do indivíduo. Nessa classe encontram-se os requisitos que, de maneira inter-relacionada, estão associados aos processos vitais e à manutenção da integridade e do funcionamento do ser humano. São identificados por Orem como: manutenção de ingestão suficiente de ar; manutenção de ingestão suficiente de água; manutenção de ingestão suficiente de alimento (estes três primeiros requisitos garantem ao indivíduo material necessário para o metabolismo e produção de energia); manutenção de cuidados associados a processos de eliminação e excreção (assegura a integridade desses processos e sua regulação, além do controle efetivo dos materiais eliminados); manutenção de um equilíbrio entre atividade e repouso; manutenção de um equilíbrio entre solidão e interação social ; prevenção de perigos à vida, ao funcionamento e ao bem-estar do indivíduo; promoção de normalidade no funcionamento e desenvolvimento humano. O segundo aspecto são os *Requisitos Desenvolvimentais de AutoCuidado*: são particularidades

referentes aos estágios de desenvolvimento humano que ocorrem em relação às situações normais (por exemplo, gestação, mudanças físicas, como o branqueamento dos cabelos) ou associadas a um evento (por exemplo, perda de uma pessoa significativa). O terceiro é o *Autocuidado por Desvio de Saúde* que diz respeito a indivíduos doentes, acidentados, incapacitados ou que estão sob tratamento médico para diagnosticar e corrigir uma condição. Fazem parte desse requisito de autocuidado por desvio de saúde: procurar e garantir assistência médica adequada perante às necessidades; observar e conscientizar-se dos efeitos e resultados que proporcionam estados patológicos; executar efetivamente medidas prescritas pelo médico; regular os efeitos desagradáveis ou maléficos de medidas prescritas pelo médico; modificar o autocuidado (e a auto-imagem), para a aceitação de si como estando num estado especial de saúde (doente), necessitando de cuidados específicos de saúde; aprender a viver nestas condições, bem como com efeitos de medidas de diagnóstico e tratamento médico, num estilo de vida que promova o desenvolvimento pessoal contínuo (OREM, 1995)

A atuação do enfermeiro ocorre quando a demanda de autocuidado terapêutico é maior do que a capacidade de autocuidado do indivíduo, tendo caracterizado o déficit de autocuidado. As ações de enfermagem ficam posicionadas em três diferentes sistemas ou seja, o *totalmente compensatório* quando a capacidade de autocuidado é limitada ou ausente e o enfermeiro responde por ações e/ou decisões necessárias à satisfação dos requisitos de autocuidado; no *sistema parcialmente compensatório* o paciente e o enfermeiro realizam ações de autocuidado, alternando-se no papel de principal agente de autocuidado, em função das limitações, conhecimentos e habilidades do pacientes ou familiar; e no *sistema de apoio-educação* quando o paciente está apto e pode ou deve aprender a realizar as ações de autocuidado terapêutico, porém necessita de

auxílio; o enfermeiro empenha-se em promover o paciente a um agente de autocuidado.

Nesta teoria pudemos ver contemplado a preocupação com a eliminação intestinal nos requisitos básicos e no sistema de apoio-educação onde está inserido o processo de informações e orientações cabíveis no programa de reabilitação intestinal.

AÇÕES DE ENFERMAGEM REFERENTES A ALTERAÇÕES NO FUNCIONAMENTO INTESTINAL EM PACIENTES COM TRM

As alterações intestinais estão entre as conseqüências do TRM e podem causar situações de constrangimento ao paciente perante a sociedade, incluindo o ambiente de trabalho. Segundo KIRK et al (1997), as complicações intestinais mais freqüentemente encontradas são: íleo paralítico, úlcera gástrica, refluxo gastroesofágico, disreflexia autonômica, dor, distensão abdominal, diverticulite, hemorróidas, náuseas, perda de apetite, impactação fecal, diarréia, constipação e evacuação não planejada.

A constipação é o mesmo que fezes endurecidas, que ocorre com a diminuição da eliminação da quantidade de fezes por pelo menos 3 dias e a ausência de movimentos intestinais por aproximadamente 24 horas. A impactação é tida como uma constipação que ocorre por um tempo mais prolongado (CSCM, 1999). Segundo o CSCM (1999) as complicações intestinais observadas no 1º mês após o TRM são: ileoparalítico em 4,6%, úlcera péptica em 1,4%, pancreatite em 2,2%. Após o 1º mês do TRM, a impactação fecal é a complicação intestinal mais comum, com 6,9%, seguida de úlcera péptica em 0,7% dos pacientes com TRM. O(a) enfermeiro(a) com experiência nesse campo tem competência para: detectar os sinais e sintomas que os pacientes apresentam devido às complicações; e atuar de maneira a preveni-las ou eliminá-las. Ele também pode formular e apresentar um plano de cuidados para os familiares detectarem as alterações precocemente e atuarem de modo preventivo ou mesmo terapêutico,

como já foi sugerido por RINTALA et al (1996) e SHADDINGER (1995)

O paciente com TRM recente, tem pouco ou nenhum conhecimento das alterações que ocorrem no seu corpo, das complicações que podem surgir e da gravidade que elas representam em termos de manutenção da vida.

O primeiro passo de um plano educacional aos pacientes com TRM, é transmitir-lhes o conhecimento das principais alterações ocorridas no seu organismo. Segundo DUNN; SOMMER (1997) deve-se ter cuidado especial com a habilidade de comunicação efetiva, a fim de garantir o sucesso na transmissão do conhecimento e na padronização do desempenho profissional. A forma de transmitir os conhecimentos deverá contemplar as diferenças existentes quanto ao tempo de instalação da lesão e nível neurológico do TRM, ao tipo de lesão ocorrida e quanto ao nível sócio-econômico-cultural do paciente.

Os pacientes com TRM acima de T2, ou seja, os tetraplégicos, em geral apresentam severo comprometimento físico e necessitam contar com a ajuda constante de outra pessoa para realizar as atividades de vida diária (comer, vestir-se, banhar-se, locomover-se, realizar as eliminações e cuidar da aparência). Achamos que a presença do familiar é mais indicada para acompanhar estes pacientes, do que um cuidador sem vínculo familiar com o paciente. A presença do familiar nas fases do processo educativo é fundamental para que ele também possa compreender o que é o TRM e como ele poderá auxiliar o paciente.

Nos centros de reabilitação a meta que se quer atingir com cada paciente, é estabelecida individualmente e é traçado um plano para se atingir esta meta. O plano é traçado pela equipe multidisciplinar, após conhecer o paciente e suas expectativas. O caminho para se atingir a meta estipulada deve ser cuidadosamente avaliada, tendo em vista dificuldades específicas que podem ocorrer com o paciente ou com o familiar que o acompanha. Este planejamento em geral recebe o nome de *programa*

de reabilitação. A continuidade do programa de reabilitação dependerá de como os pacientes e familiares serão abordados não só na unidade de internação como nos retornos ambulatoriais.

Em relação à reeducação intestinal, é necessário elaborar um programa, que além do nível neurológico da lesão, leve em consideração os tipos de alimentos ingeridos, diferenças culturais e educacionais, hábitos e frequência de funcionamento intestinal anteriores ao TRM. O estabelecimento de um programa de reeducação intestinal eficiente pode minimizar o desenvolvimento de complicações intestinais. Este planejamento é chamado de *reabilitação intestinal* e está inserido no programa de reabilitação. Se o paciente não participar de um programa de reabilitação e não houver a reabilitação intestinal ele poderá ainda receber apenas *informações* esparsas sobre o cuidado intestinal, que não lhe darão o conhecimento necessário para atingir o controle intestinal.

Previamente ao início do processo educativo devemos estar atentos para o fato de que existem dois padrões básicos de intestino neurogênico, cujo conhecimento é indispensável para traçar o programa de controle intestinal:

- Intestino Reflexivo ou Espástico - resulta de lesão medular cervical ou torácica. As lesões nestes níveis interrompem as mensagens entre o cólon e o cérebro. A medula espinhal ainda coordena reflexos do intestino. Apesar de não sentir a necessidade de eliminar as fezes, os movimentos peristálticos persistem. Neste caso o cólon responde com movimentos peristálticos reflexos para empurrar as fezes, quando ocorre o estímulo dígito-anal ou químico.
- Intestino Arreflexivo ou Flácido - resulta de lesão medular no nível lombar e sacral ou ainda em ramos nervosos intestinais. Neste caso haverá diminuição dos movimentos peristálticos e redução do controle reflexo do esfíncter anal. No cuidado deste tipo de intestino não é indicado o

uso de estímulo químico porque a resposta é muito fraca. As fezes são removidas manualmente.

O(A) enfermeiro(a) é o membro da equipe multidisciplinar, que pelas suas atribuições tem importante papel no acompanhamento do cuidado intestinal e se necessário pode propor alterações nas práticas de autocuidado indicadas.

A necessidade de ajuda no cuidado intestinal depende da associação de fatores como: nível neurológico da lesão, tipo de lesão, empenho do paciente em se autocuidar, estímulo da família. Portanto cada paciente tem um desenvolvimento diferente. HOEMAN et al (1990) agruparam os TRM por nível neurológico, relacionando com o autocuidado que o paciente poderá desenvolver. Segundo este autor, em relação ao autocuidado intestinal os pacientes com lesão medular de C1 a C4 são totalmente dependentes de um cuidador, de C5 a C8 necessitam de assistência parcial de um cuidador, de T1 a T5 também precisam de ajuda porém de menor intensidade, T6 a T9 podem precisar de ajuda eventualmente, T10 a T12 e L1 a L3 ocorre a independência no cuidado intestinal e abaixo de L4 existe o controle intestinal.

Temos então graus de independência do paciente em relação ao cuidado intestinal. A "Padronização Internacional para Classificação Neurológica e Funcional das Lesões de Medula Espinhal", revisadas em 1996 e publicadas pela Associação Americana de Lesão de Medula Espinhal (ASIA) e pela Sociedade Médica Internacional de Paraplegia (IMSOP), define os graus de independência do paciente em 6 áreas: autocuidado, controle esfinteriano, mobilidade, locomoção, comunicação e cognitivo. Cada área desta é subdividida, apresentando um total 18 itens para avaliação, como por exemplo o autocuidado é dividido em comer, banhar-se, vestir parte superior do corpo, vestir parte inferior do corpo, toalete e aprontar-se (escovar dentes, maquiar-se, barbear-se, pentear cabelos, lavar o rosto). Esta escala recebe o nome de "medidas de

independência funcional" (MIF) (ASIA, 1996). Na mesma publicação também é definido que o "controle intestinal", inclui o controle intencional completo do movimento intestinal e o uso de equipamentos e agentes necessários ao controle intestinal. Considera-se que o paciente *não necessita de ajuda* quando ele controla intencionalmente e completamente o ato de defecar e este nunca é incontinente. É considerado que o paciente *precisa de ajuda* quando ocorrem acidentes de eliminação intestinal desde semanais até diários ou então necessita de auxílio para utilização de práticas de autocuidado ou dispositivos externos. É importante esclarecer que a locomoção não influi na avaliação do controle intestinal, pois é considerada em outro item do MIF. Então se o paciente necessita de auxílio para ser transportado e transferido para o vaso sanitário, não é considerado que ele tenha tido ajuda do seu cuidador na área de eliminação intestinal, porque a transferência e transporte do paciente é avaliada na área locomoção.

Didaticamente podemos dividir o processo educativo da reeducação intestinal, em 3 fases: orientação, treinamento e supervisão.

- **Orientação** : nesta fase é descrita a anatomia gastrointestinal e sua inervação, a função de cada parte do sistema gastrointestinal e a consequência se a lesão medular atingir o centro espinhal ou sacral que controla o processo de defecação. Após a avaliação do tipo de intestino são fornecidas informações sobre as práticas de autocuidado e condutas indicadas para cada caso: dieta rica em fibras, estímulo dígito-anal, extração manual das fezes, medicamentos (laxantes, supositórios), massagem abdominal, pressão abdominal, lavagem intestinal, os horário e frequência para defecação que podem ser adotados para facilitar o processo. Estas informações são mais eficazes se puderem ser transmitidas para cada paciente e seu familiar

individualmente, pois poderemos particularizar cada caso. Após as informações preliminares, a manobra indicada para cada caso é demonstrada pelo(a) enfermeiro(a), quantas vezes for necessário para que o paciente se sinta seguro em realizá-la. Se o paciente necessitar de um cuidador, este acompanhará todas as orientações.

- *Treinamento:* o paciente precisa treinar as práticas de autocuidado que lhes foram indicadas e orientadas. O(a) enfermeiro(a) o acompanhará nas primeiras tentativas que podem ser frustradas e frustrantes. As práticas de autocuidado são mais facilmente executadas pelo paciente quando ele adquire estabilidade corporal e habilidade manual. Se houver necessidade de ajuda, o cuidador é encorajado a realizar as práticas de autocuidado e deve ser observada sua reação.
- *Supervisão:* esta fase em geral é realizada pelo(a) enfermeiro(a) no ambulatório, nas consultas de retorno após a alta. É quando é feita a coleta de dados relativos a eficiência do programa de reeducação intestinal proposto para cada paciente e as complicações intestinais que podem estar presentes.

De posse de literaturas que descrevem aspectos de definição dos conceitos importantes das alterações da fisiologia intestinal, das complicações intestinais e do programa educacional a ser instituído pelo(a) enfermeiro(a), acreditamos que a teoria de OREM preenche o requisito para ser o referencial teórico do nosso estudo para se atingir os objetivos propostos, apresentados à seguir.

2- OBJETIVOS

São objetivos deste estudo:

- 1- Descrever alguns dados epidemiológicos da amostra de pacientes estudados
- 2- Identificar e descrever suas práticas de autocuidado referentes ao funcionamento intestinal e relacioná-las com características demográficas e clínicas.
- 3- Identificar e descrever as complicações referentes ao funcionamento intestinal, relacioná-las com características demográficas e clínicas e com as práticas de autocuidado.
- 4- Relacionar as internações ocorridas após a lesão medular com as informações oferecidas sobre o funcionamento intestinal.

Este é um estudo exploratório descritivo, que utilizou métodos quantitativos. A pesquisa foi desenvolvida junto a pessoas com lesão medular atendidas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (HC) e no Ambulatório de Fisioterapia da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP). O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) (Anexo 1), e após foi submetido à apreciação dos responsáveis pela disciplina de urologia do HC e pelo coordenador do curso de fisioterapia da UNAERP. (Anexo 2 e 3)

1- Amostra

Solicitamos às duas instituições envolvidas relatório com o nome das pessoas atendidas por eles. Dentre estes, foram selecionados para entrevista aqueles que atenderam os critérios de inclusão:

- ✓ ter idade mínima de 18 anos
- ✓ ter condições de responder às perguntas
- ✓ residir em Ribeirão Preto
- ✓ consentir em participar do estudo, após conhecer os objetivos, seus direitos quanto ao anonimato e a não interferência no seu tratamento.

No HC encontramos 95 pacientes que se enquadravam nos critérios para seleção da amostra.

No ambulatório da UNAERP foram identificados 25 pacientes sendo que 6 também eram pacientes do HC.

A população identificada de pessoas com lesão medular segundo os critérios descritos, foi composta de 114 pessoas. Destes a amostra de conveniência foi de 27 pessoas. A limitação do número de pessoas deu-se pela dificuldade de localização dos mesmos em seus endereços para entrevista e pelo limite de tempo estabelecido para a coleta de dados.

2- Coleta de Dados

Para atender aos objetivos do estudo, os dados foram coletados através de entrevista com o preenchimento de um questionário. Os instrumentos utilizados foram o registro cursivo com lápis e papel, bem como a gravação em tape.

O questionário (Anexo 5) é composto de 3 partes. A parte 1 compreende informações relativas à caracterização da pessoa quanto a idade, sexo, estado civil, renda familiar, escolaridade e ocupação. A parte 2 refere a dados das condições clínicas como tipo de TRM, nível neurológico da lesão medular, nível ASIA, data da lesão, participação de programa de reabilitação. A parte 3 compreende informações quanto a práticas de auto cuidado referentes ao funcionamento intestinal, incluindo as práticas de autocuidado utilizadas e possíveis complicações intestinais após o TRM.

A operacionalização desta fase do estudo foi viabilizada pela própria autora. Optamos por realizar a entrevista na residência das pessoas. Para os que possuíam telefone foi realizado um agendamento para a entrevista, respeitando os seus horários disponíveis. Para aqueles que não tinham telefone para contato, fomos até a residência sem comunicação prévia e com o seu consentimento realizamos a entrevista.

O contato com o paciente foi iniciado com a nossa apresentação como enfermeira e pesquisadora e explicação do objetivo da pesquisa e seus direitos como participante. Fizemos a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e solicitamos a sua assinatura quando houve concordância na participação. (Anexo 4)

É necessário mencionar que o assunto do estudo, eliminação intestinal, é constrangedor para algumas pessoas, por este motivo as perguntas da parte 3 do questionário, pertencentes ao

cuidado com o funcionamento intestinal, foram feitas com cautela.

Foi realizado um estudo piloto com dois pacientes portadores de lesão medular, que fazem seguimento no HC. Estes dois pacientes fizeram parte da amostra seleccionada. O estudo piloto sugeriu ajustes na elaboração do questionário, que facilitaram o seu preenchimento.

3- Análise dos dados

Os dados da entrevista foram submetidos a análise para identificação dos aspectos descritivos utilizando os programas EXCEL E EPIINFO 6.0.

4- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentaremos os resultados e discussão dos dados deste estudo, de acordo com os objetivos propostos.

1. Descrição dos dados epidemiológicos da amostra de pacientes estudados: no Quadro I distribuímos as principais características da amostra.

QUADRO I- Frequência dos pacientes com lesão medular segundo o sexo, faixa etária no acidente, estado civil, escolaridade, renda familiar, profissão antes do acidente, profissão após o acidente, etiologia da lesão, nível neurológico da lesão e tipo da lesão. Ribeirão Preto, 2001

Característica		f	(%)
SEXO	♣ masculino	27	100
FAIXA ETÁRIA NO ACIDENTE	♣ 16 a 28 anos	18	66.7
	♣ 29 a 47 anos	9	33.3
FAIXA ETÁRIA ATUAL	♣ 18 a 30 anos	17	63
	♣ 31 a 49	10	37
ESTADO CIVIL	♣ solteiro	18	66.7
	♣ casado ou amasiado	6	22.2
	♣ separado	3	11.1
ESCOLARIDADE	♣ até 1º grau incompleto	16	59.3
	♣ 1º grau completo	3	11.1
	♣ 2º grau incompleto	5	18.5
	♣ 2º grau completo	1	3.7
	♣ superior incompleto	1	3.7
RENDA FAMILIAR	♣ 2 a 5 Salários mínimos	17	63
	♣ 6 a 12 Salários mínimos	9	33.3
	♣ não informou	1	3.7
PROFISSÃO ANTES DO ACIDENTE	♣ serviços gerais	5	18.5
	♣ mecânico	3	11.1
	♣ pedreiro	3	11.1
	♣ operador máq.	2	7.4
	♣ representante comercial	2	7.4
	♣ outros	12	44.4
PROFISSÃO APÓS O ACIDENTE	♣ sem atividade	20	74.1
	♣ serviços gerais	2	7.4
	♣ comerciante	2	7.4
	♣ estudante	2	7.4
	♣ representante comercial	1	3.7
ETIOLOGIA DA LESÃO	♣ Ferimento por Arma de Fogo	13	48.1
	♣ Mergulho em Águas Rasas	4	14.8
	♣ Acidente automotivo	6	22.2
	♣ Queda	4	14.8
NÍVEL NEUROLÓGICO DA LESÃO	♣ C1 - C4	8	29.6
	♣ C5 - C8	7	25.9
	♣ T1 - T5	3	11.1
	♣ T6 - T9	4	14.8
	♣ T10-T12	8	29.6
	♣ L1 - L3	1	3.7
	♣ sem informação	1	3.7
TIPO DE LESÃO	♣ incompleta	7	25.9
	♣ completa	2	7.4
	♣ sem informação	18	66.7

No estudo todos os 27 indivíduos entrevistados eram do sexo masculino. A predominância do sexo masculino confirma os dados encontrados na literatura internacional. Nos Estados Unidos da América (EUA) dados oficiais (NSCISC, 1998) e de pesquisadores como KIRSHBLUM et al (1998), relatam que 80% ou mais dos pacientes com lesão medular são homens. No Brasil, CASALIS (1999); SILVA (1998); SANTOS (1989) e MOROÓKA (2000) descrevem resultados semelhantes aos encontrados. Como vemos a predominância do sexo masculino não depende do país onde é feito o estudo. Este dado pode ser devido ao fato dos homens se exporem a maior risco de vida e executarem atividades mais perigosas, tanto profissionais como esportivas.

A faixa etária apresentada pelos pacientes na época do acidente variou de 16 a 47 anos, sendo que entre 16 e 28 anos encontramos o maior número deles, 18 (66,7%); os outros 9 pacientes (33,3%) tinham idade entre 29 e 47 anos de idade.

Na faixa etária atual referente ao momento da entrevista a distribuição dos pacientes foi semelhante: 17 pacientes (63%) tinham entre 18 e 30 anos e 10 (37) entre 31 e 49 anos.

Na literatura consultada, existe concordância com os dados achados neste estudo no que se refere a idade. KIRSHBLUM et al (1998) estudou pacientes que haviam sido reabilitados em centros especializados para pacientes com lesão medular há mais de 1 ano e encontrou pacientes com idade variando de 17 a 76 anos, com média de 37 anos. CASALIS (1999) que estudou os pacientes com lesão medular atendidos na AACD e ALEGRETTI et al (1999) que estudaram retrospectivamente os pacientes com lesão na medula cervical atendidos na mesma instituição, relatam que a média de idade destes pacientes é de 25 anos. No seu estudo SANTOS (1989) encontrou faixa etária predominante de 21 a 30 anos com 49% dos casos estudados no Hospital das Clínicas de São Paulo. FARO (1991) avaliou 40 pacientes do sexo masculino, portadores de paraplegia, atendidos no ambulatório do Hospital das Clínicas de São Paulo para identificar alterações da função sexual e

encontrou 42,5% dos pacientes entre 23 e 32 anos. Em Londrina, MOROÓKA (2000) entrevistou pacientes atendidos no ambulatório do Hospital Universitário, tendo encontrado predomínio dos pacientes na faixa etária de 31 a 40 anos. SILVA (1998) estudou a incidência de pacientes com lesão medular cervical tendo como etiologia os acidentes por mergulho em águas rasas e que foram atendidos no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, SP, encontrando a faixa etária predominante de 10 a 30 anos.

O estado civil da maioria dos pacientes era solteiro, com 18 deles (66,7), 6 pacientes (22,2%) eram casados ou amasiados e 3 deles (11,1%) haviam se separado de suas companheiras. SILVA (1998) encontrou dados semelhantes ou seja, 68% dos pacientes do seu estudo eram solteiros. Na literatura americana (NSCISC, 1998) existe a concordância com os dados encontrados no nosso estudo e com a literatura nacional, ou seja a maioria dos pacientes com lesão medular são solteiros.

Tabela 1- Frequência dos pacientes com lesão medular segundo o estado civil e a idade na ocasião da entrevista, Ribeirão Preto, 2001

	Solteiro		Casado		Separado		Amasiado		Total	
IDADE	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
18├ 25	10	37,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	37,0
25├ 31	6	22,2	0	0,0	1	3,7	0	0,0	7	25,9
31├ 37	2	7,4	1	3,7	1	3,7	0	0,0	4	14,8
37├ 43	0	0,0	2	7,4	0	0,0	0	0,0	2	7,4
>=43	0	0,0	2	7,4	1	3,7	1	3,7	4	14,8
Total	18	66,7	5	18,5	3	11,1	1	3,7	27	100,0

n= número de pacientes

Observamos que os 18 pacientes solteiros, pertencem à faixa etária atual entre 18 e 36 anos e os 9 pacientes que são casados, amasiados ou já tiveram experiência matrimonial anterior, ficaram na faixa etária entre 25 e 49 anos. Estes dados eram esperados pois na nossa sociedade os indivíduos mais

jovens são solteiros, enquanto com idade mais avançada já tiveram experiência matrimonial. (Tabela 1)

A literatura americana (NSCISC, 1998) relata que a probabilidade de um casamento permanecer intacto após o acidente, é ligeiramente menor do que o restante da população e que é reduzida a probabilidade de acontecer um casamento após a lesão.

Segundo SOARES (2000), os jovens que casam e têm filhos se envolvem menos com a violência e segundo WESTGREN; LEVI (1998) ser casado ou morar junto com uma companheira pode ter um efeito positivo no desenvolvimento da qualidade de vida de um paciente com lesão medular.

Quanto à escolaridade, encontramos 16 pacientes (59,3%) com até o 1º grau incompleto; 3 pacientes (11,1%) com 1º grau completo, 5 (18,5%) com 2º grau incompleto, 1 paciente (3,7%) com 2º grau completo e 1 (3,7%) com curso superior inacabado. Os resultados encontrados são similares a outros estudos realizados no Brasil. ALEGRETTI et al (1999) relatam que a maioria dos participantes do seu estudo cursaram o 1º grau completo. MOROÓKA (2000) relata que 68% dos pacientes do seu estudo relatam ter o primeiro grau. FARO (1991) encontrou 70% dos pacientes em nível de primeiro grau (completo ou incompleto).

A renda familiar variou de 2 a 12 salários mínimos, sendo que houve predominância na faixa de 2 a 5 salários mínimos com 17 pacientes (63%); outros 9 pacientes (33,3%) ficaram com a renda de 6 a 12 salários mínimos e 1 (3,7%) não soube informar a renda da família, que envolvia irmã e cunhado. Os nossos dados são semelhantes aos encontrados por MOROÓKA (2000), que relata 59,1% da sua amostra com renda familiar entre 1 e 5 salários mínimos. Ainda segundo esta autora e GONZALES (2000), existem relatos de descontinuidade do tratamento por ser oneroso e a renda familiar ser baixa. Em geral o paciente com lesão medular deixa de ter renda individual ou muda o valor recebido para valores menores, dificultando ainda mais a situação familiar.

Tabela 2- Frequência dos pacientes com lesão medular segundo a renda familiar e a escolaridade. Ribeirão Preto, 2001

		Não alfabetiz		1º G. Incompl.		1º G. Compl.		2º G. Incompl.		2º G. Compl.		Sup. Incompl.		
Renda														
Familiar	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2├4	1	3,7	6	22,2	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	8	29,6
4├6	0	0,0	6	22,2	0	0,0	2	7,4	0	0,0	1	3,7	9	33,3
6├8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
8├10	0	0,0	1	3,7	1	3,7	0	0,0	1	3,7	0	0,0	3	11,1
10├12	0	0,0	2	7,4	1	3,7	2	7,4	0	0,0	1	3,7	6	22,2
Não inf.	0	0,0	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Total	1	3,7	15	55,6	3	11,1	5	18,5	1	3,7	2	7,4	27	100,0

n= número de pacientes

Se considerarmos as variáveis renda familiar e escolaridade concomitantemente, vamos encontrar 13 (48,1%) pacientes com renda familiar de até 5 salários mínimos e os mesmos 13 pacientes com escolaridade de até 1º grau incompleto. (Tabela 2)

Tabela 3- Frequência dos pacientes com lesão medular segundo a atividade antes do acidente e a escolaridade. Ribeirão Preto, 2001

	Não alfabetiz		1º G. Incompl.		1º G. Compl.		2º G. Incompl.		2º G. Compl.		Sup. Incompl.			
Atividade antes lesão	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sem atividade	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Serv. Gerais	0	0,0	3	11,1	0	0,0	1	3,7	0	0,0	1	3,7	5	18,5
Carroceiro	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Comerciante	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Segurança	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Feirante	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Mecânico	0	0,0	2	7,4	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	11,1
Atleta	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Escriturário	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7	1	3,7
Balconista	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Motorista	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Pedreiro	0	0,0	3	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	11,1
Op. Máquina	0	0,0	1	3,7	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	2	7,4
Pintor auto	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Garçom	0	0,0	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Borracheiro	0	0,0	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Repr. Comercial	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7	1	3,7	0	0,0	2	7,4
Total	1	3,7	15	55,6	3	11,1	5	18,5	1	3,7	2	7,4	27	100,0

n= número de pacientes

Houve uma grande variação entre as profissões dos pacientes antes da lesão, porém a mais encontrada foi a de serviços gerais com 5 pacientes (18,5%), seguida dos mecânicos e pedreiros, com 3 (11,1%) pacientes cada uma; operador de máquinas e representante comercial ficaram com 2 pacientes (7,4%) cada e 12 (44,4). Outras profissões tiveram apenas 1 representante.

Após a lesão medular 20 pacientes (74,1%) não apresentavam nenhuma atividade laboral remunerada, 2 (7,4%) retomaram os estudos, 2 (7,4%) fazem serviços gerais, 2 (7,4%) são comerciantes e 1 (3,7%) era representante comercial. Os dados deste estudo coincidem com os encontrados por ALEGRETTI et al (1999), que encontraram 73% dos participantes do estudo sem atividade.

Tabela 4 - Frequência dos pacientes com lesão medular segundo a escolaridade e a atividade profissional pós lesão. Ribeirão Preto, 2001

Tabela 1 - Distribuição da população por nível de escolaridade e situação de emprego														
		Não alfabetiz		1º G. Incompl		1º G. Compl.		2º G. Incompl.		2º G. Compl.		Sup. Incompl.		
Ativ. Pós														
Acidente	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sem atividade	1	3,7	13	48,1	3	11,1	3	11,1	0	0,0	0	0,0	20	74,1
Serv Gerais	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7	2	7,4
Comerciante	0	0,0	1	3,7	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	2	7,4
Estudante	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7	0	0,0	1	3,7	2	7,4
Repres. Comercial	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7	0	0,0	1	3,7
Total	1	3,7	15	55,6	3	11,1	5	18,5	1	3,7	2	7,4	27	100,0

n= número de pacientes

Pelos mostrados no Quadro I e na tabela 3, constatamos que dos 7 pacientes (25,9%) que exercem uma atividade após a lesão, 5 tem escolaridade acima de 2º grau incompleto. Este dado nos sugere que a escolaridade tem influência no empenho do paciente em adotar uma atividade após o trauma. Outro fator importante na adoção de uma atividade após o acidente, é a reabilitação vocacional do paciente. Faz parte do processo de reabilitação a orientação e treinamento do paciente para desenvolver suas capacidades potenciais. Aqui no Brasil ainda não é comum locais

que tenham condições de realizar o treinamento para readaptação do paciente, mas nos centros de reabilitação existe orientação os pacientes e iniciam treinamento em atividades como computação. É importante dizer que dos 6 pacientes que estiveram internados em um centro de reabilitação, 5 adotaram uma atividade após a lesão. O único paciente que esteve internado no centro de reabilitação e não retornou ao trabalho, tem atividades de lazer presentes, como andar de triciclo diariamente. (Tabela 4)

Quanto a etiologia da lesão medular, na maioria dos pacientes, ou seja 13 (48,1%) o ferimento foi por arma de fogo, seguida de acidentes automotivos em 6 pacientes (22,2%), mergulho em águas rasas e queda em 4 pacientes (14,8%) em cada categoria.

Nossos dados estão consonantes com aqueles apresentados por CASALIS (1999); SANTOS (1989) e FARO (1991) que relatam que nos pacientes estudados a maior causa de lesão medular foi devido a ferimento por arma de fogo, seguida de acidente automobilístico. No estudo realizado por MOROÓKA (2000) o número de pacientes com lesão medular cuja etiologia é ferimento por arma de fogo ou acidentes automobilístico é o mesmo. Os dados da etiologia da lesão medular entretanto, são diferentes daqueles encontrados em publicações oficiais dos EUA (NSCISC, 1998) e de autores como MCKINLEY et al (1999), onde citam que a maior causa de lesão medular são os acidentes automobilísticos seguida de ferimento por arma de fogo.

Tabela 5- Frequência dos pacientes com lesão medular segundo a renda familiar e a etiologia da lesão. Ribeirão Preto, 2001

	F.A.F.		M.A.R.		Acid. Autom.		Queda altura		Acid. Moto		Atropelam.		Total	
RENDA	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2— 4	4	14,8	0	0,0	0	0,0	2	7,4	1	3,7	1	3,7	8	29,6
4— 6	6	22,2	1	3,7	0	0,0	0	0,0	2	7,4	0	0,0	9	33,3
6— 8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
8—10	1	3,7	2	7,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	11,1
10—12	2	7,4	1	3,7	1	3,7	2	7,4	0	0,0	0	0,0	6	22,2
Não inf.	0	0,0	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Total	13	48,1	4	14,8	2	7,4	4	14,8	3	11,1	1	3,7	27	100,0

n= número de pacientes

Estes resultados nos levam a citar o sociólogo Soares, professor da Universidade da Flórida, que estuda a violência da América Latina (SOARES, 2000). Nos seus estudos ele detectou que a violência no Brasil é 4 vezes maior que nos EUA e que o fator desencadeante desta violência é discutível. Afirma que parece que as diferenças sócio econômicas e a pobreza não explicam tudo pois também existe violência em cidades com nível sócio-econômico maior. Para ele o problema da violência envolve disseminação de drogas, tráfico de armas, desagregação familiar, desigualdade social, falta de educação, saúde e emprego.

SOARES (2000) cita que no caso dos acidentes por arma de fogo, existe relação com a violência, onde 4.571 jovens e adolescentes morrerem em 1995 em decorrência de acidentes por arma de fogo.

Dos 17 pacientes com renda familiar entre 2 e 5 salários mínimos, 10 (37%) tiveram ferimento por arma de fogo e 13 (48,1%) tinham até o 1º grau incompleto. Os outros pacientes desta faixa de renda familiar apresentaram como etiologia: 1 mergulho em águas rasas, 2 queda de altura e 4 acidente automotivo. (Tabela 5)

Tabela 6 - Frequência dos pacientes com lesão medular segundo a idade na ocasião do acidente e a etiologia da lesão. Ribeirão Preto, 2001

	F.A.F.		M.A.R.		Acid. Autom.		Queda altura		Acid. Moto		Atropelam.			
Idade no acidente	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
16├23	6	22,2	3	11,1	0	0,0	1	3,7	1	3,7	0	0,0	11	40,7
23├29	4	14,8	0	0,0	1	3,7	1	3,7	1	3,7	0	0,0	7	25,9
29├35	0	0,0	1	3,7	1	3,7	1	3,7	0	0,0	0	0,0	3	11,1
35├41	1	3,7	0	0,0	0	0,0	1	3,7	1	3,7	0	0,0	3	11,1
>= 41	2	7,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7	3	11,1
Total	13	48,1	4	14,8	2	7,4	4	14,8	3	11,1	1	3,7	27	100,0

n= número de pacientes

Quanto a distribuição da etiologia da lesão, considerando a faixa etária dos pacientes (Tabela 6) encontramos que 18 pacientes (66,7%) estavam na faixa etária entre 16 e 28 anos, na época do acidente. Destes 10 tiveram ferimento por arma de fogo como etiologia da lesão medular, 3 foi por mergulho em águas rasas, 3 acidentes automotivos e 2 queda de altura. Como podemos ver a faixa etária mais comprometida é jovem e nesta amostra os acidentes estão associados a ferimentos por arma de fogo principalmente.

Estudo desenvolvido por WESTGREN; LEVI (1998) sobre a lesão medular traumática e a qualidade de vida relata que a idade do paciente ao ser acidentado interfere na evolução da qualidade de vida, pois os jovens conseguem melhores níveis de reabilitação. O adulto jovem está em um período que pode contribuir de forma produtiva na sociedade necessitando ter a sua reabilitação intensamente estimulada a fim de que possa retornar à sua vida na comunidade da melhor forma possível, inclusive na atividade profissional.

Observamos que dos 19 pacientes (70,3%) com até primeiro grau completo, houveram 11 casos (57,9%) de lesão por arma de fogo e segundo SOARES (2000), existe evidências que há relação entre educação e violência, ou seja quanto mais educado, menos violento e menos vitimado pela violência é o cidadão.

As medidas para diminuir esta violência urbana deveriam partir principalmente dos órgãos governamentais, diminuindo a facilidade de acesso às armas de fogo e melhorando as condições de vida da população.

Quanto ao nível neurológico da lesão, o segmento T10-T12 foi atingido em 8 dos pacientes (29,6%) participantes, seguido do nível C7-C8 afetado em 7 pacientes (25,9%); T6-T9 em 4 pacientes (14,8%) e C1-C4 e T1-T5 em 3 pacientes (11,1%); As lesões lombares (L1-L3) só foram encontradas em 1 paciente (3,7) e 1 paciente não soube informar qual era o nível da sua lesão.

As armas de fogo causaram lesão medular cervical em 1 paciente (3,7%), lombar em 1 (3,7%) e 1 paciente não soube informar o nível neurológico da lesão. As lesões provocadas pelo mergulho em águas rasas aconteceram somente no nível cervical (4 pacientes- 14,8%). As quedas de altura foram responsáveis por lesão em 2 pacientes (7,4%) no nível cervical e 2 torácico (7,4%); o único atropelamento resultou em lesão cervical.

Quanto ao tipo de lesão, a maioria dos pacientes, 18 (66,7%) não souberam informar; 7 (25,9%) referiram ser incompleta e 2 (7,4%) completas. MOROÓKA (2000) encontrou que 55% dos participantes do seu estudo não tinham anotação nos seu prontuário sobre o tipo da lesão, ou seja se a lesão era completa ou incompleta. A falta de conhecimento deste dado pelo paciente e pela equipe que o atende, sugere que este é um dado desconsiderado para a elaboração de um planejamento de reabilitação do paciente, no entanto se a lesão for do tipo incompleta as alterações ocorridas tem comportamento menos grave e melhor evolução, e isto precisaria ser enfatizado para o paciente e familiar.

2. Descrição das práticas de autocuidados referentes ao funcionamento intestinal em pessoas com TRM relacionadas com as característica demográficas e clínicas

A massagem abdominal foi a prática de autocuidado mais utilizada pelos pacientes da amostra (48,1%) para o funcionamento intestinal, seguida de dieta rica em fibras, por 10 pacientes (37%), laxante e toque dígito-anal utilizada por 6 pacientes (22,2%), extração manual por 3 (11,1%), 2 fizeram lavagem com chuveiro (7,4%) e 1 utilizou supositório (3,7%). O total de práticas de autocuidado utilizadas foi de 41, o que significa dizer que alguns pacientes utilizaram mais de uma prática para auxiliar o funcionamento intestinal. A média de práticas de autocuidado utilizadas por cada paciente é de 1,5. (Gráfico 1)

Os dados da literatura internacional não coincidiram com os do nosso estudo, KIRSHBLUM et al (1998) relatam que 80% dos participantes do seu estudo realizam estímulo dígito-anal; 72% usam supositório; 56% usam medicação oral e 13% usam dieta modificada. No Brasil ALEGRETTI et al (1999) detectaram que a maioria dos pacientes egressos de um programa de reabilitação

preferem usar laxante. Nos estudos revisados não encontramos relato de associação das práticas de autocuidado utilizadas considerando o tipo de intestino dos participantes, ou seja reflexivo ou arreflexivo.

O intestino neurogênico reflexivo ou espástico é encontrado nos pacientes com lesão medular cervical e torácica, que em nossa pesquisa representou 92,6% dos pacientes (25). Isto significa dizer, segundo o CSCM (1999) e STIENS et al (1997b), que para controle intestinal destes pacientes, deve estimular-se a defecação com intervalo de 1 a 3 dias, com o dedo inserido no reto, estimulante químico ou elétrico. Pode também se utilizar supositório, enema ou mini-enema, o que leva ao peristaltismo. Outros métodos de controle são "irrigação de pulso" e colostomia. Estimulação elétrica foi pouco estudada. Nestes casos as fezes devem ser macias.

Nos casos de lesão medular no nível da coluna lombar e sacral, o intestino é arreflexivo ou flácido e o procedimento consiste em retirar fezes com o dedo após a digito estimulação. A manobra de Valsalva é utilizada. Nestes casos as fezes devem estar formadas.

Nos dois casos é indicado a utilização de controle nutricional com dieta rica em fibras.

Tabela 7 - Frequência das práticas de autocuidado utilizadas pelos pacientes portadores de TRM para auxiliar o funcionamento intestinal relacionadas a idade no dia da entrevista. Ribeirão Preto, 2001

	DIETA RICA EM FIBRA		TOQUE DÍGITO-ANAL		EXTRAÇÃO MANUAL		MASSAGEM ABDOMINAL		SUPOSITÓRIO		LAVAGEM COM CHUVEIRO		LAXANTE	
IDADE	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
18 25	4	40,0	2	33,3	0	0,0	7	53,8	1	100,0	0	0,0	1	16,7
25 31	2	20,0	4	66,7	3	100,0	3	23,1	0	0,0	1	50,0	1	16,7
31 37	2	20,0	0	0,0	0	0,0	1	7,7	0	0,0	0	0,0	2	33,3
37 43	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,7	0	0,0	0	0,0	1	16,7
>= 43	2	20,0	0	0,0	0	0,0	1	7,7	0	0,0	1	50,0	1	16,7
TOTAL	10	100,0	6	100,0	3	100,0	13	100,0	1	100,0	2	100,0	6	100,0

n= número de prática de autocuidado

A faixa etária que usou o maior número de práticas de autocuidado para auxiliar o funcionamento intestinal foi a de 18 a 30 anos com 70% do total das práticas utilizadas e uma média de 1,7 práticas de autocuidado por paciente.

Todos os pacientes que utilizaram a extração manual de fezes estavam na faixa etária de 25 a 30 anos de idade. (Tabela 7)

Tabela 8 - Frequência de práticas de autocuidado utilizadas pelos pacientes portadores de TRM para au
renda familiar,
Ribeirão Preto, 2001

	DIETA RICA EM FIBRAS		TOQUE DÍGITO-ANAL		EXTRAÇÃO MANUAL		MASSAGEM ABDOMINAL		SUPOSITÓRIO		LAVAGEM COM CHUVEIRO		LAXANTE			
RENDA	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2 ┤ 4	1	10,0	3	50,0	1	33,3	4	28,6	0	0,0	0	0,0	2	33,3	11	26,2
4 ┤ 6	4	40,0	2	33,3	2	66,7	4	28,6	0	0,0	1	50,0	2	33,3	15	35,7
6 ┤ 8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
8 ┤ 10	3	30,0	0	0,0	0	0,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,4
10 ┤ 12	2	20,0	1	16,7	0	0,0	4	28,6	1	100,0	1	50,0	1	16,7	11	26,2
Ñ INF.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	7,1	0	0,0	0	0,0	1	16,7	4	9,5
TOTAL	10	100,0	6	100,0	3	100,0	13	100,0	1	100,0	2	100,0	6	100,0	41	100,0

n= número de práticas de autocuidado

Os pacientes com faixa de renda familiar entre 2 e 5 salários mínimos utilizaram o maior número de práticas de autocuidado para o funcionamento intestinal. A distribuição das práticas de autocuidado nesta faixa de renda ficou da seguinte forma: dos 10 pacientes que utilizam a dieta rica em fibras, 50% estavam nesta faixa; o toque dígito-anal foi utilizado por 6 (22,2%) pacientes sendo que 83,3% deles estavam nesta faixa; os 3 pacientes que utilizaram extração manual de fezes para auxiliar o funcionamento intestinal estavam nesta faixa de renda familiar; dos pacientes que utilizaram a segunda manobra mais freqüente, a massagem abdominal, 61,5% (8 pacientes) estavam nesta faixa; o mesmo aconteceu com o uso de laxante, quando 66,6% dos pacientes estavam nesta faixa. (Tabela 8)

Tabela 9 - Distribuição dos pacientes segundo as prática de autocuidado para o funcionamento intestinal dos pacientes portadores de lesão medular e o nível neurológico da lesão. Ribeirão Preto, 2001

	C1 - C4		C5 - C8		T1 - T5		T6 - T9		T10 - T12		L1 - L3		Abaixo L4		Sem inf.		Total	
PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dieta rica em fibras	0	0,0	1	3,7	1	3,7	0	0,0	2	7,4	1	3,7	0	0,0	0	0,0	5	18,5
Massagem	1	3,7	0	0,0	0	0,0	2	7,4	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	14,8
Laxante	1	3,7	1	3,7	1	3,7	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	14,8
Chuveiro	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Dieta+Massagem	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	7,4
Dieta+Chuveiro	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Toque+Massagem	0	0,0	1	3,7	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7	3	11,1
Dieta+Laxante	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Mas+Laxante	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Mas+Supositório	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Toque+Extração	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Mas+Toq+Extração	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Dieta+Mas+Toq+Ext	0	0,0	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Não usa manobra	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7
TOTAL	3	11,1	7	25,9	3	11,1	4	14,8	8	29,6	1	3,7	0	0,0	1	3,7	27	100,0

n= número de práticas de autocuidado

Como a maioria dos pacientes (25) deste estudo tinham o intestino reflexivo, concluímos que os dados descritos na Tabela 9 não estão de acordo com as práticas de autocuidado recomendadas na literatura, que compreende aquelas que estimulam o peristaltismo de modo reflexo (estímulo dígito-anal ou químico). Nesta tabela observamos que 6 destes pacientes utilizam estímulos como os descritos anteriormente (STIENS et al, 1997b).

Tabela 10 - Frequência das práticas de autocuidado utilizadas pelos pacientes portadores de TRM para auxiliar o funcionamento intestinal relacionadas a atividade profissional após a lesão. Ribeirão Preto, 2001

	DIETA RICA EM FIBRAS		TOQUE DÍGITO-ANAL			EXTRAÇÃO MANUAL			MASSAGEM ABDOMINAL		SUPOSITÓRIO		LAVAGEM COM CHUVEIRO			LAXANTE
ATIVIDADE PÓS LESÃO	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sem atividade	7	70,0	3	50,0	1	33,3	8	61,5	0	0,0	2	100,0	5	83,3	26	63,4
Serviços Gerais	1	10,0	2	33,3	2	66,7	2	15,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	17,1
Comercian- te	1	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	2	4,9
Estudante	0	0,0	1	16,7	0	0,0	2	15,4	1	100,0	0	0,0	0	0,0	4	9,8
Represen- tante comercial	1	10,0	0	0,0	0	0,0	1	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,9
TOTAL	10	100,0	6	100,0	3	100,0	13	100,0	1	100,0	2	100,0	6	100,0	41	100,0
n= número de práticas de autocuidado																

Tabela 11- Distribuição dos pacientes segundo as práticas de autocuidado que auxiliam o funcionamento intestinal dos pacientes portadores de lesão medular e a frequência de funcionamento. Ribeirão Preto, 2001

PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO	Diariamente		2/2 dias		3/3 dias		4/4 dias		1 x/ semana		2 em 2 sem.		Irregular		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dieta rica em fibras	3	11,1	0	0,0	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	1	3,7	5	18,5
Massagem	1	3,7	1	3,7	1	3,7	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	4	14,8
Laxante	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	7,4	1	3,7	0	0,0	4	14,8
Chuveiro	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Dieta+Massagem	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7	2	7,4
Dieta+Chuveiro	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Toque+Massagem	2	7,4	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	11,1
Dieta+Laxante	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Mas+Laxante	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Mas+Supositório	0	0,0	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Toque+Extração	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Mas+Toq+Extração	0	0,0	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Dieta+Mas+Toq+Ext	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Não usa manobra	0	0,0	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7
TOTAL	12	44,4	3	11,1	4	14,8	2	7,4	3	11,1	1	3,7	2	7,4	27	100,0

n= número de práticas de autocuidado

A frequência de evacuação considerada aceitável por autores da literatura revisada é de até 3 em 3 dias, dependendo do hábito intestinal anterior à lesão, da alimentação das práticas de autocuidado adotadas pelo paciente (STIENS et al, 1997b; CSCM, 1999).

No estudo encontramos que 44,4% dos pacientes evacuavam diariamente, e 8 pacientes (29,6%) tinham frequência de eliminação intestinal menor do que a desejada, ou seja com intervalos acima de 4 dias, chegando a ter 1 paciente que evacuava a cada 2 ou 3 semanas. (Tabela 11)

Destes 8 pacientes, 7 tinham intestino reflexivo e portanto necessitavam usar práticas de autocuidado para estimular o peristaltismo intestinal para desencadear a eliminação fecal. Todos os 7 pacientes não utilizaram nenhuma prática de autocuidado estimulante do peristaltismo: 1 dieta rica em fibras, 1 massagem, 3 laxante, 1 massagem abdominal associada à dieta rica em fibras e 1 massagem abdominal associada à laxante.

Tabela 12 - Frequência de práticas de autocuidado utilizadas pelos pacientes portadores de lesão medular para auxiliar o funcionamento relacionadas ao local de eliminação das fezes intestinal, Ribeirão Preto, 2001.

	DIETA RICA EM FIBRAS		TOQUE DÍGITO-ANAL			EXTRAÇÃO MANUAL			MASSAGEM ABDOMINAL		SUPOSITÓRIO		LAVAGEM COM CHUVEIRO			LAXANTE
LOCAL	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Banheiro	6	60,0	6	100,0	3	100,0	11	84,6	1	100,0	2	100,0	5	83,3	34	82,9
Cama	2	20,0	0	0,0	0	0,0	1	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	7,3
Sem local definido	2	20,0	0	0,0	0	0,0	1	7,7	0	0,0	0	0,0	1	16,7	4	9,8
TOTAL	10	100,0	6	100,0	3	100,0	13	100,0	1	100,0	2	100,0	6	100,0	41	100,0

n= número de práticas de autocuidado

Em relação ao local utilizado para o cuidado intestinal, 34 (82,9%) foram realizadas no banheiro. A totalidade dos pacientes que realizam o toque dígito-anal, extração manual das fezes,

supositório e lavagem intestinal com o chuveiro, adotam o banheiro como local para o cuidado intestinal. Quanto aos 10 pacientes que utilizam a dieta rica em fibras, 60% utilizam o banheiro; dos 13 que realizam massagem abdominal, 11 (84,6%) utilizam o banheiro.

A cama como local para o cuidado intestinal só foi utilizada por 2 pacientes que usam a dieta rica em fibras e 1 paciente que usa massagem abdominal. Da amostra estudada 9,8% não tinham local definido para cuidar do intestino, sendo que 2 utilizam a dieta rica em fibras, 1 massagem abdominal e 1 laxante como manobra auxiliar do funcionamento intestinal.(Tabela 12)

As complicações intestinais identificadas durante a entrevista com os pacientes da amostra, foram associadas às outras variáveis do estudo e são apresentadas a seguir.

3. Identificação e descrição das complicações intestinais, seu relacionamento com as variáveis demográficas e clínicas e as

práticas de autocuidado

O Gráfico 2 nos mostra os 5 tipos de complicações intestinais ocorridas após a lesão medular. A complicação mais freqüente foi a constipação/impactação^(*) de fezes, com 17 (50%) das 34 complicações detectadas; a seguir encontramos a incontinência com 8 casos(23,5%) e o sangramento anal com 7 (20,6 %) casos; a hemorróida e "outras" tiveram 1 caso (2,9%) cada uma. A média de complicações por paciente da amostra, foi 1,3.

STIENS et al (1997b) descrevem as complicações mais freqüentes decorrentes da lesão medular encontradas no seu estudo: diarréia, impactação, hemorróida, disreflexia, divertículo e carcinoma coloretal. BERGMAN et al (1997) incluem entre as complicações do intestino neurogênico a hemorróida,

(*) Pela dificuldade de obtermos detalhes de tempo de retenção das fezes e presença ou não de movimentos peristálticos para diferenciar a constipação intestinal da impactação fecal, nestes estudo as duas complicações serão consideradas conjuntamente.

distensão abdominal, disreflexia e dificuldade de evacuar. Sobre as complicações após a lesão medular, SANTOS (1989) identificou 6,5% referente ao trato gastrointestinal, porém não especificou-as.

Tabela 13 - Frequência das complicações intestinais em pacientes portadores de lesão medular relacionadas à idade na data da entrevista. Ribeirão Preto, 2001

IDADE	INCONTINÊNCIA		IMPACTAÇÃO/ CONSTIPAÇÃO		SANGRAMENTO		HEMORRÓIDA		OUTROS		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
18—25	3	37,5	9	52,9	5	71,4	0	0,0	0	0,0	17	50,0
25—31	2	25,0	2	11,8	1	14,3	0	0,0	0	0,0	5	14,7
31—37	2	25,0	2	11,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	11,8
37—43	0	0,0	2	11,8	1	14,3	1	100,0	0	0,0	4	11,8
>= 43	1	12,5	2	11,8	0	0,0	0	0,0	1	100,0	4	11,8
TOTAL	8	100,0	17	100,0	7	100,0	1	100,0	1	100,0	34	100,0

n= número de complicações

Ao avaliarmos as complicações juntamente com a idade do paciente na Tabela 13, constatamos que em todas as faixas etárias a constipação/impactação foi a complicação mais freqüente. Na faixa etária de 18 a 24 anos das 17 complicações, encontramos 9 (52,9%) casos de constipação/impactação, 5 (29,4%) de sangramento e 3 (11,1%) de incontinência fecal. Na faixa etária de 25 a 30 anos detectamos 5 complicações, sendo 2 (40,0%) casos de constipação/impactação, 2 (40,0%) de incontinência e 1 (20,0%) de sangramento. Entre 31 e 36 anos aconteceram 2 (50,0%) casos de constipação/impactação e 2 (50,0%) de incontinência fecal; na faixa etária de 37 a 42, aconteceram 2 (50,0%) casos de constipação/impactação, 1 (25,0%) de sangramento e 1 (25,0%) de hemorróida, sendo que nos pacientes maiores de 43 anos houve relato de 1 (25,0%) caso de incontinência 2 (50,0%) de constipação/impactação e 1 (25,0%) de "outras".

Tabela 14 - Frequência das complicações intestinais em pacientes portadores de lesão medular relacionadas a renda familiar. Ribeirão Preto, 2001

	INCONTINÊNCIA		CONSTIPAÇÃO/ IMPACTAÇÃO		SANGRAMENTO		HEMORRÓIDA		OUTROS		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
RENDA FAMILIAR												
2 ┤ 4	2	25,0	7	41,2	1	14,3	1	100,0	0	0,0	11	32,4
4 ┤ 6	2	25,0	5	29,4	2	28,6	0	0,0	1	100,0	10	29,4
6 ┤ 8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
8 ┤ 10	1	12,5	1	5,9	1	14,3	0	0,0	0	0,0	3	8,8
10 ┤ 12	2	25,0	4	23,5	3	42,9	0	0,0	0	0,0	9	26,5
Sem informação	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9
TOTAL	8	100,0	17	100,0	7	100,0	1	100,0	1	100,0	34	100,0

n= número de complicações

As 34 complicações intestinais ficaram distribuídas considerando a renda familiar, da seguinte maneira: 11 casos (32,4%) em pacientes com renda familiar entre 2 e 3 salários mínimos, 10 (29,4%) entre 4 e 5 salários mínimos, 3 (8,8 %) entre 8 e 9 e 9 casos (26,5%) entre 10 e 12 salários mínimos e 1 (2,9%) paciente não soube informar a renda familiar. Assim constatamos que em todas as faixas de renda familiar existe a complicação intestinal. (Tabela 14)

Tabela 15 - Frequência das complicações intestinais em pacientes portadores de lesão medular relacionadas à etiologia, Ribeirão Preto, 2001

	INCONTINÊNCIA		IMPACTAÇÃO/ CONSTIPAÇÃO		SANGRAMENTO		HEMORRÓIDA		OUTROS		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ETIOLOGIA												
FAF	4	50,0	7	41,2	2	28,6	0	0,0	1	100,0	14	41,2
MAR	1	12,5	3	17,6	2	28,6	0	0,0	0	0,0	6	17,6
Acid. autom.	2	25,0	1	5,9	0	0,00	0	0,0	0	0,0	3	8,8
Queda	1	12,5	3	17,6	2	28,6	1	100,0	0	0,0	7	20,6
Acid. moto	0	0,0	2	11,8	1	14,3	0	0,0	0	0,0	3	8,8
Atropel	0	0,0	1	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9
TOTAL	8	100,0	17	100,0	7	100,0	1	100,0	1	100,0	34	100,0

n= número de complicações

Na tabela 15 observamos que o maior número de complicações intestinais ocorreram nos pacientes com lesão medular decorrente de ferimento por arma de fogo (41,2%), porém o número médio de complicações por paciente foi maior na etiologia de "queda" com 1,8 complicações/ paciente; os pacientes com ferimento por arma de fogo tiveram média de 1,1 e os de acidente automotivo foi 1,2.

Tabela 16 - Frequência de complicações intestinais em pacientes com lesão medular relacionadas ao tempo decorrido do acidente, Ribeirão Preto, 2001

QUANDO OCORREU A LESÃO	INCONTINÊNCIA		IMPACTAÇÃO/CONSTIPAÇÃO		SANGRAMENTO		HEMORROIDA		OUTROS		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Até12 meses	1	12,5	2	11,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	8,8
13 a 24 meses	1	12,5	5	29,4	2	28,6	0	0,0	0	0,0	8	23,5
25 a 36 meses	2	25,0	2	11,8	3	42,9	1	100,0	1	100,0	9	26,5
37 a 48 meses	3	37,5	6	35,3	1	14,3	0	0,0	0	0,0	10	29,4
49 a 60 meses	0	0,0	1	5,9	1	14,3	0	0,0	0	0,0	2	5,9
>= 61 meses	1	12,5	1	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,9
TOTAL	8	100,0	17	100,0	7	100,0	1	100,0	1	100,0	34	100,0

n=número de complicações

Na tabela 16 observamos que o maior número de complicações intestinais ocorreu nos pacientes que tiveram a lesão medular entre 13 e 48 meses (27 complicações - 79,4%). Nestes pacientes o número médio de complicações por paciente foi de 1,4, enquanto que com menos de 12 meses de lesão e com mais de 61 meses a média foi 1 complicação/paciente e entre 49 e 60 meses foi 0,6 complicações por paciente.

Tabela 17 - Frequência de complicações intestinais em pacientes portadores de lesão medular relacionadas ao número de internações após o acidente. Ribeirão Preto, 2001

INCONTINÊNCIA		IMPACTAÇÃO/ CONSTIPAÇÃO		SANGRAMENTO		HEMORROIDA		OUTROS		TOTAL		
Número Internação	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	3	37,5	9	52,9	2	28,6	0	0,0	0	0,0	14	41,2
2	5	62,5	5	29,4	4	57,1	0	0,0	1	100,0	15	44,1
3	0	0,0	3	17,6	1	14,3	1	100,0	0	0,0	5	14,7
4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	0	0,0
TOTAL	8	100,0	17	100,0	7	100,0	1	100,0	1	100,0	34	100,0

n= número de complicações

Nesta tabela 17 observamos que 14 (41,2%) complicações aconteceram nos pacientes com 1 internação, 15 (44,1%) outras complicações ocorreram quando houveram 2 internações e as outras

5 (14,7%) complicações ocorreram nos pacientes com 3 internações. Os pacientes que internaram 4 ou 5 vezes não apresentaram complicações intestinais.

Tabela 18 - Frequência de complicações intestinais em pacientes portadores de lesão medular relacionadas a ocupação após o acidente, Ribeirão Preto, 2001

	INCONTINÊNCIA		IMPACTAÇÃO/ CONSTIPAÇÃO		SANGRAMENTO		HEMORROIDA		OUTROS		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
OCUPAÇÃO APÓS LESÃO												
Sem ativ.	7	87,5	16	94,1	5	71,4	1	100,0	1	100,0	30	88,2
Serv. gerais	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Comerciante	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9
Estudante	0	0,0	1	5,9	2	28,6	0	0,0	0	0,0	3	8,8
Repr. Com	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	8	100,0	17	100,0	7	100,0	1	100,0	1	100,0	34	100,0

n= número de complicações

Em relação à ocupação após o acidente, relacionada com as complicações intestinais (Tabela 18) encontramos 30 entre os 20 pacientes que não apresentam ocupação após o acidente, 1 complicação entre os comerciantes e 3 entre os 2 estudantes. Os pacientes com ocupação em serviços gerais (2) e representante comercial (1) não apresentaram complicações intestinais.

Tabela 19 - Frequência de complicações intestinais em pacientes portadores de lesão medular relacionadas ao tempo decorrido do acidente. Ribeirão Preto, 2001

	INCONTINÊNCIA		IMPACTAÇÃO/ CONSTIPAÇÃO		SANGRAMENTO		HEMORROIDA		OUTROS		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
LOCAL												
banheiro	5	62,5	13	76,5	6	85,7	0	0,0	1	100,0	25	73,5
cama	1	12,5	1	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,9
qq local	2	25,0	3	17,6	1	14,3	1	100,0	0	0,0	7	20,6
TOTAL	8	100,0	17	100,0	7	100,0	1	100,0	1	100,0	34	100,0

n= número de complicações

O maior número de complicações intestinais por paciente ocorreu nos pacientes que não tem local definido para o cuidado intestinal, com uma média de 2,3 complicações por paciente. Ocorreram um total de 7 complicações nestes pacientes, sendo 2

incontinência (28,6%), 3 constipação/impactação (42,9%), 1 sangramento (14,3%) e 1 hemorróida (14,3%). (Tabela 19)

Dos 21 pacientes que utilizaram o banheiro para o cuidado intestinal, 13 (61,9%) relataram constipação/impactação fecal, 6 (28,6%) relataram sangramento e 5 (23,8%) relataram incontinência; destes 21 pacientes, 4 relataram mais de 1 complicação intestinal.

Concordamos com CSCM (1999) que a escolha do local para eliminação das fezes tenha importância na evolução do bolo fecal através do intestino grosso e facilita o cuidado do intestino.

Na Tabela 20 relacionamos as práticas de autocuidado auxiliares do funcionamento intestinal com as complicações intestinais apresentadas pelos pacientes.

Tabela 20- Distribuição dos pacientes segundo as práticas de autocuidado que auxiliam o funcionamento intestinal dos pacientes portadores de lesão medular e a complicação intestinal. Ribeirão Preto, 2001

	Inconti- nência		Impacta- ção/ Constipa- ção		Sangra-mento.		Outros		Impact./ Constip.+ incont.		Sangr.+ incont.		Impact./ Constip.+ Sangr.		Impact./ Constip.+ Sangram.+ Hemorroida		Sem c			
PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Dieta rica em fibras	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7	0	0,0	2	7,4	0	0,0	1	3,7	5	18,5
Massagem	0	0,0	3	11,1	0	0,0	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	14,8
Laxante	1	3,7	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7	1	3,7	4	14,8
Chuveiro	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Dieta+Massagem	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7	2	7,4
Dieta+Chuveiro	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Toque+Massagem	0	0,0	1	3,7	1	3,7	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	11,1
Dieta+Laxante	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Mas+Laxante	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Mas+Supositório	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Toque+Extração	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Mas+Toq+Extração	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7	1	3,7
Dieta+Mas+Toq+Ext	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7	1	3,7
Não usa manobra	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7
TOTAL	2	7,4	7	25,9	1	3,7	1	3,7	5	18,5	1	3,7	4	14,8	1	3,7	5	18,5	27	100
n= número de pacientes																				

Os dois pacientes que adotaram a lavagem intestinal com chuveiro como prática de autocuidado intestinal, tiveram

complicação intestinal como sangramento com incontinência e erupção no ânus. A dieta rica em fibras e a massagem abdominal são procedimentos de valor comprovado no auxílio do funcionamento intestinal, porém na maioria das vezes elas devem ser associadas a outra práticas de autocuidado de acordo com o tipo de intestino do paciente. Vemos nesta tabela que 5 usaram apenas a dieta rica em fibras e 4 deles tiveram complicações intestinais; 4 utilizaram somente a massagem abdominal e todos apresentaram complicações intestinais. O uso de laxante oral não é indicado para todos os pacientes e segundo o CSCM (1998) a regra é que o paciente não utilize medicamento via oral ou que utilize o mínimo possível; dos 4 pacientes que utilizaram apenas laxante, 1 paciente relatou não ter apresentado complicações intestinais, porém o mais grave caso que necessitou intervenção cirúrgica, pois apresentou sangramento e hemorragia, estava nesta categoria. O uso do laxante deve ser guiado por profissional que conheça os tipos e indicações. É importante ressaltar que dos 5 pacientes que não apresentaram complicações intestinais, 3 participaram de programa de reabilitação intestinal.

4. Relacionar as internações ocorridas após a lesão medular com as informações sobre o funcionamento intestinal

O Gráfico 3 mostra que 16 pacientes (59,3%) tiveram mais de 1 internação hospitalar após o acidente.

A duração em dias da primeira internação variou de 2 a 300 dias, sendo que a média de dias de internação ficou em 39,1 dias e com um desvio padrão de 57,7.

Tabela 21 - Frequência dos hospitais utilizados para internação dos pacientes após a ocorrência da lesão medular. Ribeirão Preto, 2001

	1ª Internação		2ª Internação		3ª Internação		4ª Internação		5ª Internação		Total	
Hospitais	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A	16	59,3	9	33,3	3	11,1	1	3,7	0	0,0	29	56,9
B	6	22,2	2	7,4	2	7,4	0	0,0	0	0,0	10	19,6
C	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,0
D	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,0
E	0	0,0	4	14,8	0	0,0	1	3,7	1	3,7	6	11,8
Outros	4	14,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	7,8
Não int.	0	0,0	11	40,7	22	81,5	25	92,6	26	96,3	-	-
Total	27	100,0	27	100,0	27	100,0	27	100,0	27	100,0	51	188,9

n= número de internações

Na Tabela 21 encontramos a distribuição das internações segundo os hospitais. Os hospitais A,B,C e D são hospitais localizados na cidade de Ribeirão Preto, SP. Recebeu a letra E um centro especializado em reabilitação e "Outros" são hospitais localizados fora da cidade de Ribeirão Preto, SP. Quanto à internação imediatamente após o acidente, em geral são os hospitais de referência da cidade e os que possuem atendimento de emergência os mais procurados. Quando o acidente acontece em cidades pequenas os pacientes são encaminhados primeiramente para os hospitais das cidades onde se encontram e posteriormente transferidos para um hospital de grande porte por se tratar a lesão medular de doença grave e necessita de atendimento especializado. Os centros especializados em reabilitação são procurados pelos pacientes após a estabilização da lesão medular.

Durante os períodos de hospitalização o paciente deve ter contato com uma equipe interdisciplinar preparada para atuar junto aos pacientes com lesão medular. Observamos que os pacientes deste estudo tiveram diversas oportunidades de contato com a equipe, pois foram hospitalizados várias vezes.

Tabela 22 - Frequência de episódios de internação onde o paciente obteve informação/ programa de reabilitação geral/reabilitação intestinal segundo o hospital de internação. Ribeirão Preto, 2001

1ª INTERNAÇÃO							2ª e 3ª INTENAÇÕES										4ª e 5ª INTERNAÇÕES							
	Informação		Programa reab.		Reab. Intest.		Total		Informação		Program reab.		Reab. Intest.		Total		Informação		Program reab.		Reab. Intest.			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
A	6	22,2	0	0,0	1	3,7	16	59,3	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	12	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3
B	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	22,2	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	4	19,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
C	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
D	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	1	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
E	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	19,0	4	19,0	4,0	19,0	4	19,0	2	66,7	2	66,7	2	66,7	2	66,7
Outros	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	14,8	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	6	22,2	0	0,0	1	3,7	27	100,0	4	19,0	4	19,0	4	19,0	21	100,0	2	66,7	2	66,7	2	66,7	3	100,0

n= número de internações

Na tabela 22 podemos observar que das 27 internações que aconteceram imediatamente após o acidente apenas em 22,2% (6 pacientes) ocorreu alguma informação sobre a alteração intestinal e 1 paciente (3,7%) participou da reabilitação intestinal, pois ficou cerca de 300 dias internado. Nas internações posteriores, em todas as instituições de saúde, exceto as no centro de reabilitação, nenhum paciente recebeu informação sobre o funcionamento intestinal, participou de programa de reabilitação geral ou específico para o intestino. Em contrapartida todos os pacientes que internaram após o acidente no centro de reabilitação, participaram do programa geral de reabilitação e do específico para funcionamento do intestino, recebendo todas as informações necessárias.

Os dados encontrados por GONZALES (2000) onde foram analisados relatos de membros de uma equipe multidisciplinar de um Hospital-escola no interior de São Paulo, somente um dos membros referiu ter capacitação específica para cuidar de pacientes com lesão medular. Desta forma o paciente e a família (ou cuidador) não recebem as informações necessárias para dar continuidade aos cuidados no domicílio, favorecendo o aparecimento de complicações e determinando novas internações. BRILHART; STEWARD (1989) também sugerem no seu estudo que o maior foco da reabilitação para pessoas com deficiência é centrado no preparo do cliente e familiar para o autocuidado no domicílio.

5- CONCLUSÕES

Descreveremos as conclusões deste estudo segundo os objetivos propostos. Em primeiro lugar faremos a caracterização da amostra dos pacientes estudados, seguindo com a descrição das práticas de autocuidado adotadas para o funcionamento intestinal e as complicações intestinais identificadas. Finalmente faremos a relação das práticas utilizadas com as complicações intestinais identificadas e a descrição das oportunidades perdidas de aprendizado, sobre as alterações orgânicas determinadas pela lesão medular.

1- Quanto aos dados epidemiológicos da amostra de pacientes estudada

A totalidade dos pacientes com lesão medular entrevistados foram homens, na faixa etária de 16 a 28 anos (66,7%) na ocasião do acidente e solteiros (66,7%). Frequentaram a escola até o 1º grau completo (70,3%) e a renda familiar ficou entre 2 e 5 salários mínimos (63%). A profissão destes pacientes antes da lesão medular foi bastante diversificada, sendo que 44,4 % não foi classificada no estudo e 18,5% executavam serviços gerais. Após o acidente a grande maioria (74,1%) não voltou a exercer nenhum tipo de atividade. A principal etiologia da lesão destes pacientes foi o ferimento por arma de fogo (48,1%), tendo acometido igualmente o nível neurológico cervical e torácico (55,5%). Tivemos dificuldade em caracterizar o tipo de lesão por falta de informação dos pacientes (66,7%).

2- Quanto às práticas de autocuidado referentes ao funcionamento intestinal em pessoas com TRM relacionadas às características epidemiológicas

O maior número de pacientes da amostra estudada apresentaram lesão com nível neurológico compatível com intestino

reflexivo (92,6%) e somente 22,2% utilizaram práticas de autocuidado indicadas para auxiliar na eliminação intestinal de intestinos reflexivos (estímulo dígito anal, estimulantes químicos). O maior número de práticas de autocuidado foi utilizado por pacientes na faixa etária de 18 a 30 anos (70%) e que tinham renda familiar entre 2 e 5 salários mínimos. A manobra mais utilizada foi a massagem abdominal (48,1%). A maioria dos pacientes elimina as fezes diariamente (44,4%) e adotam o banheiro para os cuidados intestinais (82,9%).

3- *Quanto as complicações intestinais identificadas em pessoas com TRM relacionadas com as características demográficas e clínicas e com as práticas de autocuidado*

A complicação mais freqüente nos pacientes com lesão medular foi a constipação/impactação (49%), principalmente na faixa etária de 18 a 24 anos (50%), cuja renda familiar variou de 2 a 5 salários mínimos (77,7%). Os pacientes que tiveram lesão medular por ferimento por arma de fogo foram os que mais apresentaram complicações intestinais (41,2%) e já havia decorrido de 13 a 48 meses da lesão (79,4%). As complicações intestinais ocorreram principalmente nos pacientes que não apresentaram atividade produtiva após o acidente (88,2%). A massagem abdominal e a dieta rica em fibras necessitam ser associadas às práticas de autocuidado específicas ao tipo de intestino que o paciente apresenta.

4- *Quanto às oportunidades de receber informações sobre o funcionamento intestinal*

Os pacientes estudados tiveram mais do que uma internação (60%) e a maioria das internações ocorreram em hospitais gerais da cidade de Ribeirão Preto (56,9%). A reabilitação

intestinal dos pacientes com lesão medular ocorreu em 100% das internações realizadas no hospital E que é um centro de reabilitação e em uma internação ocorrida nos outros hospitais. Setenta e oito por cento dos pacientes não receberam qualquer informação referente ao funcionamento intestinal quando internados no hospital A que é uma instituição pública de ensino universitário.

6- IMPLICAÇÕES DOS RESULTADOS DA PESQUISA PARA A ENFERMAGEM

Os resultados da pesquisa permitiram identificar que os participantes do estudo não fazem uso das práticas para funcionamento intestinal de forma totalmente satisfatória para evitar a presença de complicações. O primeiro fator a ser considerado na escolha das práticas a serem utilizadas para funcionamento intestinal é o nível neurológico e o tipo de lesão que irá indicar as características intestinais reflexivas (ou espásticas) ou arreflexivas (ou flácidas) do paciente. Encontramos na pesquisa que um dos participantes não soube informar o nível da sua lesão medular e 18 não sabiam se a lesão era completa ou incompleta.

Considerando que a maioria dos pacientes tinham intestino reflexivo ou espástico por apresentarem lesão cervical ou torácica, as práticas mais freqüentes deveriam incluir o estímulo digital e química com uso de supositório, enema ou mini-enema para estimular o peristaltismo, o que foi observado com pequena freqüência.

Encontramos também a presença de grande número de complicações conseqüentes do funcionamento intestinal não adequado como constipação/impactação, sangramento e hemorróida além da incontinência fecal. Estas complicações trazem repercussões físicas e psicossociais para os pacientes que desde a 1ª hospitalização, na fase aguda da lesão precisam receber informações e treinamento para o desempenho do autocuidado que se refere ao controle intestinal.

No estudo identificamos também que embora os participantes tenham tido oportunidade de receber informações sobre o assunto durante as hospitalizações, isto não ocorreu de forma sistematizada. Somente 6 (22%) receberam alguma informação na primeira internação em hospitais gerais, no entanto nas internações posteriores isto não ocorreu. Somente pacientes que tiveram internação posterior em Centros de Reabilitação é que participaram de Programas de Reabilitação intestinal.

Estes resultados trazem implicações para a enfermagem seja na área da assistência, gerenciamento, ensino e pesquisa. Quanto a assistência, destacamos que o paciente com TRM é uma pessoa com necessidades especiais que precisam ser focalizadas mesmo quando esta assistência é feita em hospitais gerais. Pelo comprometimento motor e sensorial e pela natureza súbita do agravo os pacientes precisam receber informações sobre o problema que lhes permitam atingir um nível de autocuidado tanto no hospital quanto no domicílio visando a obtenção da máxima independência. A educação e o programa de treinamento para o funcionamento intestinal devem ser iniciados logo que o paciente esteja estabilizado do choque medular incluindo a orientação do cuidador familiar e outros membros da equipe de saúde como nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional, dentre outros. Procurando contribuir neste processo assistencial, no AnexoXXX apresentamos um protocolo XX.

Os profissionais precisam ter acesso à programas de Educação Continuada para que possam se atualizar sobre o assunto e valorizar a importância deste cuidado no âmbito da assistência integral a pessoa com lesão medular.

Também aos órgãos formadores, cabe a inclusão deste conteúdo na grade curricular da graduação em enfermagem já que no Brasil poucas pessoas com TRM tem acesso a reabilitação em Centros Especializados. A OMS estima que nos países em desenvolvimento somente 15% das pessoas com incapacidades que vivem na zona urbana chegam até os serviços de Reabilitação. Na zona rural, este índice cai para 2% (WORD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 1997)

Este estudo aponta a necessidade de novas pesquisas principalmente visando a avaliação de intervenções de enfermagem e a sua adequação para diferentes grupos de pacientes assim como pesquisas que identifiquem as facilidades e as barreiras presentes nas instituições para a assistência integral à pessoa com lesão medular.

ANEXO 4
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. NOME DO ESTUDO

"Reabilitação intestinal dos pacientes portadores de trauma raquimedular - descrição das práticas" - (trauma raquimedular é o mesmo que lesão de medula espinhal ou da "coluna")

2. PESQUISADORA RESPONSÁVEL

Márcia Lúcia de Souza Furlan

COREn:17.616

Pós Graduanda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

3. INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

A pesquisa será realizada com pacientes portadores de lesão na medula espinhal, que fazem acompanhamento nos ambulatórios da UNAERP, do Hospital das Clínicas e do Centro Universitário Barão de Mauá.

Após a lesão medular o paciente freqüentemente apresenta algumas complicações no funcionamento do seu intestino e alteração na eliminação das fezes. É necessário que ele aprenda, da melhor maneira possível, como deve proceder para alcançar o restabelecimento da função intestinal (isso chama-se reabilitação intestinal).

É de interesse do estudo saber o que o paciente faz para facilitar a eliminação das fezes quando se encontra em seu domicílio.

Estudaremos qual é a associação existente entre os cuidados intestinais realizados pelo paciente, e algumas características,

como por exemplo a idade, o sexo, a escolaridade, a ocupação profissional e a renda familiar. Também serão estudadas associações com a causa da lesão da medula, o tempo decorrido desde a lesão até a data do estudo, a altura da lesão na medula e se a lesão foi total ou não. Desejamos saber também se ocorreu algum episódio que tenha contribuído positivamente ou negativamente durante a reeducação do intestino.

4. FINALIDADE DA PESQUISA

Será realizada com o apoio da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP. O intuito é aumentar o conhecimento sobre a "Reabilitação Intestinal dos Pacientes Portadores de Trauma Raquimedular - Descrição das Práticas", a fim de aprimorar os cuidados intestinais, diminuindo as complicações e melhorando a qualidade de vida das pessoas com lesão na medula espinhal.

5. CONSENTIMENTO

Eu,.....,

RG:....., após ter recebido as informações acima, concordo em participar da pesquisa. Tenho assegurado:

- a manutenção do sigilo dos dados que possam permitir minha identificação pessoal
- que a finalidade dos dados será unicamente a de desenvolver a pesquisa descritiva acima.
- a liberdade de retirar o meu consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento

Por ser verdade e estar de acordo, firmo o presente.

Ribeirão Preto,... de de 2000

.....

assinatura do paciente

Márcia L. de S. Furlan
Pesquisadora

Maria Helena L. Caliri
Orientadora

ANEXO 5

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Data da entrevista: ____/____/____

PARTE 1

Caracterização do paciente

Nome: Data nascimento: ../../..

Sexo: () masculino () feminino

Estado civil: () solteiro () casado

() outros

Escolaridade: () Não alfabetizado

() 1º Grau incompleto () 1º Grau completo

() 2º Grau incompleto () 2º Grau completo

() superior incompleto () superior completo

Ocupação: antes TRM.....

após TRM

Renda familiar: (em reais).....

Quantas pessoas residem na casa:

Quem é o cuidador principal:.....

PARTE 2

Condições clínicas do paciente

Etiologia do TRM:

Quando ocorreu:

Nível neurológico da lesão:..... ASIA:

() Avaliação do prontuário

() Informação do paciente

() Avaliação da sensibilidade do paciente

Interações em instituições de saúde após TRM:

1ª - Instituição:

Ouando :

Por quanto tempo:

Participou do programa de reabilitação : () sim ()
 não

Houve reabilitação intestinal: () sim () não

Quais as informações recebidas:.....

2ª - *Instituição:*

Quando: Por quanto tempo:

Participou do programa de reabilitação : () sim ()
 não

Houve reabilitação intestinal: () sim () não

Quais as informações recebidas:.....

PARTE 3

Práticas de auto cuidado intestinal

Práticas de autocuidado utilizadas

() Controle nutricional	() Massagem abdominal
() Toque dígito-anal	() Supositório
() Extração manual	() Fleet enema
() Lavagem intestinal	
() Outras - qual(is):	

(anotar a seqüência de utilização das práticas de autocuidado caso utilize mais de uma das práticas de autocuidado)

Local onde é realizado o cuidado intestinal:

() banheiro () cama ()
 outro.....

Freqüência de funcionamento intestinal:

Recebe ajuda de cuidador: () sim () não
 Se sim, qual?

Complicações intestinais após o TRM

- () Impactação de fezes
 () Hemorróidas
 () Sangramento
 () Incontinência fecal
 () Outras complicações - qual(is):

(anotar a data da ocorrência caso o paciente se lembre)

8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEGRETTI, A.L.C.; MADASCHI, V.; SAURON, F.N. A qualidade de vida dos tetraplégicos após reabilitação na AACD. Reabilitar, v.2, p.9-13, 1999.

AMERICAN SPINAL INJURY ASSOCIATION (USA). International standards for neurological and functional classification of spinal cord injury. Chicago, 1996.

BERALDO, P.S.S. Função pulmonar na lesão medular traumática alta. In: TAVARES, P. Respiração. Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1991. Cap.6, p. 73-85

BERGMAN, S.B.; YARKONY, G.M.; STIENS, A.S. Spinal cord injury rehabilitation. 2. Medical complications. Arch. Phys. Med. Rehabil., v.78, p.S53-S58, 1997. (3 Suppl)

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. Programa de Atenção à Saúde da Pessoas Portadora de Deficiência. Atenção à pessoa portadora de deficiência no sistema único de saúde: planejamento e organização dos serviços. Brasília, 1995.

BRILHART, B.; STEWART, A. Education as the key to rehabilitation. Nurs. Clin. North Am., v.24, n.3, p. 675-680, 1989.

CASALIS, M.E.P. Lesão medular: Sexualidade e função sexual. Reabilitar, v.3, p.21-25, 1999.

CAWLEY, M.F.; YARKONY, G.M.; BERGMAN, S.B. Spinal cord injury rehabilitation. 5. Through the lifespan. Arch Phys Med Rehabil, v.78, p.S73-S78, 1997. (3 Suppl)

CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO DO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA.
Estatística: Deficientes no Brasil. Disponível em:
<http://www.mbonline.com.br/cedipod/estatis.htm>. Acesso em:
 08/10/00.

CONSORTIUM FOR SPINAL CORD INJURY MEDICINE (USA). Autonomic disreflexia: what you should know - medical emergency. Washington, Paralyzed Veterans of America, March 1997.

CONSORTIUM FOR SPINAL CORD MEDICINE (USA). Neurologic bowel management in adults with spinal cord injury: clinical practice guidelines. Washington, Paralyzed Veterans of America, March 1998.

CONSORTIUM FOR SPINAL CORD MEDICINE (USA). Neurologic bowel: what you should know - a guide for people with spinal cord injury. Washington, Paralyzed Veterans of America, March 1999.

DELISA, J.A.; MARTIN, G.M.; CURRIE, D.M. Medicina de Reabilitação - Passado, Presente e Futuro. In: DELISA, J.A. Medicina de reabilitação, São Paulo, Manole, 1992. Cap 1, p. 3-27.

DUNN, M.; SOMMER, N. Managing difficult staff interactions: effectiveness of assertiveness training for SCI nursing staff. Rehabil. Nurs., v.22, n.2, p.82-87, 1997.

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

FARO, A.C.M. Do diagnóstico à conduta de enfermagem: a trajetória do cuidar na reabilitação do lesado medular. São

Paulo, 1995. 208 p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

FERREIRA, A.B.H. Novo dicionário da língua portuguesa. 2.ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986.

FORMAL, C.S.; CAWLEY, M.F.; STIENS, A.S. Spinal cord injury rehabilitation. 3. functional outcomes. Arch. Phys. Med. Rehabil., v.78, p.S59-S64, 1997. (3 Suppl)

FOSTER, P.C.; JANSSENS, N.P. Dorothea E. Orem. In: GEORGE, J.B. e cols Teoria de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. Trad. de Regina Machado Garces. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993. Cap. 7, p. 91-107.

GEBRIN, A.S.; CUNHA, A.S.; SILVA, C.F.; BARROS, T.E.P.; AZZE, R.J. Perspectivas de recuperação do lesado medular. Rev. Bras. Ortop., v.32, n.2, p.103-108, 1997.

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

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.

KIRK, P.M.; KING, R.B.; TEMPLE, R; BOURJAILY, J.; THOMAS, P. Long term follow-up management after spinal cord injury. SCI Nurs., v.14, n.2, p. 56-63, 1997.

- KIRSHBLUM, S.C.; GULATI, M.; O'CONNOR, K.C.; VOORMAN, S.J. Bowel care practices in chronic spinal cord injury patients. Arch.Phys. Med. Rehabil., v.79, n.1, p.20-23, 1998.
- MACHADO, A.B.M. Neuroanatomia funcional. 2.ed, Belo Horizonte, Atheneu, 1993. Cap 15, p.151-162: Estrutura de medula espinhal.
- MANCUSSEI, A.C. Assistência ao binômio paciente/família na situação de lesão traumática da medula espinhal. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v.6, n.4, p.67-73, 1998.
- McKINLEY, W.O.; JOHNS, J.S.; MUSGROVE, J.J. Clinical presentations, medical complications, and functional outcomes of individuals with gunshot wound - induced spinal cord injury. Am. J. Phys. Rehabil., v.78, n.2, p. 102-107, 1999.
- MOROÓKA, M. Autocateterismo vesical intermitente técnica limpa - Descrição do procedimento realizado pelos pacientes com lesão medular. São Paulo, 2000. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- NATIONAL SPINAL CORD INJURY STATISTICAL CENTER. NSCISC. Facts and Figures at a glance. Disponível em: <http://www.ncddr.org/mscis/highlights.html#sore> Acesso em: 24/01/98.
- OREM, D.E. Nursing concepts of practice. 5th ed. St. Louis, Mosby - Year Book, 1995
- RINTALA, D.H.; YOUNG, M.E.; SPENCER, J.C.; BATES, P.S. Family relationships and adaptation to spinal cord injury: a qualitative study. Rehabil. Nurs., v.21, n.2, p.67-74, 1996.

SANTOS, L.C.R. Lesão Traumática da medula espinhal: estudo retrospectivo de pacientes internados no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo entre 1982 - 1987. São Paulo, 1989. 102p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

SHADDINGER, D.E. An acute spinal cord injury: my family's story. J. Neurosci. Nurs., v.27(A), p.236-239, 1995.

SILVA, C.L.C. Traumatismo raquimedular por mergulho em águas rasas; proposta de um programa de prevenção. São Paulo, 1998. 94p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

SOARES, G.A.D. Está na hora de reagir. Veja, São Paulo, ed.1662, ano 33, n.3, p 11-15, 2000

STAAS Jr, 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. Cap 32, p.735-762.

STIENS, S.A; BERGMAN, S.B.; FORMAL, C.S. Spinal cord injury rehabilitation. 4. Individual experience, personal adaptation, and social perspective. Arch. Phys. Med. Rehabil., v.78, p.S65-S72, 1997a. (3 Suppl)

STIENS, S.A.; BERGMAN, S.B.; GOETZ, L.L. Neurogenic bowel dysfunction after spinal cord injury: clinical evaluation and rehabilitative management. Arch. Phys. Med. Rehabil., v.78, p.S86-S99, 1997b. 3 Suppl.

TRAVERS, P. Autonomic disreflexia: a clinical rehabilitation problem. Rehabil. Nurs., v.24, n.1, p.19-23. jan/fev. 1999.

WESTGREN, N. LEVI,R. Quality of life and traumatic spinal cord injury. Arch. Phys. Med. Rehabil., v.79, n.11, p.1433-1439, 1998.

WORD HEALTH ORGANIZATION.(WHO). Rehabilitation Unit. Disability Prevention and Rehabilitation: a guide for strengthening/ The basic nursing curriculum. Genebra, 1995.

YARKONY, G.M.; FORMAL, C.S.; CAWLEY, M.F. Spinal cord injury rehabilitation. 1. assessment and management during acute care. Arch. Phys. Med. Rehabil., v.78, ,p.S48-S52, 1997. (3 Suppl)

ABSTRACT**IDENTIFICATION OF SELF CARE PRACTICES RELATED TO BOWEL
FUNCTIONING IN A GROUP OF PATIENTS WITH SPINAL CORD INJURY**

Spinal cord injury (SCI) is an aggression to the spinal cord and can bring physical and psychological alterations to patients lives, reflecting upon family and society. So far, there is no therapeutic to revert the injury of the spinal cord; thus, it is necessary to invest on rehabilitation to improve the patient's quality of life. Practices of self care for bowel functioning and complications were studied in 27 individuals with SCI, through a descriptive-exploratory study with a quantitative methodology. All participants were men, mostly between 18 and 30 years of age, single, with low education level, family income between 1 to 5 minimal wages; and wounded by gun shots. Practices of self care mostly used were abdominal massage (32%), high fiber diet (24%), use of laxatives (15%), anal digital stimulation (15%), stool manual removal (7%) and others (7%). Related to complications, constipation/impaction was the most frequent (50%), followed by fecal incontinence (23%), bleeding (21%) and others (6%). Hospitalization is considered an opportunity for nurses to teach patients about SCI alterations and 59,3% of patients had more than one episode of hospitalization. However, only in 22% of the cases they received any information about alterations in bowel functioning. With so few rehabilitation centers in our region it is important to have nurses at tertiary and general hospitals, educated in rehabilitation to deliver adequate nursing care and patient teaching. It is also necessary, in nursing educational institutions, to prepare professionals with focus in rehabilitation.

KEY WORDS: spinal cord injuries; nursing care; constipation; rehabilitation

RESUMEN

**IDENTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO
REFERENTES AL FUNCIONAMIENTO INTESTINAL EN UN GRUPO DE
PACIENTES CON TRAUMA RAQUIMEDULAR.**

El trauma raquimedular (TRM) es una agresión en la médula espinal y puede ocasionar severas alteraciones físicas y psíquicas al paciente, reflejándose en la familia en la sociedad. Com la inexistencia de terapia que rivierta el cuadro de TRM, es necesario invertir en la rehabilitación para mejorar la cualidad de vida de estes pacientes. Por medio de un estudio descriptivo exploratorio, considerando la metodologia cumulativa, fué investigada las prácticas de autocuidado intestinales y complicaciones en 27 individuos com TRM. Todos los participantes eran de sexo masculino y predominavan entre el grupo etario de 18 a 30 años, solteros, com 1º grado incompleto de escolaridad, com renda familiar entre 2 y 5 salarios mínimos, quienes fueron heridos por arma de fuego como principal etiologia da lesion. Las prácticas de autocuidado intestinal más utilizadas fueron el masaje abdominal (32%), seguido de dieta rica en fibras (24%), uso de laxante (15%), toque dígito anal (15%), extracción manual de heces (7%) y otros (7%). Quanto a las complicaciones intestinales, hubo predominio de constipação/impactación (50%) seguido de incontinencia de heces

(23%), sangramento anal (21%) y otras (6%). Em relação às internações hospitalares consideradas oportunidades para el enfermo orientar sobre las alteraciones subsecuentes del TRM, 59,3% de los pacientes tuvieron mas de una internación, sin embargo la transmisión de información sobre alteraciones intestinales ocurrió en solamente 22% de los casos. Delante del número reducido de centros especializados en rehabilitación para actuar en la asistencia, en la educación de los pacientes y en la enseñanza en la instituciones formadoras de profesionales

TÉRMINOS CLAVES: traumatismos de medula espinal, cuidados de enfermería, constipación, rehabilitación